

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM
PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE**

**CARING FOR PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ON A
REGULAR HEMODIALYSIS PROGRAM**

Autor

Vera Filipa Correia de Freitas

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÓNICA EM PROGRAMA REGULAR DE
HEMODIÁLISE

CARING FOR PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY
DISEASE ON A REGULAR HEMODIALYSIS
PROGRAM

Orientador(es)

Igor Emanuel Soares Pinto

Autor

Vera Filipa Correia de Freitas

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“Sem a curiosidade que me move, que me
inquieta, que me insere na busca, não aprendo
nem ensino.”

Paulo Freire

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a quem esteve ao meu lado
nos momentos em que mais duvidei de mim.

Ao André, que me segurou nos silêncios.

Aos meus filhos, que foram luz nos dias mais longos.

AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste relatório de estágio.

Em primeiro lugar, ao meu orientador de estágio, Igor Pinto, pela sua orientação inestimável, paciência e apoio contínuo ao longo de todo o período de estágio. A sua experiência e dedicação foram fundamentais para o meu crescimento profissional.

Agradeço sinceramente, à Enfermeira Vera Gomes, tutora de estágio, pela disponibilidade, pelos ensinamentos práticos e pelo incentivo à reflexão, que foram fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências como Enfermeira Especialista.

Agradeço, de forma especial, à Liliana Sousa pela ajuda incansável e pela força que me transmitiu nos momentos mais desafiantes, assim como à Teresa Ribeiro e à Juliana Barros pelo apoio moral e constante presença ao longo deste percurso.

Expresso um profundo agradecimento ao meu marido, André Almeida, por ter sido um verdadeiro pilar em todas as fases deste percurso. Pelo apoio emocional constante, pela colaboração na realização de trabalhos, pela partilha das tarefas domésticas e, sobretudo, pela dedicação com que assumiu as responsabilidades parentais. A sua presença, compreensão e entrega permitiram-me seguir este caminho com serenidade e foco, sendo um suporte indispensável para a concretização deste objetivo.

Agradeço, com ternura e um profundo sentido de responsabilidade, aos meus filhos, pelo amor incondicional e pela compreensão demonstrada, mesmo sem o compreenderem totalmente. A vossa presença foi o meu maior alento, ainda que, por vezes, tenha estado ausente, dividida entre este desafio e o desejo de estar convosco. Peço-vos desculpa pelos momentos em que precisaram de mim e eu não estive por inteiro. Este percurso foi, também, por vós e para vós – para que um dia saibam que vale a pena lutar pelos nossos sonhos, mesmo quando exigem sacrifício.

Aos meus pais e sogros, o meu sincero agradecimento por serem um suporte inabalável, pela vossa paciência e compreensão ao longo deste caminho. À restante família, obrigada por torcerem sempre por mim. As vossas palavras de incentivo e orgulho foram essenciais para manter a motivação e superar os desafios.

A todos, o meu muito obrigada.

Vera Freitas

RESUMO

A DRC constitui um problema de saúde pública global, com prevalência significativa em Portugal e impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, além de elevados custos para o sistema de saúde. Esta problemática, para além dos custos e desafios já mencionados, tem profundas repercussões na vida dos indivíduos afetados, interferindo significativamente no seu bem-estar físico, emocional e social. Os doentes com DRC enfrentam frequentemente limitações funcionais, cansaço extremo, alterações emocionais como ansiedade e depressão, bem como desafios constantes na gestão diária da sua condição, o que influencia diretamente a sua qualidade de vida e autonomia. Neste contexto, o papel do enfermeiro torna-se crucial, não apenas pela prestação direta de cuidados técnicos, mas sobretudo pelo suporte emocional, promoção da adesão ao Regime Terapêutico (RT), educação para a saúde e capacitação dos doentes e suas famílias. A intervenção especializada da enfermagem visa a melhoria contínua da qualidade (MCQ) de vida destes indivíduos, através de estratégias que minimizam complicações, promovem o autocuidado e potenciam uma adaptação positiva às alterações impostas pela doença.

Este relatório tem como objetivo apresentar, de forma crítica e reflexiva, as competências desenvolvidas durante o estágio enquanto Enfermeiro Especialista (EE), constituindo-se como um instrumento de avaliação desse percurso formativo. O estágio decorreu numa Unidade Convencionada de Hemodiálise (UCHD), onde não só foram concebidos dois casos clínicos, que ilustram a aplicação prática das competências especializadas adquiridas, como também, foram realizadas diversas outras atividades e observações descritas ao longo deste documento, com uma análise crítico-reflexiva detalhada. Neste contexto, foi ainda explorada a aplicação prática da Teoria das Transições de Meleis e da Teoria da Autoeficácia de Bandura, visando uma abordagem individualizada e integral à pessoa com DRC em Programa Regular de hemodiálise (PRHD).

Os objetivos gerais do estágio centraram-se na capacitação da pessoa com DRC e da sua família/cuidador para a gestão de líquidos, na otimização do ambiente terapêutico para a vigilância do Acesso Vascular (AV) e na promoção do papel do EE na MCQ, nomeadamente na prevenção e controlo de infeções. A análise de problemas e a tomada de decisões baseadas em evidência científica foram fulcrais no processo, particularmente nas áreas do controlo de infeção, monitorização e vigilância dos AV e gestão de líquidos, áreas escolhidas em função das necessidades de aprendizagem e objetivos pessoais. Este percurso potenciou o desenvolvimento de conhecimentos e práticas profissionais e contribuiu para a otimização do desempenho estratégico das equipas, capacitando a autora para o desenvolvimento de projetos

de melhoria contínua no contexto profissional.

Na conceção dos casos clínicos, recorreu-se à Ontologia de Enfermagem e à evidência científica, o que sustentou a prestação de cuidados especializados e fundamentou a intervenção nos domínios do sistema cardiovascular, gestão do volume de líquidos, adesão ao regime medicamentoso (RM), padrão alimentar, sono, comportamento aditivo, emoções, autoconceito; integração da família no autocuidado do doente e atitudes terapêuticas relativas ao Cateter Venoso Central (CVC) e à Fístula Arteriovenosa (FAV). Neste âmbito, destacou-se a abordagem diferenciada e holística que, através da exploração de significados e do desenvolvimento da consciencialização, promoveu a prática de cuidados individualizados e holísticos.

Por fim, o relatório evidencia questões para futuras investigações, como a eficácia de estratégias educacionais na promoção da adesão terapêutica, o impacto de intervenções personalizadas na autoeficácia e na qualidade de vida destes doentes, a influência das técnicas de canulação na patência do AV com aneurisma e a relevância de programas de educação para o autocuidado na redução de complicações. No controlo de infeções, sugere-se investigar a eficácia de estratégias de sensibilização e formação na promoção da adesão às boas práticas de higiene das mãos e aos protocolos de conexão e desconexão do CVC, visando a MCQ e segurança dos cuidados.

PALAVRAS CHAVE: DRC; HD; AV; Autogestão; Enfermagem

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a global public health problem, with a significant prevalence in Portugal and a negative impact on patients' quality of life, as well as high costs for the health system. In addition to the costs and challenges already mentioned, this problem has profound repercussions on the lives of affected individuals, significantly interfering with their physical, emotional and social well-being. CKD patients often face functional limitations, extreme fatigue, emotional changes such as anxiety and depression, as well as constant challenges in the daily management of their condition, which directly influences their quality of life and autonomy. In this context, the role of the nurse becomes crucial, not only by providing direct technical care, but above all by providing emotional support, promoting adherence to the therapeutic regimen, health education and empowering patients and their families. Specialized nursing intervention aims to continuously improve the quality of life of these individuals, through strategies that minimize complications, promote self-care and foster positive adaptation to the changes imposed by the disease.

The aim of this report is to present, in a critical and reflective way, the skills developed during my internship as a Specialist Nurse (SN), as an instrument for evaluating my training. The internship took place in a conventional hemodialysis unit, where not only were two clinical cases designed to illustrate the practical application of the specialized skills acquired, but also various other activities and observations described throughout this document were carried out, with a detailed critical-reflective analysis. In this context, the practical application of Meleis' Transitions Theory and Bandura's Self-Efficacy Theory was also explored, with a view to an individualized and comprehensive approach to the person with Chronic Kidney Disease (CKD) on a Regular Hemodialysis Program (HRP).

The general objectives of the internship focused on training the person with CKD and their family/caregiver in fluid management, optimizing the therapeutic environment for Vascular Access (VA) surveillance and promoting the role of the ES in continuous quality improvement, particularly in infection prevention and control. Analyzing problems and making decisions based on scientific evidence were central to the process, particularly in the areas of infection control, AV monitoring and surveillance and fluid management, areas chosen according to learning needs and personal goals. This journey has fostered the development of professional knowledge and practices and contributed to optimizing the strategic performance of teams, enabling the author to develop continuous improvement projects in the professional context.

When designing the clinical cases, the Nursing Ontology and scientific evidence were used,

which supported the provision of specialized care and substantiated the intervention in the areas of the cardiovascular system, fluid volume management, adherence to the medication regimen, eating pattern, sleep, addictive behavior, emotions, self-concept; integration of the family in the patient's self-care and therapeutic attitudes towards the Central Venous Catheter (CVC) and the Arteriovenous Fistula (AVF). In this context, the differentiated and holistic approach stood out, which, through the exploration of meanings and the development of awareness, promoted the practice of individualized and holistic care.

Finally, the report highlights issues for future research, such as the effectiveness of educational strategies in promoting therapeutic adherence, the impact of personalized interventions on self-efficacy and quality of life in these patients, the influence of cannulation techniques on patency of the AV with aneurysm and the relevance of self-care education programs in reducing complications. In terms of infection control, we suggest investigating the effectiveness of awareness-raising and training strategies in promoting adherence to good hand hygiene practices and Central Venous Catheter (CVC) connection and disconnection protocols, with a view to continuously improving the quality and safety of care.

KEYWORDS: Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Vascular Access; Self-Management; Nurses

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico

AINE – Anti-inflamatórios Não Esteroide

AV – Acesso Vascular

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCM – Body Composition Monitor

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CEC – Circuito Extra Corporal

CVC – Cateter Venoso Central

DMO – Doença Mineral Óssea

DPAD – Doença Poliquística Autossómica Dominante

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAV – Enxerto Arteriovenoso

EE – Enfermeiro Especialista

EEMCEPSC – Especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

FAV – Fístula Arteriovenosa

FIP – Folhas de Instrução do Processo

GPI – Ganho de Peso Interdialítico

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão Arterial

IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

IP – Instruções de Processo

KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes

KDOQI – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas para o Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada em Evidência

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

PTH – Hormona Paratiroideia

PRHD – Programa Regular de Hemodiálise

RM – Regime Medicamentoso

RT – Regime Terapêutico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TR – Transplante Renal

TSFR – Técnica de Substituição da Função Renal

UCHD – Unidade Convencionada de Hemodiálise

UF – Ultrafiltração

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	29
3. CASO 1	35
3.1. Enquadramento teórico	35
3.2. Clientes	48
3.3. Medicação	48
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	48
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	58
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	60
3.5. Domínios	61
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	61
3.6. Conceção de Cuidados	68
3.7. Especificação das intervenções	87
3.8. Síntese relativa ao caso	96
4. CASO 2	99
4.1. Enquadramento teórico	99
4.2. Clientes	108
4.3. Medicação	108
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	109
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	117
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	118
4.5. Domínios	119
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	119
4.6. Conceção de Cuidados	124
4.7. Especificação das intervenções	134
4.8. Síntese relativa ao caso	142
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	143
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	183

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
ANEXOS	203

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

ANEXO 1 - Projeto de Desenvolvimento Profissional

ANEXO 2 - Consentimentos informados solicitados

ANEXO 3 - 6 Congresso Internacional IACS 2024 e webinars

ANEXO 4 - Curso de Acessos Vasculares

ANEXO 5 - E-Poster Controlo de infeções em acessos vasculares para hemodiálise: incidência e prevenção

ANEXO 6 - Vídeo: Higienização das Mãos e Contaminação Cruzada

ANEXO 7 - Plano de formação

ANEXO 8 - avaliação da formação: Higiene das Mãos e Transmissão Cruzada

ANEXO 9 - Conselhos dietéticos para doentes - Limitar a ingestão de Líquidos

ANEXO 10 - Questionário diagnóstico sobre autogestão de líquido

ANEXO 11 - Guião de estratégias para desenvolver competências para promover adesão à gestão de líquidos e promover a autogestão de líquidos

ANEXO 12 - Pela Sua Vida Proteja o Seu AV

ANEXO 13 - Guião de estratégias para prevenção de aneurismas e patência do AV

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A evolução do conhecimento tem contribuído para o aumento da esperança média de vida. No entanto, a par desta evolução verifica-se um aumento da incidência de doenças crónicas, incapacitantes e frequentemente com complicações que vão além da vertente curativa dos cuidados de saúde (Obi et al, 2024; Stevens et al., 2024a).

As doenças crónicas representam um desafio significativo para a saúde pública na Europa, afetando uma parcela substancial da população. De acordo com dados de 2023, 35% das pessoas na União Europeia com 16 anos ou mais relataram ter um problema de saúde crónico de longa duração. Entre as doenças crónicas mais prevalentes na Europa destacam-se as doenças cardiovasculares e o cancro, que, em conjunto, foram responsáveis por 54% de todas as mortes na UE em 2021 (Comissão Europeia, 2023).

Em Portugal, as doenças crónicas afetam, também, uma parte significativa da população. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2024, 42,3% dos residentes reportaram ter pelo menos uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, evidenciando as dores lombares e cervicais, a Hipertensão Arterial (HTA) e as artroses como as doenças mais prevalentes (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

A DRC é um problema de saúde pública a nível mundial (ISN, 2019), com uma prevalência de 20,9% em Portugal, estando associada a uma pior qualidade de vida e a elevados custos em saúde (Vinhais et al., 2020). Embora a DRC não seja das doenças crónicas mais prevalentes, é também impactante, afetando cerca de um milhão de portugueses e a sua progressão para estádios mais avançados pode levar à necessidade de Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR), como a HD ou o Transplante Renal (TR), com custos elevados para o sistema de saúde e uma significativa redução da qualidade de vida dos doentes (ANADIAL, 2024).

Além disso, esta doença está associada a comorbilidades, como HTA, diabetes e doenças cardiovasculares, o que agrava ainda mais o prognóstico e requer um acompanhamento contínuo e multidisciplinar. O impacto psicológico, incluindo ansiedade e depressão, também é significativo, já que muitos doentes enfrentam uma adaptação contínua à doença e ao tratamento, afetando a sua saúde mental e a capacidade de realizar atividades do quotidiano (Stevens et al., 2024).

De acordo com dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em dezembro de 2023, 20.072 pessoas estavam dependentes de uma TSFR para sobreviver, das quais 1.250 se encontravam apenas em HD (SPN, 2023). Sendo esta uma tendência crescente, a diabetes (26,6%) e a HTA (12,4%) figuram como as doenças primárias com maior incidência, enquanto as

causas de morte mais frequentes são a doença cardiovascular (27,9%) e infecções não associadas ao AV (26,5%) (SPN, 2023). A gestão dos cuidados centrados na pessoa com DRC é complexa, exigindo uma abordagem multidisciplinar que facilite a aceitação e adaptação à doença, atrase a progressão e evite complicações major (Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), 2013; Vinhais et al., 2020).

Para o processo de conceção de cuidados foram consideradas a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura, que sustentaram a tomada de decisão na prática clínica da estudante e servirão de fundamentação para as reflexões dos próximos capítulos

A teoria das transições, desenvolvida por Afaf Meleis, (2010), concebe a transição como uma passagem entre dois períodos estáveis, durante a qual o indivíduo atravessa diferentes fases, marcos e pontos de mudança. Este processo ocorre ao longo do tempo e caracteriza-se por um fluxo contínuo e dinâmico, acompanhado por transformações que podem gerar desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações. A transição implica uma mudança no estado de saúde, nas relações interpessoais, nos papéis sociais, nas expectativas ou nas capacidades, exigindo do indivíduo a incorporação de novos conhecimentos, a modificação de comportamentos e a redefinição do seu contexto social (Meleis, 2010).

Durante o período de transição vivido na Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) com necessidade de TSFR, existem algumas características comuns, tais como a desconexão com a rede social habitual e os sistemas de apoio, a perda temporária de referências familiares, o surgimento de novas necessidades e a inadequação de expectativas previamente estabelecidas face às novas realidades. A adaptação a estas mudanças exige do indivíduo a capacidade de ajustar-se a novas circunstâncias e redefinir o seu modo de vida, tanto no âmbito pessoal e social, como no contexto de saúde. Este processo pode ser influenciado por fatores internos e externos que moldam a experiência e a qualidade da transição vivida (Meleis, 2010; Oliveira et al., 2020) e o EE pode constituir um elemento facilitador desta transição.

Afaf Meleis, (2010), identificou três conceitos fundamentais no âmbito da teoria das transições. As transições saudáveis referem-se a um conjunto de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados à adaptação a novos papéis, permitindo ao indivíduo desenvolver competências e integrar novas experiências de forma positiva. Por outro lado, as transições ineficazes colocam o indivíduo em situações de vulnerabilidade e risco, dificultando a adaptação e a capacidade de redefinir significados em resposta às mudanças. A insuficiência de papéis caracteriza-se pela dificuldade em desempenhar as funções esperadas, manifestando-se em comportamentos e sentimentos de inadequação face às obrigações ou expectativas sociais (Meleis, 2010).

Quanto à natureza das transições, Meleis, (2010), classificou-as em quatro tipos principais. As transições desenvolvimentais, que dizem respeito a mudanças inerentes ao ciclo de vida, como

a parentalidade, a adolescência, a menopausa e o reconhecimento da identidade sexual. As transições situacionais, que envolvem alterações relacionadas com a entrada ou saída de pessoas do ambiente, exigindo a redefinição de papéis, como acontece em casos de viuvez, mudança para um lar de pessoas idosas, imigração ou perda de habitação. As transições de saúde-doença, que estão associadas a mudanças no estado de saúde, incluindo o percurso do hospital para o domicílio, a adaptação a cuidados ambulatoriais ou centros de reabilitação em condições como doenças crónicas, recuperação pós-operatória, lesões medulares, cancro ou infeções como o HIV. Por fim, as transições organizacionais, que refletem mudanças em ambientes institucionais, impulsionadas por fatores sociais, políticos ou económicos, abrangendo a reestruturação de organizações, a introdução de novas tecnologias ou alterações nos modelos de prestação de cuidados de enfermagem (Meleis, 2010). Ao longo deste relatório, será dada uma atenção especial à transição saúde-doença, uma vez que esta está subjacente à DRCT e à respetiva transição para o PRHD. Contudo, também serão consideradas transições de outra natureza, tendo sido identificada uma transição múltipla que inclui, no caso 1, a transição situacional.

O padrão das transições pode variar em complexidade e sequência. Algumas transições ocorrem de forma isolada, enquanto outras se manifestam de modo simultâneo e interligado, criando padrões múltiplos e complexos. Além disso, pode verificar-se uma relação sequencial, em que uma transição desencadeia outra, tornando o processo mais dinâmico e contínuo (Meleis, 2010).

Meleis, (2010), também definiu várias propriedades que caracterizam as transições. A consciência refere-se ao nível de perceção e compreensão do indivíduo em relação à experiência de mudança. O engajamento está relacionado com o grau de envolvimento no processo, sendo influenciado pela consciência da transição em curso. A mudança e a diferença são inerentes às transições, embora nem todas as mudanças impliquem necessariamente uma transição. A diferença traduz-se em transformações mais profundas na identidade, nos comportamentos e nas perceções. O tempo de transição é marcado por um fluxo contínuo ao longo do qual se desenvolvem fases que vão desde a antecipação até à estabilização. Por último, os pontos críticos e os eventos, representam momentos que assinalam o início ou a consolidação de novas rotinas e estilos de vida, podendo estes eventos ser evidentes, como o diagnóstico de uma doença, ou mais subtis (Meleis, 2010).

Existem três grupos de fatores que condicionam a experiência de transição. Condicionantes pessoais, incluem os significados atribuídos às mudanças, as crenças culturais, o estado socioeconómico, o nível de preparação e o conhecimento prévio. As condicionantes comunitárias e sociais referem-se aos recursos de apoio disponíveis na comunidade, que podem facilitar ou dificultar a adaptação. Por fim, as condicionantes societais incluem os fatores estruturais, políticos e económicos que moldam a experiência de transição em contextos mais amplos (Meleis, 2010).

A teoria das transições destaca ainda os padrões de resposta, que permitem avaliar como o indivíduo lida com as mudanças. Os indicadores de processo, analisam a forma como o doente se sente conectado ao seu ambiente, a sua capacidade de interação, a adaptação aos desafios e o desenvolvimento de estratégias de coping. Já os indicadores de resultado, refletem o impacto da transição na qualidade de vida, incluindo a aquisição de novas competências e a construção de uma identidade mais integrada e flexível (Meleis, 2010).

No contexto da enfermagem, a teoria das transições de Meleis, (2010), oferece um quadro conceptual fundamental para orientar a prática profissional. Com base nesta teoria, os enfermeiros podem implementar intervenções específicas para: facilitar as transições saudáveis; minimizar os riscos associados a transições ineficazes; e promover a adaptação positiva dos indivíduos em situações de mudança. A abordagem holística da enfermagem, alinhada com a teoria das transições, permite considerar todas as dimensões do cuidado, auxiliando os doentes a enfrentar os desafios inerentes às mudanças na saúde e na vida quotidiana. Desta forma, a teoria das transições constitui um recurso essencial para a prática de enfermagem, oferecendo suporte teórico para intervenções que visam melhorar a qualidade de vida e a adaptação dos indivíduos a experiências de transição (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Meleis, (2010), oferece um enquadramento fundamental para compreender e apoiar as mudanças vivenciadas pelos doentes com DRCT, promovendo intervenções que facilitem a adaptação e a continuidade dos cuidados (Meleis, 2010). No entanto, para que essa transição seja bem-sucedida, é essencial considerar o papel da autoeficácia, conceito central na Teoria da Autoeficácia de Bandura, (1978, 1997). A autoeficácia influencia diretamente a forma como os doentes enfrentam desafios, tomam decisões e aderem ao RT, tornando-se, assim, um fator determinante na gestão da sua condição de saúde (Bandura, 1978, 1997; Calicchio, 2023).

Segundo Bandura, (1978, 1997), autoeficácia, representa a percepção que o individuo tem sobre as suas capacidades para enfrentar com êxito os desafios com que se depara, e alcançar os seus objetivos. Esta, desenvolve-se através de um processo dinâmico e complexo no qual intervêm diversas fontes de informação e experiências. Esta cresce através de experiências bem-sucedidas, de aprendizagens com experiências observadas, retroalimentação social e interpretação das condições físicas e sociais (Bandura, 1978, 1997).

As experiências bem-sucedidas têm grande impacto na autoeficácia, na medida em, aumentam a confiança nas próprias capacidades. No entanto, para que as experiências sejam um sucesso, é essencial traçar metas realistas. O reforço positivo, motiva a traçar novos caminhos e a ultrapassar obstáculos, sendo que as experiências com êxito funcionam também como reforço positivo (Bandura, 1978, 1997). Assim para contribuir para o desenvolvimento da autoeficácia, é fundamental auxiliar o doente a definir metas realistas e dar o apoio adequado ao longo do processo (Bandura, 1978, 1997; Calicchio, 2023).

A observação de experiências bem-sucedidas, vivenciadas por outras pessoas, pode contribuir para aumentar a autoeficácia do sujeito que observa (Bandura, 1978, 1997), pelo que, é muito importante contribuir para que o doente observe os seus pares e realçar o sucesso dos mesmos (Bandura, 1978, 1997; Calicchio, 2023).

Relativamente à retroalimentação social, existem evidências de que os comentários de reforço positivo pelo sucesso e pelo esforço influencia positivamente a credibilidade nas suas capacidades, incrementando a autoeficácia (Bandura, 1978, 1997). Para o desenvolvimento de autoeficácia, é essencial que o doente acredite nas suas capacidades, acredite em si próprio (Bandura, 1978, 1997; Calicchio, 2023).

Por fim, a interpretação do seu próprio estado físico e emocional, pode também contribuir para o crescimento de autoeficácia. Neste âmbito, favorecer a autorreflexão de forma a desenvolver consciência do seus sentimentos e comportamentos, revela-se vantajoso na medida em que o doente pode aprender a gerir melhor as suas emoções e respostas corporais, interpretá-las como sinais de compromisso e preparação para enfrentar os desafios, e não como sinais de incompetência ou fracasso (Bandura, 1978, 1997; Calicchio, 2023).

Albert Bandura, (1978, 1997), salienta que é importante reconhecer que a autoeficácia consiste em perceções subjetivas, por outras palavras, duas pessoas com capacidades semelhantes podem ter níveis de autoeficácia diferentes, e por isso, enfrentar de forma diferente um mesmo desafio, o que está relacionado com a perceção desenvolvida a partir das experiências pessoais de cada um (Bandura, 1978, 1997). Estas perceções definem a forma como o individuo interpreta, cria expectativas, decide e projeta um plano de intervenção face a um desafio (Bandura, 1978, 1997; Calicchio, 2023).

O mesmo autor, (1978, 1997), define quatro elementos-chave para o desenvolvimento de autoeficácia, baseados nos fatores anteriormente descritos, nomeadamente: a confiança nas próprias capacidades; as experiências anteriores; a modelagem e a retroalimentação (feedback) social. Estes elementos interagem entre eles, influenciando a evolução da autoeficácia (Bandura, 1978, 1997).

Bandura, (1978, 1997), divide a autoeficácia em dois componentes principais: a autoeficácia geral, que se define pela confiança nas próprias capacidades de uma forma geral; E a autoeficácia específica, que se caracteriza pela confiança nas capacidades individuais numa determinada situação. Desta forma, um indivíduo com elevada autoeficácia geral terá maior probabilidade de enfrentar qualquer desafio, face a um individuo com baixa autoeficácia. No entanto, um individuo pode ter alta eficácia numa situação e baixa eficácia noutra, o que poderá levar a comportamentos dispares de atuação, face ao desafio (Bandura, 1978, 1997).

De um ponto de vista prático, este autor, (1978, 1997), defende que a autoeficácia segue um ciclo continuo que influencia o nosso comportamento e bem-estar. Este ciclo inicia-se pela

percepção da autoeficácia, face a uma situação específica; de seguida, elege as atividades ou intervenções, sendo que é esperado que um indivíduo com alta eficácia seja mais proativo, enquanto que outro com menor nível de autoeficácia, poderá enveredar pelo evitamento da situação; segue-se então, o comportamento ou atuação, sendo previsível que pessoas com maior nível de autoeficácia, sejam mais persistentes e resilientes, sendo que, os resultados do comportamento poderão influenciar atitudes futuras; por fim, o feedback e a reflexão, constituem outro interveniente importante na determinação de comportamentos futuros (Bandura, 1978, 1997).

Albert Bandura, (1978, 1997) define algumas estratégias como contributo para o desenvolvimento de autoeficácia, nomeadamente: traçar metas realistas e graduais; controlar os pensamentos e discurso no sentido do positivismo; procurar observar e rodear-se de modelos positivos; procurar feedback construtivo e usá-lo para obter mais sucesso no futuro; ser persistente e resiliente, pois a autoeficácia constrói-se lentamente à medida que vai sendo bem-sucedido, o que nem sempre ocorre nas primeiras experiências (Bandura, 1978, 1997).

Dessa forma, a aplicação destas teorias, na prática da enfermagem especializada, permite uma abordagem mais eficaz e individualizada, promovendo a capacitação da pessoa com DRC e sua família, para enfrentar os desafios inerentes à doença. O EE desempenha um papel crucial nesse processo, utilizando estratégias baseadas na evidência para facilitar a adaptação, promover a adesão terapêutica e minimizar complicações associadas à HD (OE, 2018).

A prestação de cuidados de enfermagem da pessoa com DRC, exige uma crescente diferenciação dos profissionais, através da aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, alinhadas com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com o objetivo a melhoria da qualidade de vida (OE, 2018). Assim, a realização do estágio de enfermagem numa UCHD de Portugal, surgiu com o propósito de desenvolver conhecimentos, habilidades e competências específicas do EE em Médico-Cirúrgica em enfermagem à pessoa em situação crónica em PRHD, aplicando-os na prática clínica, satisfazendo a motivação profissional e pessoal.

A experiência adquirida ao longo dos anos evidenciou a importância de uma transição de cuidados bem estruturada, entre os diferentes níveis assistenciais, promovendo maior segurança e continuidade no acompanhamento dos doentes. Estas vivências impulsionaram mudanças na prática profissional da estudante e, consolidaram a necessidade de um estágio direcionado para a aplicação efetiva dessas aprendizagens.

O estágio, desenvolvido numa UCHD, foi delineado com o propósito de responder a desafios e oportunidades de melhoria identificadas no meu contexto de trabalho. Resultando nas principais áreas de intervenção: monitorização e vigilância dos AV; gestão de líquidos e controlo de infeção. A seleção destes temas, visam favorecer o fortalecimento da tomada de decisão relativamente à técnica de canulação; aumentar o conhecimento sobre estratégias para a

minimizar o desenvolvimento de aneurismas e aumentar a capacitação para o diagnóstico precoce de complicações no AV. Relativamente à gestão de líquidos, o foco incidiu na exploração da complexidade e do impacto desta na qualidade de vida destes doentes, com influencia na adesão ao RT, e na aquisição de competências para adoção de uma abordagem mais individualizada e baseada na melhor evidência disponível. Por fim, no que se refere ao controlo de infeção, o objetivo foi o desenvolvimento de competências para liderar projetos de melhoria continua neste âmbito.

O presente relatório tem como objetivo refletir sobre as competências comuns e específicas do EE, segundo o regulamento do 2º ciclo de estudos, do curso de mestrado, o estágio contou com 420 horas de contacto (ESSNorteCVPOA, 2024)

Na elaboração deste relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva e reflexiva, sustentada numa abordagem teórica que integra os saberes científicos e práticos adquiridos, bem como as competências consolidadas ao longo deste percurso.

O relatório constitui um instrumento de avaliação da unidade curricular "estágio de natureza profissional com relatório", realizado no primeiro semestre do segundo ano curricular. A prática clínica desenvolvida baseou-se na resolução de problemas centrados em casos clínicos reais, promovendo um equilíbrio contínuo entre teoria e prática. Para tal, foram utilizados os modelos conceptuais da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) e da Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura (1978). A partir da Ontologia de Enfermagem e da evidência científica disponível, foi possível fundamentar a tomada de decisão, centrando a ação do enfermeiro na adaptação da pessoa ao RT da DRCT. Neste processo, recorreu-se também à plataforma educacional e4nursing, que integra a Ontologia de Enfermagem.

No decorrer deste documento, será apresentada a conceção de cuidados de dois casos clínicos, selecionados em função da sua pertinência, face à temática central do relatório, bem como à sua relevância na evidência da intervenção avançada do EE. Em ambos os casos foram trabalhados diversos domínios fundamentais, nomeadamente o domínio: do sistema cardiovascular; do volume de líquidos; da autogestão do RM; do padrão alimentar; do sono; do comportamento aditivo; da preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado; da emoção; do autoconceito; e atitudes terapêuticas relativas ao CVC e à FAV.

Neste contexto, foi elaborado um projeto de desenvolvimento profissional (ANEXO 1 - Projeto de Desenvolvimento Profissional), com o intuito de planear as etapas necessárias para a aquisição e consolidação de competências ao longo do estágio. Com base nas necessidades previamente identificadas, foram definidos como objetivos gerais: desenvolver competências para capacitar a pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRCT no que concerne à gestão de líquidos; maximizar o ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRCT, na vigilância e patência do AV; e, desenvolver competências de intervenção na promoção do papel do EE enquanto agente facilitador nos processos de MCQ no âmbito da prevenção e controlo de

infecção na HD.

A concretização deste estágio constituiu uma oportunidade essencial para consolidar conhecimentos e fortalecer o papel do EE, promovendo práticas mais seguras e eficazes na HD e contribui para a excelência na prestação de cuidados de enfermagem. Neste sentido, importa refletir sobre a evolução das competências adquiridas ao longo deste percurso, considerando a progressão do enfermeiro dentro de um modelo estruturado de desenvolvimento profissional.

Benner (2001) apresenta o Modelo de Dreyfus, aplicado à Enfermagem, que descreve o desenvolvimento de competências ao longo de cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo a autora, a aquisição de competência está ancorada na experiência profissional e na reflexão crítica sobre a prática, sendo um processo contínuo e dependente do conhecimento prático acumulado ao longo do tempo e da vivência de situações reais. O nível de perito, o mais elevado na progressão de competências, caracteriza-se pela capacidade do enfermeiro em atuar com intuição clínica refinada, discernimento, e confiança na tomada de decisão, mesmo em contextos de elevada complexidade e incerteza. O enfermeiro perito, consegue integrar múltiplas dimensões do cuidado, reconhecer padrões de forma automática e identificar soluções adequadas sem recorrer a regras ou diretrizes explícitas (Benner, 2001).

Para alcançar este nível de atuação, é fundamental um aprofundamento contínuo de conhecimentos e experiências, sustentado por uma prática crítica e reflexiva. O estágio realizado representou uma oportunidade valiosa para evidenciar uma evolução progressiva nas competências clínicas, demonstrada pela capacidade de gerir situações complexas e imprevisíveis, assegurar cuidados de excelência e assumir um papel de referência dentro da equipa de saúde, caminhando assim para o exercício profissional ao nível de perito. Este desenvolvimento inclui uma intervenção que transmite credibilidade e segurança, sendo reconhecido pelos pares como um profissional capaz de liderar, inovar, e orientar a prática clínica com base em evidências científicas e princípios éticos.

A análise crítica explanada neste documento, pretende demonstrar de que forma a experiência vivida no estágio contribuiu para a transição entre diferentes níveis de proficiência, reforçando a importância da prática clínica na formação do EE. O relatório está estruturado em cinco capítulos, iniciando pela introdução, onde são delineadas as principais diretrizes deste documento. No segundo capítulo, procede-se à caracterização do contexto clínico onde o estágio foi realizado.

O terceiro e quarto capítulo são dedicados à apresentação e análise dos estudos de caso realizados no âmbito do estágio de desenvolvimento profissional. No quinto capítulo, é conduzida uma reflexão sobre o impacto do estágio no desenvolvimento de competências, com base nas competências comuns e específicas do EE. Também são relatadas as atividades realizadas no âmbito do projeto individual de desenvolvimento profissional, destacando os seus

contributos para a aquisição de competências na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEMCEPSC). Por fim, a síntese final, consiste numa reflexão crítica sucinta sobre todo o percurso e as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio.

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

Esta UCHD iniciou a sua atividade em 2007 e tem como objetivo promover o acesso a cuidados de excelência à população com DRCT. Os encargos com o transporte não urgente de doentes em PRHD são assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e são geridos através da plataforma de Gestão Integrada da Doença (GID). Atualmente o transporte é assegurado através de transporte coletivo pelas várias corporações de bombeiros da região. Este tipo de transporte constitui um motivo para potenciar a ansiedade, uma vez que os doentes perdem muito tempo e qualidade de vida nas viagens, além do tempo de tratamento. O EE, ao avaliar o doente de forma holística, deve ser capaz de identificar fatores de stress associados ao tratamento, como o impacto do transporte coletivo na qualidade de vida. Devendo a sua atuação minimizar o impacto desses desafios, promovendo o bem-estar e a adaptação do doente à terapêutica tanto quanto possível (O.E., 2018).

Em todos os turnos, há a presença de um médico, que conta com o apoio de um Nefrologista. Paralelamente, os enfermeiros são alocados a grupos de cinco doentes em cada turno e, sempre que possível, mantêm essa alocação fixa, assegurando a continuidade dos cuidados prestados. Este modelo organizacional, favorece o desenvolvimento de uma relação de proximidade entre o enfermeiro, o doente e a sua família, permitindo uma abordagem mais centrada na pessoa. Segundo Mendes et al. (2017), a continuidade dos cuidados não só melhora a qualidade dos serviços prestados, como também contribui para a redução de custos e constitui uma estratégia crucial para a otimização dos resultados em saúde (Mendes et al., 2017).

No contexto da pessoa com DRCT em HD, a continuidade dos cuidados é essencial para reforçar o papel do enfermeiro na implementação de intervenções educacionais que promovam o autocuidado, como a gestão do AV e a autogestão dietética. Estas intervenções são fundamentais para capacitar o doente e aumentar a sua autonomia na gestão da doença, fomentando uma maior adesão ao RT (Amorim et al., 2018).

Além disso, é imprescindível que o enfermeiro avalie e compreenda o doente, pois este conhecimento orienta o planeamento de intervenção personalizado e facilita a adaptação do doente à sua nova condição de saúde. Assim, a continuidade dos cuidados e a proximidade com o enfermeiro, permitem uma transição mais eficaz e uma melhoria na qualidade de vida do doente, promovendo o seu envolvimento ativo e a adesão ao RT (Amorim et al., 2018).

Relativamente à formação dos enfermeiros, existem sete enfermeiros especialistas, sendo quatro deles da área de Médico-cirúrgica. Face à elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), defende que a equipa deve,

preferencialmente, integrar pelo menos 50 % de EE em EMC, nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica ou crónica, conforme publicado no Diário da República, na norma n.º 743 de 25 de setembro de 2019 (OE, 2019). Esta recomendação visa garantir que os cuidados prestados sejam de alta qualidade, particularmente no contexto da complexidade associada à DRC e às técnicas dialíticas. (OE, 2016; OE, 2019).

Esta recomendação não se verifica neste contexto, no entanto, a experiência em HD e nefrologia é um critério de seleção de enfermeiros, sendo que mais de 50% da equipa já trabalha em serviços de nefrologia e HD hospitalar, e evidenciam competências que os qualifica como peritos nesta área, tais como: experiência prática acumulada superior a 5 anos, capacidade de tomada de decisão autónoma, intuitiva e eficaz, visão holística, competência avançada em contextos complexos e na Prática Baseada na Evidência (PBE) (Benner, 2001; O.E., 2015b, 2019)

Assim, a especialização e competência avançada desta equipa favorecem a qualidade dos cuidados, especialmente na monitorização, prevenção e gestão de complicações associadas à HD e à DRC, contribuindo para intervenções mais seguras, eficazes e centradas no doente.

A equipa é proativa e motivada, existindo atualmente quatro grupos de trabalho que desenvolvem projetos de melhoria contínua da qualidade, constituindo uma excelente oportunidade de aprendizagem:

O Grupo: Clínica Verde, cujo objetivo é monitorizar e desenvolver estratégias amigas do ambiente;

O Grupo: Comissão de Controlo de Infecção (CCI), que efetua a monitorização e desenvolve projetos no âmbito do controlo de infeção;

O Grupo de Gestão de AV, que coordena a gestão dos AV

O Grupo de Gestão da Qualidade de Vida, que pretende monitorizar a satisfação dos doentes quanto à perceção da sua qualidade de vida e intervir promovendo o aumento da satisfação dos doentes no item avaliado.

Atualmente, a unidade presta cuidados a 65 pessoas com DRCT em PRHD, distribuídas pelos cinco turnos existentes. A capacidade máxima por turno é de 17 doentes, assistidas por dois a quatro enfermeiros, dependendo do número de postos ocupados, a norma das dotações seguras em cuidados de enfermagem, publicada no Diário da República (2019), refere que nestas Unidades, o número de enfermeiros por posto de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, e recomenda que integrem o mínimo de um enfermeiro, por cada quatro doentes, não devendo ser excedida a razão de cinco doentes por enfermeiro, sendo que o número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois (OE, 2019). Esta recomendação é respeitada, o que contribui para a segurança e qualidade dos cuidados

prestados, assegurando um acompanhamento adequado das necessidades destes doentes e demonstrando uma capacidade de liderança e coordenação ao promover uma distribuição eficiente dos recursos humanos, contribuindo para a otimização dos cuidados prestados nesta unidade (O.E., 2018).

Relativamente às instalações, esta clínica possui duas salas amplas, com quinze unidades numa, e duas noutra, sendo esta última destinada a doentes com necessidade de isolamento (atualmente isolamento de gotículas, podendo converter-se em isolamento para doentes portadores de Hepatite B). Cada unidade do doente inclui, a máquina de diálise e o cadeirão. Estas não possuem qualquer tipo de barreira entre elas e estão distanciadas com cerca de dois metros, o que constitui um desafio à manutenção do controlo de infeção e da privacidade dos doentes. Por outro lado, constitui uma vantagem em termos de vigilância dos doentes, uma vez que existe um posto de enfermagem, num local estratégico, no qual estão sempre dois enfermeiros, sendo possível visualizar todos os doentes. Contudo, o EE, com seu conhecimento avançado na gestão de ambientes de cuidados, deve ser capaz de identificar e implementar estratégias que garantam a segurança dos doentes, mesmo em unidades com desafios, como o controlo de infeção e a manutenção da privacidade. Embora as unidades de diálise não possuam barreiras físicas entre os doentes, o EE deve assegurar a vigilância constante, utilizando a sua experiência para otimizar os cuidados e minimizar os riscos, enquanto preserva a eficácia no cuidado prestado (O.E., 2018).

Os doentes são 63% homens e 37% mulheres, sendo maioritariamente pessoas idosas e do sexo feminino, embora no total as idades estejam compreendidas entre os 23 e 95 anos. Estes dados estão alinhados com os dados da SPN (2023), que refere que, em Portugal, a maioria da população em programa de HD se enquadra entre os 65 e 80 anos, sendo maioritariamente homens (SPN, 2023). A maioria dos doentes é independente no autocuidado e deambulação; quanto ao grau de escolaridade, predomina o primeiro ciclo como nível de escolaridade. Com base nos dados identificados num estudo demográfico realizado pela instituição, o EE, deve ser capaz de adaptar os ensinamentos e orientações de saúde às necessidades específicas da população atendida, levando em consideração a faixa etária, o grau de escolaridade e o grau de dependência dos doentes, garantindo que a informação seja compreensível e acessível, promovendo a adesão ao tratamento e a autonomia dos doentes (O.E., 2018).

Quanto ao tipo de AV, existem cinquenta e três doentes com FAV, cinco com Enxerto Arteriovenoso (EAV) e sete com CVC. O número reduzido de CVC, diz respeito a doentes sem critérios para construção de FAV ou EAV ou em fase de transição para um destes acessos, o que corresponde às recomendações das guidelines do AV, que defendem que o número de dias de utilização do CVC deve ser minimizando, dando preferência a construção de acessos autólogos, como é o caso da FAV, reduzindo desta forma o risco de infeção (Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020). As técnicas de canulação utilizadas são a técnica em escada e a técnica botoeira, sendo a primeira aplicada em 63 doentes e a última apenas em

dois, o que está alinhado com as diretrizes para AV (Lok et al., 2020). O EE, é responsável por ajustar as orientações relacionadas com o AV, considerando as condições clínicas e as necessidades individuais de cada doente. Na impossibilidade de seguir as recomendações, assegura que os doentes, independentemente do tipo de acesso, recebam informações claras e específicas sobre o autocuidado, a importância da utilização adequada do AV e os riscos associados, promovendo práticas que minimizem complicações e aumentem a adesão ao tratamento (O.E., 2018).

Esta unidade conta com o apoio de um centro de acessos contratualizado e de uma equipa de AV, composta por dois Cirurgiões Vasculares. A vigilância do AV de todos os doentes é realizada na unidade por esta equipa em parceria com os gestores de AV, que faz avaliação dos mesmos de 45 em 45 dias e em SOS, sendo apenas necessária a deslocação dos doentes quando existe a necessidade de intervir cirurgicamente no AV. Neste contexto, está instituído que os ER, que são maioritariamente EE, são responsáveis por monitorizar atentamente o estado dos acessos dos doentes, promovendo medidas de prevenção de complicações. Ao fornecer orientações adequadas, ele contribui para que os doentes evitem deslocações frequentes, garantindo maior conforto e segurança, e simultaneamente, coordena o acompanhamento contínuo, em parceria com a equipa de cirurgia vascular e gestores de acessos, garantindo que os doentes recebam as orientações adequadas sobre o autocuidado, minimizando riscos e melhorando a qualidade de vida durante o tratamento (O.E., 2018).

O sistema informático existente para registos de enfermagem é o Nefrus, e o Therapy Monitor. O Nefrus é um programa de registo clínico intuitivo, que comunica com o Therapy Monitor e contém os campos básicos necessários para a monitorização da HD. No entanto, é um modelo centrado em dados biomédicos e com limitações na documentação os cuidados de enfermagem sem recurso a uma linguagem classificada que permita registar com rigor, dados e definir diagnósticos, objetivos e intervenções, promovendo a continuidade de cuidados de enfermagem

Uma melhoria do sistema informático que permita a comunicação com todos os registos efetuados no monitor de diálise, promovendo o registo em tempo real e evitando o esquecimento do registo e a duplicação da informação, seria uma mais-valia para a gestão do tempo e prevenir lacunas no registo; além disso, deve permitir a atualização mesmo após finalização, o que nem sempre é possível por erros de sistema, de forma a garantir registos rigorosos e fiáveis.

Permitir a transmissão de informação essencial para garantir a continuidade dos cuidados em forma de alerta no turno seguinte, seria uma evolução significativa.

Apesar destas lacunas o EE, com sua competência avançada em gestão de cuidados, deve garantir por outros meios que a informação clínica seja registada de forma completa e precisa, promovendo a continuidade dos cuidados através de registos eficientes (O.E., 2018).

A equipa tem boas competências organizacionais, existindo uma definição clara dos papéis a desempenhar, nomeadamente do especialista, e um ambiente saudável no qual a equipa multidisciplinar exerce uma parceria eficaz, sendo a gestão realizada pela equipa de enfermagem. Apesar de considerar que existe uma comunicação eficaz, é considerado pertinente retomar as reuniões mensais que outrora existiam, com o propósito de promover discussão acerca de oportunidades de melhoria, divulgar resultados dos projetos instituídos e direcionar para as intervenções futuras. É notória a competência avançada em gestão e comunicação por parte dos EE, que desempenham, desta forma, um papel crucial na promoção de um ambiente colaborativo, assegurando que a troca de informações entre a equipa multidisciplinar seja clara e eficaz.

Este contexto caracteriza-se por um ambiente colaborativo entre as diferentes classes profissionais, onde o foco central é o doente, integrando frequentemente o cuidador ou familiar no processo de cuidados. A tomada de decisão é realizada de forma partilhada dentro da equipa multidisciplinar, promovendo parcerias eficazes nos cuidados. Esse trabalho em conjunto é evidenciado nas reuniões e consultas regulares com nefrologia, assistente social, farmacêutica e nutricionista, que, sempre que as evidências clínicas o justificam, realiza o Body Composition Monitor (BCM) para aferir o peso do doente. Também neste contexto é evidenciada a competência avançada do EE na tomada de decisão clínica, assegurando uma atuação oportuna ao identificar necessidades, intervindo diretamente ou referenciando para outros profissionais quando necessário. A sua participação ativa na equipa multidisciplinar fortalece a articulação entre os diferentes intervenientes, garantindo uma abordagem integrada e centrada no doente (O.E., 2018).

Atualmente, não existe um plano de formação anual estruturado, sendo as ações formativas organizadas com base nas necessidades identificadas principalmente por auditoria dos cuidados prestados. No entanto, a unidade dispõe de vários protocolos relacionados com o controlo de infeção e a gestão do AV, que servem como referência para a padronização dos cuidados. O EE, com a sua competência na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, desempenha um papel essencial na implementação e atualização destes protocolos, garantindo que as boas práticas sejam seguidas de forma consistente. Por outro lado, deve valorizar a formação contínua como ferramenta fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, assegurando que a equipa esteja sempre atualizada face à evolução da evidência científica (O.E., 2018).

Quanto à metodologia de trabalho, pode considerar-se que o principal método instituído é o individual, onde um único enfermeiro assume a responsabilidade total pelos cuidados a um grupo de doentes durante o turno (Ventura, 2024). No entanto, sendo a filosofia de trabalho desta instituição centrada no doente, para garantir a continuidade destes cuidados e a otimização dos recursos, algumas tarefas são partilhadas, numa ótica de trabalho em equipa, o qual é liderado e supervisionado pelo enfermeiro responsável pelo doente, que garante a qualidade dos cuidados através da dupla verificação (Ventura, 2024). Especialmente, no âmbito

da vigilância dos acessos é aplicado o método de trabalho Enfermeiro de Referência (ER), garantindo uma melhor gestão e coordenação dos cuidados a ter com o AV (Ventura, 2024). Esta metodologia evidencia a competência avançada, do EE, na prestação de cuidados centrados no doente, na qual assegura uma abordagem individualizada, garantindo que as necessidades específicas de cada pessoa sejam atendidas de forma contínua e segura. A sua atuação permite a coordenação eficaz dos cuidados, promovendo a articulação entre a equipa e a partilha de responsabilidades, sempre com o objetivo de otimizar a cuidados e garantir a melhor experiência para o doente (O.E., 2018).

Este campo de estágio caracteriza-se como um ambiente dinâmico e enriquecedor, oferecendo diversas oportunidades de aprendizagem através da prestação de cuidados especializados, do trabalho em equipa multidisciplinar e da aplicação de boas práticas na gestão do AV e no controlo de infeção, permitindo o desenvolvimento de competências clínicas avançadas e de pensamento crítico na tomada de decisão.

3. CASO 1

Homem de 55 anos, vive com a esposa e dois filhos adultos. Diagnosticado com DRCT em 2019. Por progressão rápida da doença, devido ao descontrolo tensional, em julho de 2024, está atualmente em PRHD há 3 meses. Tem CVC tonalizado na veia Jugular direita e construiu FAV braquiocefálica à esquerda, dia 7 de Novembro de 2025. Foi proposto para consulta de pré-transplante. Independente nas atividades de vida diárias. Mantém atividade laboral, (operador de construção civil). Tem antecedentes de cardiopatia hipertensiva e doença coronária aterosclerótica, tendo perdido seguimento por não comparecer às consultas, atualmente, retomou o seguimento; dislipidemia; fumador; HX de hábitos etílicos e consumo de drogas, atualmente, mantém consumo reduzido de álcool e abstinente para drogas à mais de 30 anos. Mantém FRR, apesar disso apresenta Ganho de Peso Interdialítico (GPI) elevados. Não adere ao regime dietético recomendado. Nível sérico de Fósforo (P) elevado (6,4mg/dl). Refere problemas financeiros e relacionais com a esposa e filho mais novo e boa relação com o filho mais velho, não aceita o envolvimento dos mesmos no plano de cuidados. Manifesta no seu discurso desesperança e pessimismo, auto-desvalorização, diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades e pensamentos ocasionais de morte.

3.1. Enquadramento teórico

A DRC constitui um problema de saúde pública a nível global e é classificada em cinco estádios. No entanto, a insuficiência renal restringe-se aos estádios 3 a 5, sendo caracterizada por uma taxa de filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m², por um período igual ou superior a três meses, independentemente da sua etiologia. No estádio 5 da DRC, a taxa de filtração glomerular é inferior a 15 mL/min/1,73 m², sendo possível distinguir duas fases: numa primeira fase, a abordagem é conservadora, sem necessidade de diálise; numa segunda fase, torna-se imprescindível recorrer à terapêutica de substituição renal, seja através de diálise ou de TR, de forma a garantir a manutenção da vida (Harduin et al., 2023). As causas mais comuns incluem diabetes mellitus, HTA, glomerulonefrite e doenças renais hereditárias, como a doença poliquística (Dias, 2024).

A HTA, identificada neste caso, é uma condição prevalente e um fator de risco cardiovascular significativo, podendo levar à cardiopatia hipertensiva, caracterizada por alterações estruturais e funcionais do coração. A progressão da HTA não controlada resulta em hipertrofia ventricular

esquerda (HVE), dilatação cardíaca e, eventualmente, insuficiência cardíaca (Guedes, 2024; Póvoa, 2019).

A HTA pode ser causada pelo aumento do débito cardíaco, pela resistência vascular periférica ou por ambos (Bakris, 2023). Inicialmente, o coração responde ao aumento crónico da pós-carga com um estado hipercinético, evidenciado por maior rotação apical e ativação dos segmentos apicais. Com a persistência do estímulo hipertensivo, ocorre remodelação concêntrica e HVE (Guedes, 2024).

Além de comprometer a função cardíaca, a HTA é um fator de risco para a aterosclerose, havendo correlação entre o aumento da massa ventricular esquerda e a presença de placas ateromatosas extracranianas (Bombig & Póvoa, 2008; Guedes, 2024). Por outro lado, a dislipidemia, frequentemente associada, acelera a progressão da arteriosclerose (Bakris, 2023).

Esta interação entre HTA, dislipidemia e aterosclerose agrava a disfunção cardiovascular e amplifica o risco de complicações graves, como Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Bakris, 2023; Bombig & Póvoa, 2008; Guedes, 2024; Stevens et al., 2024).

A relação entre HTA e DRC é bidirecional: a DRC leva à retenção de sódio e água, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e aumento do tónus simpático, elevando a tensão arterial. Por sua vez, a HTA não controlada acelera a progressão da DRC (Bakris, 2023).

Essa interação complexa aumenta o risco de eventos cardiovasculares, agravando a rigidez arterial e a sobrecarga cardíaca (Bakris, 2023; Guedes, 2024). Para a gestão da tensão arterial na DRC, a KDIGO (2021) recomenda a monitorização da tensão arterial, tendo como alvo uma tensão arterial sistólica <120 mmHg, quando tolerado (Stevens et al., 2024b).

Neste caso, o doente tem uma DRCT secundária à HTA, com HVE e dislipidemia associada, pelo que a intervenção nestes fatores de risco se tornam essenciais para prevenir complicações.

A DRC estadio 5, designada por DRCT, requer TSFR, sendo as opções disponíveis: a HD, a diálise peritoneal, o TR e o tratamento conservador. A escolha depende do estado clínico, preferências do doente e disponibilidade de recursos. Neste caso, o doente iniciou um PRHD, com um CVC, planeando a transição para uma FAV, conforme recomendado pela Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) (2020), para minimizar o risco de infeção, bacteremia e hospitalizações associadas ao uso prolongado do CVC (Lok et al., 2020).

As principais complicações do CVC incluem: infeção, trombose e estenose venosa, aumentando a morbilidade e os custos em saúde (Lok et al., 2020). A FAV é preferível ao EAV, por ser autóloga e apresentar menor risco de infeção. O AV é crucial para a HD, sendo, no entanto, uma causa significativa de internamentos e complicações (Harduin et al., 2023; Sousa, 2014). Para otimizar a funcionalidade da FAV, recomenda-se vigilância regular através de análise físico, medição do

fluxo intra-acesso (Qa), taxa de recirculação e ECO Doppler (Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018). A educação do doente é essencial para o autocuidado, incluindo prevenção de infeções, trombose e cuidados pós-punção (Lok et al., 2020; Sousa, 2014).

Os doentes elegíveis devem ser apoiados e educados sobre a auto-canulação do seu AV. Os cuidados antecipatórios na preparação da FAV, antes da sua construção, incluem capacitar o doente para proteger a sua rede vascular, evitando punções venosas em locais previstos para construção de AV, preservando assim os vasos sanguíneos. Nas 48 horas após a construção da FAV, é essencial capacitar o doente para evitar ou detetar precocemente disfunções, assegurando a preservação da funcionalidade do acesso. Para tal, recomenda-se a elevação do braço da FAV, a manutenção do membro em extensão e a mobilização suave da mão e do braço, evitando movimentos bruscos e protegendo a região de infeções. Além disso, não se devem realizar colheitas de sangue ou medições da tensão arterial no braço da FAV, nem dormir sobre ele ou carregar pesos. O uso de roupas apertadas, relógios e pulseiras deve ser evitado para prevenir lesões (Lok et al., 2020; Sousa, 2014).

Outro aspeto importante é o cuidado com o penso da sutura, que deve ser mantido seco e não deve ser removido. A funcionalidade da FAV deve ser monitorizada através da verificação regular do frémio por palpação, pelo menos duas vezes ao dia. Além disso, é fundamental que o doente saiba identificar possíveis complicações, como arrefecimento ou alterações na cor da mão do braço da FAV, bem como sinais e sintomas de infeção ou trombose. Durante o processo de maturação da FAV, que decorre desde as 48 horas após a construção até à primeira punção, deve-se incentivar o doente a realizar exercícios isométricos para favorecer a maturação da fístula, além de manter a vigilância quanto a sinais de arrefecimento ou alterações na coloração da mão do braço da FAV (Lok et al., 2020; Sousa, 2014).

Adicionalmente, é fundamental informar os doentes sobre o risco de hemorragia associado à sua condição e orientá-los sobre as medidas a adotar em caso de emergências, como: hemorragia, trombose ou infeção, bem como facultar os contactos apropriados para garantir um tratamento eficaz e atempado. No PRHD, desde a primeira punção até à eventual trombose da FAV, os cuidados devem visar a manutenção do acesso em condições ideais. No período intradialítico, o doente deve lavar o braço da FAV antes de entrar na sala de HD, realizar hemostase dinâmica, quando aplicável, e estar atento a sinais e sintomas de hipotensão. No período interdialítico, é necessário remover os pensos no dia seguinte à sessão de HD e observar atentamente os locais de punção, garantindo a integridade do AV (Lok et al., 2020; Sousa, 2014).

Além dos cuidados com o AV, a gestão nutricional dos doentes em HD, desempenha um papel fundamental, no entanto, esta gestão é exigente e complexa, constituindo um desafio que impacta bastante a qualidade de vida do doente (Ikizler et al., 2020). A orientação nutricional deve procurar um equilíbrio entre a ingestão proteico-energética adequada e o controlo rigoroso

de parâmetros críticos, sendo o fósforo e os líquidos os principais desafios neste caso (Ikizler et al., 2020).

O metabolismo do fósforo está alterado desde as fases iniciais da DRC, tornando essencial a sua monitorização para prevenir complicações como hiperparatiroidismo secundário, Doença Mineral Óssea (DMO) e calcificações vasculares, que aumentam significativamente o risco cardiovascular e a mortalidade. O excesso de fósforo contribui ainda para arritmias, fibrose miocárdica e calcificações em tecidos moles, afetando órgãos vitais como coração, pulmões e rins (Ikizler et al., 2020). O controlo do fósforo é particularmente desafiante, uma vez que os alimentos ricos neste mineral são também fontes de proteínas essenciais. A ingestão proteica deve ser suficiente para compensar as perdas durante a diálise e prevenir o catabolismo muscular, recomendando-se um consumo de 1,0-1,2 g/kg/dia de proteínas de alto valor biológico, como carne, peixe e ovos (Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). No entanto, cada grama de proteína contém 13 a 15 mg de fósforo, com uma absorção entre 30 e 70%, sendo o fósforo de origem animal mais biodisponível do que o vegetal. O fósforo inorgânico, presente em aditivos alimentares como fosfatos e polifosfatos, tem uma taxa de absorção superior a 90%, tornando os alimentos processados uma fonte oculta significativa deste mineral (Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Para reduzir a ingestão de fósforo sem comprometer a ingestão proteica, recomenda-se o consumo de alimentos com menor proporção fósforo/proteína, como carnes brancas, raia, polvo e clara de ovo, e a restrição de laticínios, leguminosas secas, frutos secos e produtos industrializados. Métodos de confeção como a dupla fervura dos alimentos em duas águas, podem reduzir até 50% do fósforo presente (Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Embora existam vários fatores que influenciam o controlo do fósforo, como o uso de quelantes, vitamina D e a eficácia da diálise, a regulação da ingestão de fósforo alimentar tem um papel central na prevenção e tratamento da hiperfosfatemia. A restrição de alimentos ricos em fósforo é frequentemente necessária para manter os níveis séricos dentro dos valores de referência laboratoriais (3,5 - 5,5 mg/dl) (Ikizler et al., 2020).

O potássio, é outro mineral a evitar pois pode causar hipercaliemia, aumentando o risco de arritmias e paragem cardíaca. O objetivo é manter os níveis séricos abaixo de 5,5 mmol/l (Ikizler et al., 2020). Alimentos ricos em potássio, como frutas, hortícolas e leguminosas, devem ser consumidos com moderação, sendo também recomendada a dupla fervura (Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Estudos recentes indicam o consumo de fibras pode ajudar na regulação do trânsito intestinal e na redução da absorção de potássio. Portanto ingestão de frutas e leguminosas deve ser avaliada individualmente, sendo a recomendação geral: limitar o consumo a duas peças de fruta por dia, preferindo variedades de menor teor de potássio, como maçã, pera, pêsego e ananás (Ikizler et al., 2020).

A gestão da ingestão de líquidos é igualmente essencial para prevenir sobrecarga hídrica, que pode levar a HTA, edema, sobrecarga cardíaca e intolerância à diálise. Neste caso, o doente mantém FRR, ou seja, os rins ainda eliminam parte dos líquidos e toxinas, embora de forma

limitada. A preservação da FRR está associada a melhores resultados clínicos e menor restrição dietética (Amado, 2021; Goldstein et al, 2006; Krediet, 2017; Mathew et al., 2016). No entanto, como nem todos os líquidos são eliminados, o volume corporal aumenta entre sessões, dificultando a determinação do peso real do doente, designado por peso seco, que corresponde ao estado de hidratação ideal, sendo fundamental para evitar hipotensão intradialítica ou sobrecarga de volume (Fouque et al., 2007; Stigger, 2022).

A avaliação clínica do peso seco inclui, observação de edemas, dificuldade respiratória, auscultação pulmonar alterada e tensão arterial elevada, sinais de hipervolemia, que indicam necessidade de redução do peso seco (Fouque et al., 2007; Lara, 2010; Stigger, 2022). Como estes sinais, numa fase inicial, podem ser pouco evidentes, o BCM, baseado em bioimpedância, pode ser útil para estimar a hidratação e evitar desidratação, essencial para preservar a FRR (Fouque et al., 2007; Stigger, 2022).

É importante considerar que o peso seco pode sofrer alterações ao longo do tempo, ajustando-se à recuperação nutricional inicial, ganho de massa muscular ou perda de peso, devido a doença ou internamento (Amado, 2021; Goldstein et al, 2006; Krediet, 2017; Mathew et al., 2016). Assim, monitorizar estas variações é essencial para a adequação do tratamento e melhoria da qualidade de vida.

Outra intervenção prioritária para a gestão de líquidos é a restrição de sódio, fundamental para reduzir a sede e evitar retenção hídrica. Deve-se limitar o consumo de produtos processados, conservas e molhos industrializados, privilegiando ervas aromáticas e especiarias no tempero dos alimentos. O uso de substitutos do sal deve ser evitado, por possuírem cloreto de potássio (Mira et al, 2017; National Kidney Foundation, 2017, 2022). No ensino sobre o autocontrolo da sede, as evidências indicam que a prioridade deve ser dada à restrição de sódio e açúcar, sendo pouco eficaz focar unicamente na limitação da ingestão de líquidos (Amado, 2021; KDOQI, 2006). Paralelamente o doente deve ser capacitado para a restrição de líquidos, que requer estratégias como o uso de recipientes pequenos, evitar beber durante as refeições e distribuir pequenas quantidades ao longo do dia, além disso, o cálculo do seu volume diário, que deve ser ajustado, considerando um limite base de 500 ml, ao qual se soma a produção urinária em 24 horas, evitando um GPI excessivo (Amado, 2021; Fouque et al., 2007).

O GPI, correspondente à acumulação de líquidos entre sessões, não devendo exceder 4,8% do peso seco, evitando taxas de Ultrafiltração (UF) superiores a 10 ml/kg/h, que podem causar sintomas intradialíticos como hipotensão, náuseas, vômitos e câibras, além de aumentar o risco cardiovascular (Amado, 2021; Fouque et al., 2007). Além disso, o GPI, excessivo leva a taxas elevadas de UF o que pode comprometer a FRR, tornando essencial o registo de pesos, pressões sanguíneas e eventos adversos durante a HD (Amado, 2021; Fouque et al., 2007).

A adesão às restrições alimentares, incluindo a restrição hídrica, representam um grande desafio para os doentes em HD, exigindo modificações significativas no estilo de vida, que

podem impactar não só as rotinas diárias, mas também os aspetos sociais, afetando a qualidade de vida (Amado, 2021; Estridge et al., 2018). O sucesso da intervenção passa pela consciencialização do doente, identificação de barreiras à adesão e implementação de estratégias que facilitem a adaptação ao regime alimentar, promovendo melhores resultados clínicos e uma melhor qualidade de vida (Amado, 2021; Estridge et al., 2018).

Como descrito anteriormente, a pessoa com DRCT submetida a HD enfrentam desafios na adesão ao RT, dado que este envolve múltiplas sessões semanais de HD, restrições alimentares e de líquidos, além de um RM exigente. No entanto, a adesão ao tratamento é crucial, pois contribui para prevenir complicações, aliviar sintomas, promover a qualidade de vida e reduzir a mortalidade associada (Ferreira, 2022).

Diversos fatores sociais, económicos e culturais, como baixo nível educacional, dificuldades financeiras, isolamento social e distância das unidades de saúde, podem dificultar a adesão ao RT (Ferreira, 2022). No caso em questão, essas barreiras foram consideradas na conceção dos cuidados de enfermagem para favorecer a adesão do doente.

A adesão ao tratamento pode ser classificada em duas formas: não adesão involuntária, quando o doente enfrenta dificuldades em seguir o tratamento, muitas vezes sem a devida compreensão do regime; e não adesão voluntária, quando o doente opta racionalmente por não seguir as orientações médicas, apesar de estar adequadamente informado (Ferreira, 2022). No caso 1, no âmbito do RM, ambas as formas foram identificadas, nomeadamente, o doente apresenta dificuldades financeiras que limitavam aquisição dos medicamentos e potencial para melhorar o conhecimento e consciencialização, por outro lado, a resistência à polimedicação e crenças sobre os efeitos secundários, foram identificadas como aspetos dificultadores para adesão voluntária.

A falta de adesão ao RM, é mais comum em doenças crónicas assintomáticas, como a HTA, em comparação com doenças agudas, devido à falta de perceção imediata de urgência (Ferreira, 2022). A HTA, por ser silenciosa, pode justificar a não adesão ao RM.

Fatores individuais, como o nível de conhecimento, atitudes, motivações e crenças sobre a eficácia do tratamento, influenciam a adesão (Ferreira, 2022). A capacidade de compreender e cumprir o RT, a perceção da importância do tratamento e os receios, como o medo de dependência ou estigmatização, também são fatores a serem considerados. O suporte adequado e o ensino personalizado, evidenciando os ganhos em saúde e qualidade de vida, são essenciais para superar essas barreiras (Ferreira, 2022).

Monitorizar a adesão ao RM é também essencial para planear eficazmente o tratamento e garantir que os benefícios observados sejam resultado do regime prescrito (Ferreira, 2022).

Neste caso em particular é essencial um acompanhamento individualizado e de proximidade, uma vez que o doente iniciou a TSFR há poucos meses, e além da necessidade de ajuste em

todo o RT anteriormente descrito, encontra-se ainda numa fase de adaptação à HD.

O diagnóstico de DRCT e o início da HD impõem à pessoa uma reavaliação profunda do seu estilo de vida, além de uma reorganização psicológica e emocional. A pessoa depara-se com um RT multifacetado e contínuo, complexo de gerir, que exige mudanças significativas nos hábitos de vida, incluindo a adesão rigorosa a um regime dietético e de ingestão de líquidos, assim como a necessidade de se comprometer com as sessões de diálise, que ocorrem três vezes por semana. Nesse contexto, é essencial que a pessoa se adapte ao tratamento dialítico, que deverá ser seguido ao longo de sua vida, a menos que ocorra um TR (Frazão et al., 2014; Oliveira et al., 2020).

O início da HD é um processo de transição emocional, e os doentes frequentemente experimentam uma gama de emoções, como medo, ansiedade, insegurança e angústia, devido às mudanças que o tratamento impõe. Esses sentimentos podem afetar negativamente a autoestima e prejudicar a adesão ao RT, impactando diretamente no estado clínico do doente. A resistência emocional e psicológica à diálise pode, inclusive, agravar o quadro de saúde, uma vez que a adesão ao tratamento é fundamental para o seu sucesso (Metrogos et al., 2021).

A adaptação ao tratamento de HD pode ser analisada em três fases, que não seguem uma ordem rígida, podendo alternar ou sobrepor-se conforme a trajetória individual de cada doente.

A fase de "Lua-de-Mel" é a fase inicial, que pode durar entre algumas semanas e 6 meses. Durante esse período, o doente experimenta alívio dos sintomas físicos, o que pode gerar sentimentos positivos e de gratidão. No entanto, essa fase pode ser seguida por uma sensação de desilusão, conforme o doente toma consciência das implicações do tratamento, podendo desenvolver ansiedade e depressão (Dias, 2024; Fazendeiro et al, 2011).

Na fase de desilusão e decepção, as limitações impostas pela HD tornam-se mais evidentes, como mudanças na rotina, vida social e restrições alimentares. Esses desafios podem gerar angústia, desmotivação, e sentimentos de ansiedade e depressão, impactando a adesão ao tratamento e o bem-estar emocional. Essa fase pode durar entre 3 e 12 meses (Dias, 2024; Fazendeiro et al, 2011).

A fase de adaptação a longo prazo é marcada pela aceitação do tratamento e pela integração da doença no quotidiano. Os doentes desenvolvem estratégias para lidar com os desafios do tratamento. No entanto, nem sempre essa adaptação é benéfica ao bem-estar emocional, com períodos de resignação e depressão (Dias, 2024; Fazendeiro et al, 2011).

De acordo com a teoria das transições de Afaf Meleis, fatores como a consciência da situação, o envolvimento ativo e a adaptação são essenciais para uma transição bem-sucedida. Esta teoria, é útil na conceção de cuidados na medida em que apoia o papel do enfermeiro como agente facilitador da transição e incorporação da nova condição no dia-a-dia, sendo essencial analisar a natureza das transições vividas, bem como, as suas condições e os padrões de resposta (Meleis,

2010).

Este doente está a viver múltiplas transições, incluindo uma transição situacional devido a um acidente de viação relacionado com o consumo excessivo de álcool, que afetou a sua condição financeira e perturbou a relação familiar. Outra transição é a saúde/doença, com a progressão da DRC e o início recente de HD (Costa, 2016; Ferreira, 2017; Guimarães et al, 2016; Mateus, 2024; Meleis, 2010). Este doente, apesar de reconhecer que o acidente impactou a sua condição de vida a vários níveis (financeiro, relacional com a família e na saúde) levando-o a controlar o alcoolismo, não está consciente da mudança causada pela evolução da DRC, não demonstrando envolvimento no RT.

No que diz respeito às condições das transições, foram identificados significados, atitudes e crenças que dificultam o processo de adaptação. Verificou-se ainda uma condição socioeconómica desfavorável e uma relação familiar fragilizada, marcada pela ausência de apoio efetivo ao doente, limitando-se a permitir que este pernoite no mesmo espaço. Em contrapartida, destaca-se o apoio positivo da entidade laboral, que tem representado um recurso facilitador no percurso de transição.

Relativamente aos padrões de resposta, encontra-se alienado de si próprio e sem objetivos de vida, considera que os outros, nomeadamente familiares, apoio social, o devem auxiliar, sem assumir proatividade para com o seu estado de saúde ou situação, apesar de se isolar da família, envolve-se com os profissionais de saúde e restantes doentes. Identificado elevado potencial para melhorar o conhecimento e a consciencialização.

Os sinais evidenciados de ansiedade, baixa autoestima, isolamento social e desmotivação para definir e alcançar objetivos, indicam um nível reduzido de autoeficácia (Rantepadang et al, 2024), o que justificou a utilização adicional da teoria da autoeficácia. A Teoria da Autoeficácia e a Teoria das Transições complementam-se, na medida em que a adaptação a mudanças depende não só da informação e do suporte externo, mas também da perceção individual das próprias capacidades. Uma autoeficácia fortalecida favorece a superação de desafios e a adoção de estratégias eficazes, enquanto uma transição bem-sucedida exige conhecimento, apoio e confiança na capacidade de enfrentar a mudança (Bandura, 1978, 1997; Meleis, 2010).

Como será desenvolvido posteriormente identificou-se potencial para melhorar o conhecimento e a consciencialização, através de métodos de avaliação do conhecimento como teach-back e ask-me-three e vários relatos que indiciaram desvalorização relativamente ao RT e à gravidade das comorbilidades. No entanto, a ansiedade e a autoeficácia reduzida constituem uma barreira à adesão à cessação tabágica e ao RT no caso da autoeficácia.

Assim a intervenção focou-se na conscientização e capacitação de forma a promover adaptação ao RT, a aceitação das doenças e respetivo RT e do autocontrolo da ansiedade. Este processo foi essencial para que o doente se envolvesse mais no RT e se adaptasse à rotina de autocuidado

(Costa, 2016; Ferreira, 2017; Guimarães et al, 2016; Mateus, 2024; Meleis, 2010). A par deste processo de capacitação foram introduzidos métodos para empoderar a autoeficácia, como o uso de autorrelatos de doentes com experiências de sucesso, definição de metas realistas, desenvolvimento de autoconhecimento, e feedback positivo.

A intervenção na exploração de significados desfavoráveis à transição foi também imprescindível, como será abordado nos domínios correspondentes. No entanto, o curto tempo decorrido e as limitações a nível comunitário e social, bem como as dificuldades financeiras, a falta de recursos de apoio psicológico gratuito e a falta de apoio familiar constituíram condicionantes desfavoráveis ao processo de transição, por outro lado a capacidade cognitiva do doente e o apoio da sua entidade patronal, no sentido de ajustar o horário laboral às necessidades de tratamento, revelaram-se favoráveis (Costa, 2016; Ferreira, 2017; Guimarães et al, 2016; Mateus, 2024; Meleis, 2010).

Com base na entrevista inicial, quanto à adaptação à HD, o doente enquadra-se na fase de lua de mel e foram identificados sinais de ansiedade com uma etiologia prévia ao início da HD, podendo evoluir para sintomas depressivos, com esta nova transição saúde-doença.

A ansiedade é uma reação comum nas pessoas com DRC, sendo observada em 50-70% dos doentes em diálise (Metrogos et al., 2021). A doença é vista como uma ameaça à vida e à integridade corporal, além de causar insegurança em relação ao futuro. Fatores como a dor, as restrições alimentares e hídricas, a fadiga e a sensação de ineficácia contribuem para o aumento do stress, que por sua vez, pode levar a uma menor adesão ao tratamento, aumentando o risco de complicações e hospitalizações (Bahraseman et al., 2021). Portanto, é essencial que os profissionais de saúde identifiquem e abordem esses fatores de stress, para que possam auxiliar os doentes na gestão emocional e na adesão ao RT.

No domínio da saúde mental, a autoeficácia tem sido associada a menores níveis de ansiedade e depressão (Bassi et al., 2021; Soysa & Wilcomb, 2015; Yeo et al., 2023). Diversos estudos confirmam que o desenvolvimento da autoeficácia tem efeitos positivos também na adesão ao RM e dietético, especialmente no controle de líquidos em doentes com DRC (Husna et al., 2019; Assunta et al., 2019; Beyebach et al., 2018; Hong et al., 2017; Lee et al., 2021; Mailani et al., 2021; Masoud et al., 2023; Parker, 2019; Perdana & Yen, 2021; Vr & Kang, 2023; Washington et al., 2018). Também neste contexto foi útil a incorporação desta teoria, na medida em que existia dificuldade na adesão à gestão de líquidos, com GPI elevado apesar da FRR, associada a sinais de baixa autoeficácia.

A ansiedade e a depressão são fatores que comprometem significativamente a qualidade de vida dos doentes, especialmente em condições crónicas como a doença renal (Yonata et al., 2022). A teoria da autoeficácia de Albert Bandura, ao fortalecer a confiança do doente na sua capacidade de gerir a doença, contribui para uma maior autonomia, resiliência e, conseqüentemente, mais qualidade de vida (Bandura, 1978, 1997).

Os doentes submetidos a TSFR apresentam uma qualidade de vida inferior à população geral, com maior prevalência de transtornos do humor, especialmente ansiedade e depressão. Estes transtornos estão inversamente relacionados à qualidade de vida e podem aumentar a mortalidade e morbidade, além de prejudicar a adesão ao tratamento e afetar negativamente o estado imunológico e nutricional. Os sintomas de ansiedade e depressão, como dificuldades de concentração, falta de motivação, alterações do sono, fadiga e humor deprimido, agravam esses efeitos (Stasiak et al., 2014; Uveda et al., 2022).

Como complemento da entrevista, foi usada a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para avaliar o nível de ansiedade e depressão. Esta escala, validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), com pessoas com DRC, avalia aspetos emocionais e cognitivos da ansiedade e da depressão, com 14 itens divididos em duas subescalas de sete itens. Cada item é pontuado de 0 a 3, com a pontuação total variando de 0 a 42. Pontuações mais altas indicam maior gravidade dos sintomas, sendo que 0-7 indica ausência de sintomas relevantes, 8-10 sintomas leves, 11-15 sintomas moderados, e 16-21 sintomas graves (Pais-Ribeiro et al., 2007; Stasiak et al., 2014).

O tratamento da ansiedade em doentes com DRC é multifacetado, envolvendo abordagens tanto farmacológicas, quanto não farmacológicas. As intervenções farmacológicas podem incluir a prescrição de ansiolíticos, antidepressivos ou outros medicamentos que atuam sobre os neurotransmissores responsáveis pela regulação do humor e da ansiedade. Medicamentos como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os ansiolíticos benzodiazepínicos podem ser utilizados, dependendo da gravidade da ansiedade e da resposta do doente ao tratamento. A escolha do medicamento é feita com base nas características individuais do doente, incluindo possíveis interações com outros fármacos usados no tratamento da DRC, garantindo assim uma abordagem segura e eficaz (Machado et al., 2021; Moreira et al., 2014).

Além do tratamento farmacológico, as intervenções não farmacológicas são essenciais no controlo da ansiedade. Na área da saúde mental, a psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental, tem mostrado bons resultados na redução dos sintomas ansiosos, pois trabalha a reestruturação cognitiva e a modificação de padrões de pensamento disfuncionais (Machado et al., 2021; Moreira et al., 2014). Técnicas de relaxamento, como a meditação, a respiração diafragmática e a prática de mindfulness, também podem ser recomendadas, pois ajudam a reduzir os níveis de stress e promovem uma sensação de bem-estar. Além disso, o apoio psicológico contínuo, que pode incluir a educação sobre a doença renal e o fortalecimento do autocuidado, é fundamental para a melhoria da adesão ao tratamento e para enfrentar a ansiedade relacionada à condição crónica. O envolvimento familiar e o suporte social também desempenham um papel crucial, fornecendo uma rede de apoio emocional que pode auxiliar o doente na gestão da ansiedade e na adaptação ao tratamento a longo prazo (Machado et al., 2021; Moreira et al., 2014).

Embora a ansiedade represente um desafio significativo para o bem-estar do doente, a sua gestão eficaz pode abrir caminho para a abordagem de outros comportamentos prejudiciais à saúde, como o tabagismo.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, responsável por cerca de 6 milhões de mortes anuais, sendo mais prevalente no sexo masculino. Além de ser uma substância psicoativa, o tabaco causa dependência física e psicológica, afetando principalmente o sistema respiratório e cardiovascular, com implicações também na saúde reprodutiva e no aumento do risco de complicações pós-operatórias. As doenças relacionadas com o consumo de tabaco geram custos elevados para o SNS e afetam os fumadores passivos (Abrantes, 2015; DGS, 2021, 2024).

O tabagismo é um fator de risco importante para diversas patologias cardiovasculares, incluindo fenómenos trombóticos, aneurismas, aterosclerose e eventos coronários. O fumo do cigarro acelera a aterosclerose, ativa plaquetas e facilita a rutura de placas, sendo o segundo maior fator de risco para EAM, após a relação LDL: HDL. A cessação tabágica reduz o risco de eventos coronários em até 50%, após um ano sem fumar. Também está relacionado com o AVC, angina e disfunção erétil no homem (Abrantes, 2015; DGS, 2021, 2024).

Além dos efeitos físicos, o tabagismo acarreta custos sociais e económicos elevados, como perda de produtividade e custos com tratamentos e absentismo. Está igualmente associado ao contexto familiar e à saúde mental, uma vez que famílias coesas reduzem o risco de abuso de substâncias e sintomas depressivos. Fumadores com sintomas de ansiedade e depressão podem usar o tabaco como mecanismo de coping e, por isso, precisam de apoio psicológico, além de acompanhamento médico no processo de cessação (Abrantes, 2015; DGS, 2021, 2024).

A cessação abrupta do tabaco provoca sintomas de privação, como aumento do apetite, desejo intenso de fumar, irritabilidade, insónia, entre outros. Estes sintomas frequentemente resultam em recaídas, tornando essencial um planeamento adequado para o abandono deste comportamento aditivo (DGS, 2021).

O tratamento para a cessação tabágica deve ser multidisciplinar, envolvendo médicos e outros profissionais de saúde, com base numa relação de confiança com o doente. As intervenções incluem aconselhamento, suporte comportamental e farmacoterapia, sendo as técnicas de entrevista motivacional cruciais para superar a resistência e reforçar os benefícios da cessação (Abrantes, 2015; DGS, 2021, 2024).

Para além dos impactos negativos do tabagismo na saúde geral e na condição financeira do doente, é importante considerar a sua relação com a disfunção erétil (DE), outro foco de atenção identificado. O tabagismo está associado a um maior risco de problemas vasculares, comprometendo a circulação sanguínea e podendo contribuir para a disfunção erétil (Abrantes, 2015; DGS, 2024). No entanto, esta condição não parece estar exclusivamente ligada ao

consumo de tabaco, mas também a outros fatores como a ansiedade, o descontrolo da HTA, dislipidemia, possíveis efeitos secundários do medicamento, a DRC e questões emocionais e relacionais. Assim, torna-se essencial uma abordagem holística que considere todas estas variáveis no planeamento de intervenções adequadas (Abrantes, 2015; DGS, 2024).

A DE é definida como a incapacidade recorrente de obter ou manter uma ereção adequada para uma atividade sexual satisfatória. Não é uma doença em si, mas um sintoma de diversas patologias, como HTA, diabetes, tabagismo, dislipidemia, doenças neurológicas, distúrbios hormonais e psicológicos (ansiedade e depressão), além do uso crónico de medicamentos como anti-hipertensores e antidepressivos (Almeida et al., 2021; Sarris et al., 2016).

Esta disfunção é comum com o envelhecimento, afetando cerca de 50% dos homens com mais de 40 anos. Seu tratamento depende da causa subjacente, e as intervenções farmacológicas de primeira linha incluem os inibidores da PDE-5 (Sildenafil, Tadalafil e Vardenafil). Para casos de ineficácia ou contra-indicações, a injeção intracavernosa de substâncias vasoativas como o alprostadil pode ser uma opção (Almeida et al., 2021; Sarris et al., 2016).

Além dos tratamentos farmacológicos, é essencial abordar as causas não farmacológicas. A psicoterapia é indicada para casos psicogênicos ou mistos, abordando questões como ansiedade de desempenho, transtornos psiquiátricos e conflitos relacionais (Almeida et al., 2021; Sarris et al., 2016).

As mudanças no estilo de vida também desempenham um papel crucial na melhoria da função erétil, sendo recomendadas o controle de doenças subjacentes, como HTA e a diabetes, que impactam diretamente a função erétil; a cessação do tabagismo, uma vez que o tabaco é um fator de risco importante para a DE; o controle do peso, pois a obesidade, especialmente a visceral, está relacionada à DE; e a prática de atividade física regular, que melhora a saúde cardiovascular e impacta positivamente a função erétil (Almeida et al., 2021; Sarris et al., 2016).

A escolha do tratamento ideal depende da causa, gravidade e estado geral de saúde do doente, sendo essencial consultar um profissional para um diagnóstico e plano de tratamento individualizado (Neto et al., 2024; Sarris et al., 2016).

A DE é uma complicação comum entre homens com DRC em HD, que impacta profundamente as suas emoções, qualidade de vida e autoconceito. Estudos recentes demonstram que a prevalência de DE nesta população é elevada, estando associada a fatores como idade avançada, menor rendimento familiar, presença de diabetes e alterações laboratoriais, nomeadamente níveis reduzidos de hemoglobina e albumina. Embora muitos doentes avaliem a sua vida sexual como satisfatória, a presença de DE está correlacionada com um declínio na saúde mental, afetando negativamente o bem-estar emocional e a perceção de si próprios. Estes dados evidenciam a necessidade de avaliações regulares e de intervenções direcionadas para melhorar a função sexual e, consequentemente, a qualidade de vida destes doentes (Neto

et al., 2024).

O papel do EE é crucial em todos estes processos de adaptação. O enfermeiro desempenha uma função essencial na promoção do autocuidado e na educação do doente, orientando-o sobre o tratamento e as mudanças necessárias no estilo de vida, com o objetivo de melhorar a adesão ao RT. O sucesso do tratamento depende, em grande parte, da adesão do doente, o que torna as intervenções de enfermagem fundamentais. As estratégias de educação devem ser direcionadas para o esclarecimento sobre o tratamento, dieta, hábitos de vida saudáveis e a importância da adesão ao RT. A informação adequada aumenta a confiança do doente e contribui para a adoção de comportamentos positivos em relação à sua saúde (Bahraseman et al., 2021; Oliveira et al., 2020).

Neste contexto, destaca-se a importância da atuação do EE nas primeiras etapas do modelo PLISSIT, nomeadamente na criação de um ambiente seguro e de confiança que permita ao doente abordar livremente preocupações sensíveis muitas vezes ocultas. Durante o estágio, ficou evidente como esta abordagem pode facilitar a identificação de questões inicialmente omitidas pelo doente, permitindo, posteriormente, a aceitação do problema e a abertura para a procura de ajuda especializada. Esta intervenção precoce e fundamentada, reforça a relevância do EE na promoção de um cuidado verdadeiramente holístico e centrado na pessoa.

Além disso, os enfermeiros devem avaliar a adesão do doente ao RM e identificar os fatores que influenciam essa adesão, desenvolvendo estratégias para promover a mesma. A comunicação terapêutica, baseada em escuta ativa e empatia, pode ser um grande aliado no processo de apoio emocional e psicológico. A consulta de enfermagem, seja individual ou em grupo, é uma ferramenta importante na melhoria da adesão ao RM e à implementação de comportamentos de autocuidado. Intervenções educativas, como o uso de vídeos, folhetos informativos, e acompanhamento por telefone, ajudam a esclarecer dúvidas e aumentar a conscientização sobre a importância do tratamento (Pinto, 2020; Zhianfar et al., 2020).

O autocuidado também deve ser enfatizado, especialmente no que diz respeito ao AV, utilizado na HD. O enfermeiro deve orientar o doente e a sua família sobre os cuidados necessários para evitar complicações relacionadas ao AV. O acompanhamento contínuo e a educação sobre os cuidados com o acesso são fundamentais para garantir o sucesso do tratamento e prevenir falhas ou complicações (Lok et al., 2020; Sousa, 2014). Dessa forma, o enfermeiro atua como um facilitador no processo de adaptação à doença crónica, promovendo a capacitação do doente para gerir a sua condição e melhorar a sua qualidade de vida.

Em suma, a adaptação ao tratamento de HD é um desafio complexo que exige a colaboração de toda a equipa de saúde, especialmente dos enfermeiros, que desempenham um papel essencial na promoção da adesão ao tratamento, no autocuidado e na melhoria do bem-estar emocional e psicológico do doente. As intervenções de enfermagem, centradas na educação, apoio emocional e capacitação para a gestão da doença, são fundamentais para que o doente

enfrente com mais confiança os desafios impostos pela DRCT e pelo tratamento dialítico.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-23 17:15:00	Complexo B + Biotina - 1comprimido PO; 3x semana	
2024-10-23 17:15:00	Ácido fólico 5mg - 1comprimidoPO; 3x semana	
2024-10-23 17:15:00	Epoetina beta 2000UI/0,3ml IV - 3x semana	
2024-10-23 17:15:00	Calcitriol 0,25 ug - 1comprimido PO 3X semana	
2024-10-23 17:15:00	Furosemida 40mg - 2 comprimidos PO 1x dia	
2024-10-23 17:15:00	Bisoprolol 2,5mg - 1 comprimidos PO 1x dia	
2024-10-23 17:15:00	Empagliflozina 10mg - 1 comprimidos PO 1x dia	
2024-10-23 17:15:00	Ácido acetilsalicílico 100mg - 1 comprimidos PO 1x dia	
2024-10-23 17:15:00	Atrovastatina 40m - 1 comprimidos PO 1x dia	
2024-10-23 17:15:00	Lisinopril 5mg - 1/2 comprimido PO; 1X dia	
2024-10-23 17:15:00	sevelâmero 800mg - 2comprimidos PO; 2X dia	
2024-10-23 17:15:00	Heparina sódica 25000 U.I./5 ml - 2000UI	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

COMPLEXO B + BIOTINA

As vitaminas do complexo B são componentes de sistemas enzimáticos que catalisam várias reações do metabolismo glucídico, lipídico e proteico. Pertencem ao grupo farmacológico: associações de vitaminas (INFARMED, 2022a).

Indicação terapêutica:

Profilaxia de avitaminoses, em situações que requerem um aporte suplementar, associadas ao tratamento da DRC. As vitaminas e os oligoelementos hidrossolúveis são facilmente removidos

por HD, pelo que é recomendada a suplementação (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2022a; Kędzierska-Kapuzo et al., 2023)

Efeitos secundários mais frequentes:

Diarreia e obstipação (INFARMED, 2022a).

Considerações importantes:

Deve ser administrado por via oral com um pouco de água, no final da diálise, uma vez que é rapidamente absorvido, de forma a garantir que não é dialisado.

O álcool interfere com a absorção gastrointestinal da vitamina B12 (INFARMED, 2022a).

ÁCIDO FÓLICO 5mg

É um anti anémico, usado para tratamento das anemias megaloblásticas e pertence ao grupo farmacoterapêutico - sangue e anti anémicos (INFARMED, 2023c).

Indicações terapêuticas:

Como referido anteriormente, no processo de depuração da HD, são removidas vitaminas essenciais, provocando deficiência destas, o que pode afetar a maturação e produção de eritrócitos e conduzir à anemia megaloblástica (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023c; Miranda et al., 2018). Neste contexto, é usado para prevenir a deficiência de ácido fólico e favorecer a produção de eritrócitos (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023c).

Efeitos secundários mais frequentes:

Apenas raros: reação alérgica, anorexia, náuseas, distensão abdominal e flatulência (INFARMED, 2023c).

Considerações importantes:

O ácido fólico é rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal, pelo que deve ser administrado no final do tratamento, garantindo que não é dialisado (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023c).

EPOETINA BETA 2000UI/0,3ml IV

A eritropoetina é uma glicoproteína que estimula a formação de eritrócitos a partir das células progenitoras da linhagem eritrocitária; atua como fator estimulante das mitoses e como hormona diferenciadora. Pertence ao grupo farmacoterapêutico: anti anémico (INFARMED, s.d.a).

Indicações terapêuticas:

A anemia é frequente na DRC e tem etiologia multifatorial, sendo a etiologia mais comum a deficiência de eritropoetina, a deficiência de ferro e a inflamação (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, s.d.a). Neste contexto é usado para tratamento da anemia associada à DRC.

Efeitos secundários mais frequentes:

Frequentes: HTA e cefaleias (INFARMED, s.d.a);

Pouco frequentes: crise hipertensiva e trombose do AV (INFARMED, s.d.a).

Considerações importantes:

Administrar através do AV, no final da sessão de diálise durante dois minutos (INFARMED, s.d.a). Está contraindicada em casos de HTA mal controlada; uma vez que pode ocorrer um aumento da tensão arterial ou o agravamento da HTA pré-existente, especialmente nos casos de aumento rápido do hematócrito. Recomenda-se a interrupção transitória do tratamento com eritropoetina, se o aumento da tensão arterial não puder ser controlado com terapêutica farmacológica (INFARMED, s.d.a).

Deve ser monitorizada a tensão arterial durante o tratamento de HD e no domicílio, especialmente no início desta terapêutica, para monitorizar o efeito da mesma sobre a tensão arterial e ensinar o doente para o reconhecimento da cefaleia como um sinal de alerta (INFARMED, s.d.a).

Deve garantir a adequada adesão à terapêutica, ácido fólico e vitamina B12, uma vez que a deficiência desta reduz a eficácia de eritropoetina (INFARMED, s.d.a).

Assegurar a adequada preparação e administração de suplementos de ferro, quando instituído, para que a eritropoiese seja efetiva (INFARMED, s.d.a).

Deve-se monitorizar os resultados analíticos e ajustar-se as doses de eritropoetina, em doentes com DRC, evitando doses cumulativas e elevadas, que podem aumentar o risco de mortalidade, acidentes cardiovasculares e cerebrovasculares graves. As diretrizes do KDIGO (2013) recomendam a manutenção desta terapêutica mantendo o nível de hemoglobina entre 9 e 11,5 g/dl (90 e 115 g/l) (Kliger et al., 2013), de forma a reduzir a necessidade de transfusão sanguínea ou os riscos acima referidos. É da competência do enfermeiro promover adesão ao RM e ao padrão alimentar recomendado, no sentido de minimizar as doses de eritropoetina, bem como, monitorizar sinais e sintomas que possam conferir risco cardiovascular e cerebrovascular (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, s.d.a).

CALCITRIOL 0,25ug

É a forma mais ativa de vitamina D3, uma vitamina lipossolúvel, conhecida na estimulação do transporte intestinal de cálcio. Pertence ao grupo farmacológico aparelho locomotor. medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio. Grupo da nutrição. vitaminas e sais minerais (INFARMED, 2021).

Indicações terapêuticas:

À medida que a função renal diminui, há perda progressiva da capacidade de manter a homeostase mineral e a renovação óssea normal. O calcitriol é um dos três componentes que contribui para a manutenção desta homeostasia. Além disso, os níveis de calcitriol estão reduzidos no início da DRC (Daugirdas et al., 2015). Assim, está indicado este fármaco para prevenção de osteodistrofia renal (INFARMED, 2021).

Efeitos secundários mais frequentes:

Hipercalcemia, cefaleias, dor abdominal, náuseas, erupção cutânea, infecção do trato urinário (INFARMED, 2021).

Considerações importantes:

Apesar do ajuste da dose ser da responsabilidade médica, cabe ao enfermeiro estar desperto para as possíveis interações comunicando-as à equipa médica, bem como, contribuir para uma adequada capacitação do doente. Portanto, é essencial ter conhecimento que o calcitriol, influencia a concentração sérica do cálcio, por aumento da absorção intestinal deste, e este por sua vez influencia a concentração sérica do fósforo. No entanto, é importante que os níveis de cálcio se mantenham nos níveis adequados para melhor eficácia do calcitriol. Assim, o enfermeiro deve capacitar o doente e cuidador, para garantir a eficácia de autogestão do padrão alimentar e do RM, bem como para reconhecer sintomas de hipercalcemia e de hiperfosfatemia, essenciais para a gestão da DRC, prevenindo a osteodistrofia renal e a acumulação de fósforo e cálcio em várias estruturas do organismo (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2021).

FUROSEMIDA 40mg

A furosemida é um potente diurético com ação rápida e pertence ao grupo farmacológico: Diuréticos da ansa (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024a).

Indicações terapêuticas:

O uso de altas doses de diuréticos de ansa nos doentes com FRR, aumentam o volume de urina e a remoção de sódio e líquidos (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024a). Neste caso a furosemida, está indicada para tratamento de retenção de fluídos associada a DRC e tratamento

de HTA ligeira a moderada (INFARMED, 2024a). Para controlo da HTA, devem ser preferidos os fármacos que potenciem o volume de urina, sendo os diuréticos de ansa um dos indicados (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024a).

Efeitos secundários:

Este fármaco tem apenas evidencia de efeitos pouco frequentes, nomeadamente: fadiga, os níveis séricos de creatinina e ureia elevados, fotossensibilidade, boca seca, sede, náuseas, perturbações da motilidade intestinal, vômitos, diarreia, obstipação, arritmias cardíacas, hipotensão, perturbação visual, trombocitopenia (INFARMED, 2024a).

Considerações importantes:

A avaliação do débito urinário e a monitorização da tensão arterial, assume particular importância neste contexto, para prevenir hipovolémia ou desidratação (acompanhada ou não por hipotensão) (INFARMED, 2024a).

Este fármaco tem muitas interações medicamentosas, nomeadamente com outros anti hipertensores (risco de hipotensão), antidiabéticos orais (risco de hipoglicemia), anti-inflamatórios (atenua ação da furosemida). Tem ainda interação com o álcool (potencia o efeito hipotensor) e provoca alterações eletrolíticas (risco de hipomagnesémia e hipocaliemia). Portanto, a monitorização de sinais e sintomas e a promoção de uma adequada reconciliação terapêutica é essencial (INFARMED, 2024a).

BISOPROLOL 2,5MG

Pertence ao grupo farmacoterapêutico: aparelho cardiovascular. É um Anti hipertensor, depressor da atividade adrenérgica e bloqueadores beta seletivo cardíacos (INFARMED, 2024b).

Indicações terapêuticas:

Os betabloqueadores, além de contribuírem para o controlo da HTA, favorecem a cardio proteção a pessoas com DRC (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024b). Assim, neste caso, está indicado este fármaco para o tratamento da HTA e efeito cardio protetor (INFARMED, 2024b).

Considerações importantes:

Os comprimidos de bisoprolol devem ser tomados de manhã e podem ser tomados com alimentos. Devem ser engolidos com um pouco líquido e não devem ser mastigados (INFARMED, 2024b).

Especial atenção se administrado concomitante com medicamentos antidiabéticos orais por aumento do efeito hipoglicémico (INFARMED, 2024b).

Medicamentos Anti-inflamatórios Não Esteroide (AINE) podem reduzir o efeito hipotensor do bisoprolol (INFARMED, 2024b).

O uso concomitante, com medicamentos, anti hipertensores pode aumentar o risco de hipotensão (INFARMED, 2024b).

Efeitos secundários mais frequentes:

Bradicardia, tonturas, cefaleias, queixas gastrointestinais tais como náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, sensação de frio ou adormecimento das extremidades, hipotensão, astenia, fadiga (INFARMED, 2024b).

EMPAGLIFLOZINA 10MG

É um antidiabético oral. Pertence ao grupo farmacoterapêutico: Fármacos utilizados na diabetes, inibidores do co transportador de sódio-glicose (INFARMED, 2022b).

Indicações terapêuticas

Segundo Lima (2022) a Empagliflozina tem efeitos reno protetores significativos, que parecem ser independentes do controlo glicémico, o que significa que os benefícios renais podem ser observados mesmo em doentes sem diabetes (Lima, 2022). Assim, neste contexto este fármaco está indicado para promover a depleção de líquidos e redução da tensão arterial, resultando num efeito cardio protetor (INFARMED, 2022b).

Efeitos secundários mais frequentes:

Hipoglicemia, depleção de volume, infeções genitais ou do trato urinário, sede, obstipação, Prurido (generalizado) e erupção cutânea, micção aumentada, aumento dos lípidos séricos (INFARMED, 2022b).

Considerações importantes:

Administrado por via oral, com ou sem alimentos (INFARMED, 2022b).

O efeito da empagliflozina sobre a excreção urinária de glicose encontra-se associado a diurese osmótica, o que pode afetar o estado de hidratação, pelo que requer vigilância do volume de urina e da tensão arterial (INFARMED, 2022b).

A empagliflozina pode aumentar o efeito diurético dos diuréticos da ansa, aumentando o risco de desidratação e hipotensão (INFARMED, 2022b).

Não sendo o doente diabético devem ser tomadas precauções de modo a evitar a hipoglicemia (INFARMED, 2022b).

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) 100mg

É um AINE com propriedades anticoagulante e antiagregante plaquetário e pertence ao grupo farmacoterapêutico sangue, anticoagulantes e anti trombolíticos (INFARMED, 2020).

Indicações terapêuticas

Está descrito que o uso de AAS reduz o risco de Acidentes Vasculares Cerebral (AVC) nos doentes não urémicos em diálise e pode ser apropriado para prevenção secundária de EAM (Daugirdas et al., 2015). Neste contexto, o AAS está indicado para prevenção secundária de EAM e prevenção secundária de acidentes isquémicos transitórios e AVC isquémicos (INFARMED, 2020).

Reações adversas frequentes:

Aumento da tendência para hemorragia, dispepsia, náuseas, vômitos, diarreia (INFARMED, 2020).

Considerações importantes:

Devem ser ingeridos com água, sem triturar e em jejum para garantir uma absorção mais rápida (INFARMED, 2020).

Apesar de ser contraindicado em situações de compromisso renal grave, prevalece o risco cardiovascular. Especialmente quando combinado com diuréticos da ansa, deve ser cuidadosamente monitorizado a FRR, mantendo a hidratação adequada por risco de diminuição da filtração glomerular (INFARMED, 2020).

Deve também ser tidas em consideração as combinações com fármacos que potenciem o risco de hemorragia, nomeadamente, a heparina, AINE e álcool (INFARMED, 2024). Pois, apesar do risco de hemorragia descrito, vários doentes tratados com AAS, em programa de HD, necessitam de doses padronizadas de heparina, no entanto estas devem ser reduzidas ou suspensas em doentes com trombocitopenia ($< 50.000 \times 10^6 / l$) (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2020).

O AAS foi associado a hemorragia gastrointestinal em pessoas com DRCT pelo que é importante abstenção de consumo de álcool, uma vez que este aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2020).

Outras interações medicamentosas a ter em atenção neste doente, são a Empagliflozina por risco de aumento do efeito hipoglicémico e os anti hipertensores e diuréticos, pois os efeitos destes podem ser diminuídos (INFARMED, 2020).

ATORVASTATINA 40mg

É uma estatina, pertence ao grupo farmacológico do aparelho cardiovascular, e é um anti dislipidemicos (INFARMED, 2023d).

Indicações terapêuticas:

Está indicado, em casos de hipercolesterolemia, como adjuvante da dieta para a redução de níveis elevados de colesterol, quando a resposta à dieta e a outras medidas não farmacológicas é inadequada. É também usado para prevenção da doença cardiovascular (INFARMED, 2023d). Também em pessoas com DRC o tratamento com estatinas pode evitar a progressão da doença renal e simultaneamente reduzir o risco cardiovascular (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023d). Neste contexto, está indicado para regular os níveis de colesterol e reduzir o risco cardiovascular do doente.

Efeitos secundários frequentes:

Nasofaringite, reações alérgicas, hiperglicemia, cefaleias, dor laringofaríngea, epistaxe, obstipação, flatulência, dispepsia, náuseas, diarreia, mialgia, artralgia, dor nas extremidades, espasmos musculares, tumefação articular, dorsalgia, valores da função hepática alterados, aumento dos níveis sanguíneos da creatina quinase (INFARMED, 2023d).

Considerações importantes:

Pode ser tomado com ou sem alimentos (INFARMED, 2023d).

Atorvastatina deve ser utilizado com precaução em doentes que consomem quantidades consideráveis de álcool (INFARMED, 2023d).

LISINOPRIL 5MG

É um anti hipertensor e pertence ao grupo farmacológico: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), sem sulfidril, oralmente ativo (INFARMED, 2023b).

Indicação terapêutica

Os anti hipertensores inibidores da ECA devem ser preferidos em pessoas com DRC, tanto para obter benefícios no volume de urina, como para prevenção da FRR (Daugirdas et al., 2015). Neste contexto é um dos fármacos indicados para o tratamento da HTA (INFARMED, 2023b).

Efeitos secundários:

Frequentes: acelera a disfunção renal; hipotensão (mas mais comum se concomitante com diurético da ansa); cefaleias; tosse e tonturas (INFARMED, 2023b).

Considerações importantes:

Não deve ser tomado antes do tratamento de HD uma vez que pode depurar cerca 60% do fármaco, em 4 horas de tratamento, além de aumentar os níveis séricos de potássio se concomitante com a heparina, devido a inibição da libertação de aldosterona, especialmente significativo em doentes com insuficiência renal (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023b).

Foram notificadas reações anafilactoídes em doentes hemodialisados com dialisadores com membranas de alto fluxo (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023b).

Concomitante com:

Antidiabéticos orais aumenta o risco de hipoglicemia (INFARMED, 2023b);

AINE pode provocar hipercaliemia (INFARMED, 2023b);

Diuréticos da ansa e outros anti hipertensores pode potenciar o efeito hipotensor (INFARMED, 2023b).

Assim é importante a reconciliação terapêutica, a monitorização da tensão arterial e da glicemia capilar e a capacitação do doente sobre sinais de alerta e respetivas intervenções. Bem como, estar desperta para eventuais reações anafilactoídes, sugerindo alteração do dialisador se necessário (INFARMED, 2023b).

HEPARINA 2000UI

A heparina sódica, é uma substância heterogénea que se encontra normalmente combinada com proteínas em muitos tecidos animais. Pertence ao grupo farmacoterapêutico: sangue. anticoagulantes e antitrombolíticos (INFARMED, 2023a).

Indicação terapêutica:

A heparina atua como anticoagulante natural impedindo a coagulação do sangue “in vivo” e “invitro”. Estando indicada para prevenir a coagulação em processos de diálise durante a circulação extracorporeal, sendo administrada por via EV no Circuito Extra Corporal (CEC) (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023a). Depois de cada sessão de diálise, o espaço morto de cada lúmen é preenchido com heparina (1.000 a 5.000 unidades/ml) (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023a). Neste contexto, durante o período em que o doente possuía CVC, foi usado como anticoagulante para o lock dos ramos do CVC e também para garantir a anti coagulação do CEC, após remoção do dispositivo, foi usado apenas para o CEC.

Efeitos secundários mais frequentes:

Hemorragia e eritema (INFARMED, 2023a).

Considerações importantes:

Deve ter-se precaução quando a heparina for administrada a doentes com risco de hemorragia, bem como, a combinação com medicamentos que afetem a função plaquetária ou o sistema de coagulação (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023a).

A administração contínua de heparina em doses terapêuticas aumenta o tempo de coagulação, o tempo de trombina e a primeira fase do tempo de protrombina, manifestando-se logo a seguir à administração e dura 4 a 6 horas após a injeção intravenosa e a sua semivida de aproximadamente 1,5 horas. No entanto, o aumento do tempo de coagulação é proporcional à dose administrada e em doses terapêuticas, regra geral, o tempo de hemorragia não é afetado (INFARMED, 2023a).

Os inibidores da função plaquetária (ex: AAS, AINE e ISRSs, etc) aumentam o risco de hemorragia, quando administrados concomitante com a heparina, pelo que estas associações devem ser evitadas ou cuidadosamente monitorizadas (INFARMED, 2023a).

Os medicamentos à base de heparina podem causar a supressão da secreção renal de aldosterona resultando em hipercaliemia, sendo essencial vigiar a presença de sinais e sintomas de hipercaliemia, ponderando a sua administração no início do tratamento, caso estes estejam presentes (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023a).

SERTRALINA GENERIS 50 MG

É um antidepressivo que pertence ao grupo farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central. Psicofármacos. Antidepressivos (INFARMED, 2024c).

Indicação terapêutica:

Cerca de 10% dos doentes com DRCT hospitalizados têm um transtorno psiquiátrico subjacente. Estando entre os problemas mais comuns a depressão, os transtornos de ansiedade, e o abuso de substâncias. A depressão ocorre em até 10 a 50% dos doentes em diálise (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024c). Este fármaco está indicado para o tratamento de perturbação de ansiedade uma vez que este doente manifesta sinais e sintomas de ansiedade relevantes (INFARMED, 2024c).

Efeitos secundários mais frequentes:

tonturas, cefaleia, sonolência; diarreia, xerostomia; falência ejaculatória; e fadiga (INFARMED, 2024c).

Considerações importantes:

Os doentes com depressão devem ser tratados durante pelo menos 6 meses, para assegurar que estão livres de sintomas (INFARMED, 2024c).

Apelar à resiliência e paciência uma vez que os efeitos secundários são mais recorrentes nas primeiras três semanas, em contrapartida os efeitos desejados podem demorar mais do que esse período a surgir (INFARMED, 2024c).

Sertralina deve ser administrada em toma única diária de manhã ou à noite. Os comprimidos de sertralina podem ser administrados com ou sem alimentos, exceto com toranja. Foram observados sintomas de privação na suspensão da sertralina, pelo que a suspensão abrupta deve ser evitada (INFARMED, 2024c).

Este medicamento pode causar sintomas de disfunção sexual (INFARMED, 2024c).

Foram notificados casos de alterações hemorrágicas associadas à utilização de sertralina pelo que se recomenda precaução especialmente em doentes que tomam fármacos com função plaquetária como a AAS (INFARMED, 2024c).

CARBONATO DE SEVELÂMERO 800MG

Sevelâmero é um captador de fósforo e pertence ao grupo farmacoterapêutico: medicamentos para tratamento da hipercalémia e hiperfosfatemia (INFARMED, s.d.b).

Indicação terapêutica:

Cerca de 90% dos doentes em diálise continuam a necessitar de quelantes de fósforo orais para controlar os níveis de deste mineral, independentemente de manterem a restrição alimentar de fósforo e de garantirem uma HD eficaz. Além disso, estudos revelaram que o uso de quelantes de fósforo também pode estar relacionado com maior sobrevida e melhor estado nutricional em doentes em PRHD (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, s.d.b). Neste caso, o sevelamero está indicado para o controlo da hiperfosfatemia (INFARMED, s.d.b).

Efeitos secundários mais frequentes:

Náuseas, vômitos, dor abdominal superior, obstipação, dispepsia, flatulência (INFARMED, s.d.b).

Considerações importantes:

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados nem partidos em pedaços antes da administração. Este medicamento deve ser tomado com alimentos, no entanto, é importante considerar que o carbonato de sevelâmero pode ligar-se a vitaminas lipossolúveis contidas nos alimentos ingeridos e reduzir os níveis séricos de sérico das vitaminas A, D, E, K e de Acido fólico (INFARMED, s.d.b).

Os doentes com obstipação devem ser cuidadosamente monitorizados durante o tratamento com sevelâmero (INFARMED, s.d.b).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre circuito

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre procedimento anestésico

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Frémito da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

03-01-2025 18:30 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Otimizar fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de

complicações da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Treinar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa

03-01-2025 18:30 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

Sondas, Drenos e Cateteres

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Cateter central

23-10-2024 17:15 - Localização do cateter central

23-10-2024 17:15 - Veia jugular Direita(o)

23-10-2024 17:15 - Ausência de dor.

23-10-2024 17:15 - Ausência de calor.

23-10-2024 17:15 - Ausência de rubor.

23-10-2024 17:15 - Ausência de tumefação.

23-10-2024 17:15 - Ausência de exsudado.

23-10-2024 17:15 - Assegurar funcionamento do cateter

23-10-2024 17:15 - Otimizar cateter central

23-10-2024 17:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central

23-10-2024 17:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

23-10-2024 17:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central

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

Durante o acompanhamento deste caso, o doente apresentava inicialmente um CVC para HD implantado na veia jugular direita. A manutenção de um CVC sem complicações exige cuidados rigorosos, tanto por parte da equipa de enfermagem, como do próprio doente. O autocuidado assume particular importância, nomeadamente na higiene diária, na monitorização do local de inserção e na prevenção de manipulações indevidas, de forma a reduzir o risco de infeções e disfunções do cateter (Lok et al., 2020).

No decurso do acompanhamento, o doente foi submetido à construção de uma FAV braquiocefálica, no membro superior esquerdo, processo semelhante ao verificado no caso 2.

Neste contexto, foi fundamental preparar o doente para as diferentes fases associadas à criação de um novo AV e remoção do CVC, promovendo o seu envolvimento ativo e a adoção de comportamentos de autocuidado adequados. A intervenção de enfermagem centrou-se não só na capacitação para os cuidados iniciais com a FAV, como também na orientação contínua durante a sua fase de maturação, assegurando a vigilância de sinais clínicos e a adesão a boas práticas que favorecem a funcionalidade e durabilidade do acesso (Lok et al., 2020).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-10-2024 17:15	Volume de líquidos	
23-10-2024 17:15	Autoconceito	
23-10-2024 17:15	Emoção	
23-10-2024 17:15	Comportamento aditivo	
23-10-2024 17:15	Sistema cardiovascular	
23-10-2024 17:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
23-10-2024 17:15	Autogestão do regime medicamentoso	
23-10-2024 17:15	Padrão alimentar	
06-11-2024 18:30	Atitudes terapêuticas	

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

A HTA está intimamente relacionada com complicações a nível renal e cardiovascular na DRC (Cheung et al., 2021). Além da HTA, este doente tem antecedentes de cardiopatia hipertensiva e doença coronária aterosclerótica e foi diagnosticado com DRCT em 2019, tendo sido associada a progressão rápida desta doença ao descontrolo tensional, motivo pelo qual o doente iniciou PRHD. Da anamnese pode concluir-se que o doente não aderiu às consultas de seguimento de cardiologia e de HTA, nem ao RT. Sendo, portanto, emergente intervir na autogestão da HTA, passando pela exploração dos significados, consciencialização e conhecimentos relacionados com a HTA, o RM e respetiva autogestão. Outros fatores concomitantes são o facto de o volume de líquidos e a tensão arterial estarem relacionados (Depner et al., 2006; Fouque et al., 2007; Lok et al., 2020) sendo essencial a monitorização da tensão arterial, como indicador do volume de líquidos e da adesão a RM. Neste contexto, à também necessidade de consciencializar o doente para a preservação de um possível enxerto renal, uma vez que o mesmo está proposto para consulta pré-transplante (Lok et al., 2020; Silva, 2017).

Neste contexto, foram identificados significados dificultadores associados à percepção da HTA, entendida pelo doente como uma “doença silenciosa” que não requer tanta atenção e como mais um problema a somar ao seu já pesado fardo diário. Para explorar estes significados, foram realizadas entrevistas focadas na consciencialização sobre as consequências já experienciadas e os riscos futuros associados à falta de controlo da HTA, como o AVC e o EAM. Procurou-se, assim, promover uma mudança de perspetiva, incentivando o doente a assumir um papel ativo na gestão da sua saúde, reforçando a ideia de que, ao fazê-lo, não só protege a sua qualidade de vida, como também assume o papel de pai presente e responsável, sendo exemplo de resiliência e determinação para os seus filhos.

VOLUME DE LÍQUIDOS

Este domínio foi identificado por ter verificado que o doente, considerando que tem FRR, tem GPI elevados, não está consciencializado para a necessidade de autocontrolo de líquidos, estão presentes alguns significados dificultadores e existe potencial para aumentar o conhecimento.

A não adesão à restrição de líquidos nestes doentes, leva à retenção excessiva de líquidos entre tratamentos, podendo resultar num aumento de comorbilidades e morte (Amado, 2021; Estridge et al., 2018).

No sentido de identificar barreiras à adesão e expandir o conhecimento sobre intervenções neste âmbito, constituindo uma base para fundamentar a tomada de decisão, realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de compreender os fatores que influenciam a adesão ao RT e as estratégias mais eficazes na intervenção do enfermeiro.

Da revisão emergiram duas conclusões principais sobre a adesão ao regime de gestão de líquidos na pessoa com DRCT. Em primeiro lugar, constatou-se que o ensino deve ser individualizado e adaptado às necessidades do doente, focando-se na resolução de obstáculos específicos à adesão (Beyebach et al., 2018; Estridge et al., 2018; Hong et al., 2017; Lee et al., 2021; Naalweh et al., 2017; Parker, 2019; Xing et al., 2019; Zhang et al., 2023). A eficácia deste processo aumenta quando é precedido por uma avaliação do conhecimento e da capacidade de autogestão do doente, utilizando estratégias baseadas em evidências científicas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Shoumei et al., 2016). Bossola (2020) é enfatizado ainda que o ensino de estratégias para controlar a sede é essencial, dado que este é um dos principais desafios na gestão de líquidos (Beyebach et al., 2018; Bossola et al., 2020; Estridge et al., 2018; Hong et al., 2017; Lee et al., 2021; Naalweh et al., 2017; Parker, 2019; Shoumei et al., 2016; Xing et al., 2019; Zhang et al., 2023).

Outra conclusão relevante é a importância da autoeficácia para o empoderamento do doente e para a melhoria da adesão e autogestão de líquidos. Howren et al. (2017) sugerem que os

doentes que acreditam na sua capacidade de influenciar os resultados na sua saúde e de exercer controlo sobre o tratamento, tendem a aderir melhor a regimes complexos (Assunta et al., 2019; Howren et al., 2017; Mailani et al., 2021; Masoud et al., 2023; Perdana & Yen, 2021; Vr & Kang, 2023; Washington et al., 2018). Assim, o desenvolvimento de autoeficácia surge como uma estratégia fundamental para promover a autonomia e o envolvimento ativo do doente.

Adicionalmente, verificou-se que a adesão aumenta com a idade, possivelmente devido a uma maior maturidade emocional e compreensão dos riscos da não adesão (Husna et al., 2019; Halle et al., 2020; Washington et al., 2018). No entanto, os doentes anúricos enfrentam maiores dificuldades na autogestão de líquidos, o que exige estratégias educativas mais personalizadas (Pereira & Leite, 2022).

Por fim, o suporte familiar e social revelou-se um fator essencial na facilitação da autogestão de líquidos, contribuindo para uma maior adesão e melhoria da qualidade de vida (Mailani et al., 2021b).

Com base nestas conclusões, considerou-se essencial trabalhar todos estes aspetos no sentido de aumentar adesão à gestão de líquidos, promovendo a qualidade de vida e prolongando o tempo de vida (Amado, 2021; Estridge et al., 2018).

Além disso, este doente tem FRR, que deve ser monitorizada e preservada, pois está associada a melhores resultados para o doente, incluindo sobrevivência e qualidade de vida (Amado, 2021; Mathew et al., 2016), uma vez que quanto maior o débito urinário, maior será a margem de líquidos que o doente pode ingerir, a evolução do débito urinário em 24 horas é um indicador importante para o doente fazer a sua autogestão de líquidos (Depner et al., 2006; Fouque et al., 2007; Lok et al., 2020).

AUTOCONCEITO

Neste contexto, observa-se uma desvalorização do doente relativamente ao seu papel na família, tanto enquanto pai, como enquanto marido, expressando sentir-se um “fardo” para os seus familiares. Evita envolver-se nas decisões relacionadas com a educação dos filhos, afasta-se da comunicação com a esposa, não participa nas refeições em família e procura chegar a casa apenas no horário de deitar. A disfunção sexual também tem um impacto significativo, manifestando tristeza e um sentimento de inferioridade enquanto homem, embora refira ter-se acomodado à situação. Revela desmotivação e algum receio em abordar o tema com a esposa, além de desvalorizar opiniões positivas vindas de outras pessoas.

Com base nestes dados, podemos concluir que existe um comprometimento do autoconceito e da autoestima que segundo Gomes (2012), a autoestima é o aspeto mais importante do autoconceito e encontra-se associada à avaliação que o sujeito produz a seu respeito,

sustentado nas suas capacidades e desempenhos. A importância de intervenção neste domínio prende-se com o facto deste comprometimento estar intimamente associado a diagnósticos de ansiedade e depressão, Gomes (2012) defende que a autoestima reduzida está associada a falta de confiança, dependência dos outros, vergonha, rigidez e autoritarismo, sendo um problema relevante que pode ser expressa por elevados níveis de ansiedade. Envolve autoavaliação negativa de si próprio e está associada a sentimentos de ser fraco, indigno, vulnerável, frágil, incompleto, inútil e inadequado, afirma ainda, que a pessoa com baixa autoestima apresenta frequentemente auto julgamento negativo resultando em humor deprimido, defendendo que existe relação entre a autoestima e a saúde mental, não existindo, no entanto, consenso quanto à definição deste comprometimento como um sintoma ou uma causa da depressão (Gomes, 2012; Santos, 2022).

EMOÇÃO

Com base no que foi descrito anteriormente, considera-se pertinente intervir neste domínio a par do domínio emoção, pelas características inerentes de ansiedade e humor depressivo, também intimamente associadas.

Neste domínio foi identificada a suspeita de humor depressivo, associado a ansiedade, manifestada por labilidade emocional, desmotivação e comentários de desvalorização da própria vida, referindo que “se falecesse não faria falta à família”, assim, torna-se pertinente avaliar o doente do ponto de vista mental, no sentido de identificar problemas e corrigi-los (Pretto et al., 2020). Da aplicação da escala HADS obteve-se uma pontuação de 16, para ansiedade e 10, para depressão. Além disso pode concluir-se da entrevista que os sinais de ansiedade e depressão tinha uma etiologia prévia ao início da HD. Após o seu consentimento, foi encaminhado para avaliação médica, e foram iniciadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o objetivo de reduzir os níveis de ansiedade.

Além disso, o início da HD implica desafios exigentes a nível psicossocial, que podem agravar a ansiedade e possíveis sintomas depressivos e impactar a qualidade de vida do doente (Rantepadang et al, 2024)

Por outro lado, segundo Meleis transições ineficazes movem o indivíduo no sentido da vulnerabilidade e do risco, resistindo à redefinição de significados, por outro lado, nas transições saudáveis verifica-se domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis (Meleis, 2010). Assim, contribuir para uma evolução positiva da emoção é essencial para um processo de transição saudável na nova condição de saúde doença.

Para auxiliar neste processo é essencial explorar significados que possam constituir uma barreira à transição saudável, tendo sido identificados significados dificultadores relativamente

ao autocontrolo da ansiedade, nomeadamente a perceção de que estratégias como exercícios respiratórios ou técnicas de relaxamento são ineficazes, irrelevantes e até ridículas. O doente demonstrava uma clara resistência à sua utilização, considerando-as pouco práticas e desligadas da sua realidade. Em contrapartida, referia o uso do tabaco como a sua principal estratégia de coping para lidar com a ansiedade, conferindo-lhe uma sensação imediata de alívio. No entanto, esta preferência pelo tabaco reforça um comportamento de dependência, com implicações diretas na progressão da DRC, agravando o risco cardiovascular e podendo comprometer a elegibilidade para um futuro TR.

Para explorar estes significados, realizaram-se entrevistas orientadas à reflexão e consciencialização, sobre o impacto do uso do tabaco, como mecanismo de regulação emocional e sobre a necessidade de desenvolver alternativas mais saudáveis. Foram fornecidos vídeos demonstrativos de práticas de relaxamento, nomeadamente respiração diafragmática e relaxamento progressivo de Jacobson (Bezerra et al., 2020), com o objetivo de facilitar a familiarização com estas estratégias e promover a sua integração no quotidiano do doente. Procurou-se desconstruir preconceitos, apresentando estas técnicas como ferramentas acessíveis e eficazes na redução da ansiedade, incentivando o doente a experimentar pequenas mudanças que promovam o bem-estar, a autoeficácia e a autonomia na gestão emocional.

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

Segundo, Ferreira (2022), a adesão ao RM do doente renal crónico em PRHD, é fundamental para prevenir complicações, reduzir sinais e sintomas associados, melhorar a qualidade e esperança de vida e diminuir as taxas de mortalidade relacionadas (Ferreira, 2022).

Este domínio foi identificado com base nos dados do processo clínico, que referem história de não adesão ao RM para controlo da HTA o que foi confirmado verbalmente pelo doente, justificando que se sentia bem, pelo que não sentia necessidade do fármaco. Segundo Ferreira, (2022), existe menor adesão, quando se trata de doenças crónicas assintomáticas, comparativamente com doenças agudas sintomáticas (Ferreira, 2022).

O mesmo autor identificou diversos fatores de não adesão ao RM, como dificuldades económicas para adquirir medicamentos, “isolamento social” e “distância geográfica” em relação às farmácias e unidades de saúde. (Ferreira, 2022). Estas barreiras foram também identificadas neste doente. Durante a realização de entrevista, pode-se, também, concluir que existe potencial para aumentar a consciencialização e conhecimento sobre estratégias de autogestão do RM e da relação dos fármacos com os efeitos pretendidos.

De acordo com este autor, a consciência do significado da gravidade da doença e a perceção do risco elevado, bem como a perceção de boa qualidade de vida, são agentes facilitadores da

adesão terapêutica (Ferreira, 2022). Assim, torna-se pertinente a intervenção neste âmbito.

Neste sentido, foram identificados significados dificultadores associados à adesão ao RM, nomeadamente a perceção do medicamento como uma imposição que limita a sua liberdade, expressa na ideia de “não poder sair de casa sem levar os comprimidos”. O doente referia não sentir diferenças significativas ao tomar a medicamento, o que contribui para a desvalorização de uma adesão rigorosa. Adicionalmente, não priorizava a aquisição atempada dos medicamentos, considerando essa tarefa como “um fardo”, tanto a nível económico, como logístico, agravado pela ausência de transporte próprio e pela falta de motivação para investir tempo e dinheiro nessa rotina.

Face a estes significados, recorreu-se a entrevistas orientadas para a exploração das suas perceções e experiências, promovendo a consciencialização sobre o impacto que a não adesão ao RM teve na progressão da DRC e o risco que representa para a possibilidade de um futuro TR, além de comprometer a sua saúde e qualidade de vida. Procurou-se, ainda, reforçar a importância da autorresponsabilização na gestão da própria saúde, destacando o papel ativo do doente na sua trajetória terapêutica. Foi sugerido que passasse a encarar o RM, não como uma limitação, mas como uma ferramenta de controlo sobre a sua condição clínica e um meio para alcançar maior bem-estar e qualidade de vida, tanto para si, como para a sua família. Foi também melhorada a gestão da entrega de medicamentos na clínica e envolvido o assistente social para apoiar eventuais dificuldades económicas para adquirir os restantes fármacos.

PADRÃO ALIMENTAR

Relativamente a este domínio, identificou-se potencial para melhorar o padrão alimentar, especialmente relativamente ao consumo de sódio, fósforo e líquidos.

Segundo a Hemodialysis Adequacy (2006) uma pessoa com DRC em dialise não deve exceder o consumo diário de 5g de cloreto de sódio, no entanto, para um doente com HTA, um consumo diário de 2,5g a 3,8g seria o ideal, no entanto, em doentes com FRR, esta restrição pode ser modificada. De uma forma geral as guidelines aconselham um consumo ideal de cerca de 2g por dia (Depner et al., 2006; Ikizler et al., 2020). Deve, também, considerar-se o risco de desnutrição, associada a anorexia, causada pela inadaptação à alteração de paladar. Esta guideline, refere que os esforços para gestão de fluidos são inúteis se não se praticar também uma restrição de sódio, pelo que é essencial a consciencialização da relação do sódio, com a sensação de sede e consequente ingestão de fluidos, (Depner et al., 2006; Ikizler et al., 2020).

Quanto ao consumo de fósforo, apesar dos níveis séricos deste elemento, se encontrar no limiar dos parâmetros aceitáveis, foi identificada necessidade de intervenção, uma vez que a tendência destes níveis tem sido ascendente, como corroborado por Ikizler et al., (2020) que

recomenda que a decisão de restringir o fósforo dietético se baseie na tendência dos níveis de fosfato sérico em vez de um único valor laboratorial (Ikizler et al., 2020). Por outro lado, foi identificado potencial para melhorar o conhecimento e a consciencialização neste âmbito, como defendido por Ikizler et al., (2020), estratégias educativas consistentes para os doentes ou de planos dietéticos individualizados devem ser implementadas pois podem prevenir/tratar complicações relacionadas com a elevada carga de fosfato (Ikizler et al., 2020).

Como abordado no domínio do volume de líquidos, a gestão do consumo de líquidos necessita de ser ajustada à sua FRR e à UF máxima, garantindo um GPI seguro (Amado, 2021; Ikizler et al., 2020).

Face a estas necessidades de adequar a gestão do padrão alimentar, foram explorados, através de entrevista, vários significados dificultadores relacionados com a desvalorização das recomendações dietéticas, nomeadamente pela resistência em reduzir o consumo de pão e de líquidos, revelando uma atitude de negação face à necessidade de mudança. Esta postura está associada a significados enraizados na tradição laboral e à influência do contexto social, onde o comodismo e a valorização da opinião dos colegas prevalecem sobre a perceção do impacto da alimentação na sua condição clínica. A manutenção dos hábitos alimentares, sem necessidade de preparação de refeições, bem como o ato de beber como momento de convívio social, foram fatores fortemente presentes.

Face a estes significados, procurou-se trabalhar alternativas práticas e exequíveis, promovendo a autonomia e a criatividade na confeção de refeições, considerando as barreiras logísticas, como a inexistência de condições para aquecer a comida no local de trabalho ou limitações no uso da própria cozinha. Paralelamente, desenvolveu-se um trabalho de consciencialização sobre os impactos do regime dietético na saúde e sobre as consequências associadas à DRC, promovendo a capacitação do doente neste domínio em parceria com a nutricionista.

Adicionalmente, foi identificada uma dinâmica familiar disfuncional, que dificultava a adesão ao regime alimentar, representando uma barreira significativa. Perante esta realidade, foi envolvido o assistente social, de forma a garantir apoio ao nível financeiro e social, promovendo uma resposta mais integrada às necessidades do doente.

COMPORTAMENTO ADITIVO

Foi identificado este domínio associado ao facto de o doente ter uma dependência de tabaco. Segundo a DGS, (2024) um fumador tem, em média, uma redução de 10 anos de esperança de vida, devido a morte prematura, identificando-se entre as causas, as doenças cérebro e cardiovasculares, como a doença cardíaca coronária, o AVC, o EAM ou a HTA. Por outro lado, este risco pode ser diminuído com a cessação tabágica e as dificuldades financeiras poderiam

ser minimizada (DGS, 2024a). Assim, considerou-se benéfico intervir no sentido de preparar o doente para uma tomada de decisão consciente, no sentido de incorporar um programa de cessação tabágica. No entanto, existem aspetos dificultadores que devem ser trabalhados antes desta tomada de decisão, de forma a contribuir para o sucesso da cessação tabágica, como a ansiedade, o humor depressivo e vários significados dificultadores associados ao autoconceito, que fazem com que exista uma ambivalência quanto à decisão de deixar de fumar. Segundo Rebelo, (2019), existe uma ambivalência quando o doente expressa uma vontade de deixar de fumar ao mesmo tempo que reconhece vantagens na dependência, atualmente, o doente reconhece que não consegue controlar a ansiedade e que o tabaco é o seu melhor recurso. O mesmo autor refere que se não for previamente trabalhada esta ambivalência, e se usar apenas a imposição da necessidade de cessação tabágica, o doente verá a sua liberdade de ação reduzida o que deixa o seu desejo por comportamentos indesejáveis aumentar, por outro lado, este autor salienta, que o individuo possui em si, recursos para se compreender e modificar autoconceitos, atitudes e comportamentos, sendo essencial a entrevista motivacional como agente facilitador deste processo. Estes aspetos são corroborados por Tavares, (2021), ao referir que a cessação tabágica é um processo complexo, influenciado por diversos fatores, como a dependência do tabaco e a motivação para deixar de fumar. O conhecimento do estágio de motivação para a mudança é fundamental, permitindo adaptar a intervenção de forma adequada a cada fase do processo, (Rebelo, 2019; Tavares, 2021).

Dado o elevado nível de ansiedade e a perceção do tabaco como uma estratégia de coping, que o doente prefere manter, a cessação tabágica não foi priorizada de imediato (Abrantes, 2015; DGS, 2021). No entanto, este momento revelou-se oportuno para aumentar o conhecimento sobre os impactos do tabagismo na saúde e na vida financeira, bem como para introduzir a importância de um planeamento adequado e dos recursos disponíveis para um futuro processo de cessação, quando o doente se sentir apto para essa mudança.

Neste sentido, foram identificados significados dificultadores associados à perceção do tabaco como principal estratégia de coping para o controlo da ansiedade, sendo referido pelo doente como uma fonte de alívio imediato em momentos de stresse. Esta visão, já explorada no domínio da emoção, reforça a dependência tabágica e desvaloriza os riscos associados ao consumo de tabaco.

Foram realizadas entrevistas orientadas à consciencialização sobre os efeitos prejudiciais do tabaco a médio e longo prazo e sobre a importância de desenvolver estratégias alternativas de regulação emocional. Procurou-se desassociar a ideia de alívio imediato, da perceção de eficácia, esclarecendo que este efeito é momentâneo e perpetua o ciclo de dependência. Simultaneamente procurou-se promover alternativas mais saudáveis e sustentáveis para a gestão da ansiedade, como referido no domínio da emoção, com o objetivo de reduzir gradualmente a dependência do tabaco e fortalecer a sua autoeficácia (Garim, 2024; Guerreiro, 2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Localização do Pulso

23-10-2024 17:15 - Punho Esquerda(o)

23-10-2024 17:15 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

23-10-2024 17:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

23-10-2024 17:15 - Pulso rítmico.

23-10-2024 17:15 - Pulso simétrico.

23-10-2024 17:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

23-10-2024 17:15 - Membro superior Esquerda(o)

23-10-2024 17:15 - Pressão sanguínea sistólica: 160 mmHg.

23-10-2024 17:15 - Pressão sanguínea diastólica: 88 mmHg.

23-10-2024 17:15 - Temperatura das extremidades

23-10-2024 17:15 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

23-10-2024 17:15 - Coloração das extremidades

23-10-2024 17:15 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

23-10-2024 17:15 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

23-10-2024 17:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

06-11-2024 18:30 - Referenciar hipertensão ao médico [FIM] 03-01-2025 18:30

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: pressão sanguínea

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Significado atribuído à hipertensão: desvalorização.

06-11-2024 18:30 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipertensão

[RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [FIM]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre hipertensão [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [FIM] 03-01-2025 18:30

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar significado atribuído à

hipertensão [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do significado atribuído à hipertensão [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: regime dietético

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre abuso do álcool [FIM] 06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

06-11-2024 18:30 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: regime de exercício [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre regime de exercício [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [FIM]

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [FIM]

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Localização do Pulso

06-11-2024 18:30 - Punho Esquerda(o)

06-11-2024 18:30 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

06-11-2024 18:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

06-11-2024 18:30 - Pulso rítmico.

06-11-2024 18:30 - Pulso simétrico.

06-11-2024 18:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-11-2024 18:30 - Membro superior Direita(o)

06-11-2024 18:30 - Pressão sanguínea sistólica: 155 mmHg.

06-11-2024 18:30 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

06-11-2024 18:30 - Temperatura das extremidades

06-11-2024 18:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Coloração das extremidades

06-11-2024 18:30 - Membro superior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Localização do Pulso

03-01-2025 18:30 - Punho Direita(o)

03-01-2025 18:30 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

03-01-2025 18:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-01-2025 18:30 - Pulso rítmico.

03-01-2025 18:30 - Pulso simétrico.

03-01-2025 18:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-01-2025 18:30 - Membro superior Direita(o)

03-01-2025 18:30 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

03-01-2025 18:30 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

03-01-2025 18:30 - Temperatura das extremidades

03-01-2025 18:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Coloração das extremidades

03-01-2025 18:30 - Membro superior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Volume de líquidos

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Sensação de sede normal.

23-10-2024 17:15 - Sinal de Godet

23-10-2024 17:15 - Perna: Sinal de Godet negativo.

23-10-2024 17:15 - Turgor da pele normal.

23-10-2024 17:15 - Pele hidratada.

23-10-2024 17:15 - Peso: 64.00 Kg.

23-10-2024 17:15 - Quantidade de urina: 750 ml.

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: regime de ingestão de líquidos [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Aumento da sensação de sede.

06-11-2024 18:30 - Sinal de Godet

06-11-2024 18:30 - Perna: Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Pele hidratada.

06-11-2024 18:30 - Peso: 64.00 Kg.

06-11-2024 18:30 - Edema [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Localização do edema

06-11-2024 18:30 - Membro inferior

06-11-2024 18:30 - Determinar evolução de sinais de edema [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução de sinais de edema [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução de entrada de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do balanço hídrico [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Promover autogestão: retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

03-01-2025 18:30 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime

de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre estratégias de autocontrole da sede

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [FIM]
03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [FIM]
03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [FIM]
03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [FIM]
03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM]
03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM]
03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre resposta à medicação [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Promover autogestão: regime dietético

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

06-11-2024 18:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações da

retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Aumento da sensação de sede.

03-01-2025 18:30 - Sinal de Godet

03-01-2025 18:30 - Perna: Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Pele hidratada.

03-01-2025 18:30 - Peso: 63.00 Kg.

03-01-2025 18:30 - Quantidade de urina: 1100 ml.

Autoconceito

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

23-10-2024 17:15 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

23-10-2024 17:15 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

23-10-2024 17:15 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

23-10-2024 17:15 - Autoconceito comprometido

23-10-2024 17:15 - Determinar evolução do autoconceito [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

23-10-2024 17:15 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito

23-10-2024 17:15 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MELHOROU].

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

03-01-2025 18:30 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MELHOROU].

Emoção

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Com indícios de humor depressivo.

23-10-2024 17:15 - Verbaliza ansiedade.

23-10-2024 17:15 - Manifestação de inquietação.

23-10-2024 17:15 - Manifestação de irritabilidade.

23-10-2024 17:15 - Sem manifestação de pânico .

23-10-2024 17:15 - Ansiedade

23-10-2024 17:15 - Determinar evolução da ansiedade

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução da ansiedade

23-10-2024 17:15 - Referenciar ansiedade ao médico

23-10-2024 17:15 - Diminuir ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [FIM]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

03-01-2025 18:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da

ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da
ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da
ansiedade: desvalorização.

**23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os
fatores concorrentes com a ansiedade** [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores
concorrentes com a ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com
a ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

**23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre
estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de
autocontrolo da ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade
[FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM]
06-11-2024 18:30

**23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação
entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade** [RESOLVIDO]

06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o
pensamento positivo e o controlo da ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento
positivo e controlo da ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

**23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar capacidade para usar
estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de
autocontrolo da ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 06-11-2024
18:30

23-10-2024 17:15 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 06-11-2024
18:30

**23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar significado atribuído às
estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de
autocontrolo da ansiedade [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]
06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [FIM]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].
06-11-2024 18:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].
06-11-2024 18:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].
06-11-2024 18:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].
03-01-2025 18:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].
03-01-2025 18:30 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].
03-01-2025 18:30 - Manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
03-01-2025 18:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Capaz de organizar a medicação conforme horário
23-10-2024 17:15 - Organiza a medicação conforme horário.
23-10-2024 17:15 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose
23-10-2024 17:15 - Prepara a medicação conforme a dose.
23-10-2024 17:15 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada
23-10-2024 17:15 - Administra a medicação pela via adequada.
23-10-2024 17:15 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
23-10-2024 17:15 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
23-10-2024 17:15 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas
23-10-2024 17:15 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

23-10-2024 17:15 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: regime medicamentoso

23-10-2024 17:15 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
06-11-2024 18:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
03-01-2025 18:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].
06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a

mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

06-11-2024 18:30 - facilitadora [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

23-10-2024 17:15 - facilitadora.

03-01-2025 18:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

03-01-2025 18:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

06-11-2024 18:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

23-10-2024 17:15 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 18:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

06-11-2024 18:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e dependência.

03-01-2025 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

03-01-2025 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

03-01-2025 18:30 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

06-11-2024 18:30 - Elogiar o desempenho do cliente

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

06-11-2024 18:30 - Organiza a medicação conforme horário.

06-11-2024 18:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

06-11-2024 18:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

06-11-2024 18:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

06-11-2024 18:30 - Administra a medicação pela via adequada.

06-11-2024 18:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

06-11-2024 18:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

06-11-2024 18:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

06-11-2024 18:30 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

03-01-2025 18:30 - Organiza a medicação conforme horário.

03-01-2025 18:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

03-01-2025 18:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

03-01-2025 18:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

03-01-2025 18:30 - Administra a medicação pela via adequada.

03-01-2025 18:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

03-01-2025 18:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

03-01-2025 18:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

03-01-2025 18:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Número de refeições diárias: 5.

23-10-2024 17:15 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

23-10-2024 17:15 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

23-10-2024 17:15 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

23-10-2024 17:15 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

23-10-2024 17:15 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

23-10-2024 17:15 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

23-10-2024 17:15 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

23-10-2024 17:15 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

23-10-2024 17:15 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

23-10-2024 17:15 - Autogestão do regime dietético

23-10-2024 17:15 - Promover autogestão: regime dietético

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

[MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

23-10-2024 17:15 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

06-11-2024 18:30 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [FIM] 03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [FIM]

03-01-2025 18:30

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

06-11-2024 18:30 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético [RESOLVIDO] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime

dietético [FIM] 06-11-2024 18:30

23-10-2024 17:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Número de refeições diárias: 5.

06-11-2024 18:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2024 18:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2024 18:30 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

06-11-2024 18:30 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

06-11-2024 18:30 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

06-11-2024 18:30 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

06-11-2024 18:30 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

06-11-2024 18:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

06-11-2024 18:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Número de refeições diárias: 5.

03-01-2025 18:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-01-2025 18:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-01-2025 18:30 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

03-01-2025 18:30 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-01-2025 18:30 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

03-01-2025 18:30 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

03-01-2025 18:30 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-01-2025 18:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-01-2025 18:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Comportamento aditivo

23-10-2024 17:15

23-10-2024 17:15 - Uso de álcool: uso regular sem disfuncionalidade.

23-10-2024 17:15 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade.

23-10-2024 17:15 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

23-10-2024 17:15 - Tipo de comportamento aditivo sem substâncias ausente.

23-10-2024 17:15 - Abuso do tabaco

06-11-2024 18:30 - Determinar evolução do abuso do tabaco

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do abuso do tabaco

23-10-2024 17:15 - Promover autocontrolo: abuso do tabaco

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de redução de

comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-10-2024 17:15 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização.

06-11-2024 18:30 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

06-11-2024 18:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

06-11-2024 18:30 - Analisar com o cliente a relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

23-10-2024 17:15 - Potencial para melhorar significado atribuído ao abuso do tabaco

23-10-2024 17:15 - Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do tabaco

23-10-2024 17:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

06-11-2024 18:30

06-11-2024 18:30 - Uso de álcool: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

06-11-2024 18:30 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

03-01-2025 18:30

03-01-2025 18:30 - Uso de álcool: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

03-01-2025 18:30 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre regime de exercício

- ensinar sobre tipos de exercício físico e quais os mais indicados à sua condição de saúde, (exercício aeróbio e anaeróbio 150 a 300min por semana, que podem ser repartidos por sessões de 30 a 60min diários. A corrida ligeira e a caminhada, durante 30min diários, são os exercícios mais adequados ao cliente) (DGS, 2015; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021).

Treinar estratégias de relaxamento

- treinar técnica de respiração diafragmática e técnica de relaxamento muscular progressivo (Bezerra et al., 2020; Fernandes et al, 2024; Hartwig et al., 2022; Santana, 2023; Willhelm et al., 2015)

Instruir estratégias de relaxamento

- instruir sobre técnica de respiração diafragmática e técnica de relaxamento muscular progressivo (Bezerra et al., 2020; Fernandes et al, 2024; Hartwig et al., 2022; Santana, 2023; Willhelm et al., 2015)

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Com base em entrevista direcionada para os significados dificultadores auxiliar o cliente a identificar a sua perceção em relação aos mesmos e o impacto destes na sua qualidade de vida e autoconceito levando-o a aceitar a HTA, aderir ao RM e ao RD, bem como adotar um estilo de vida mais saudável, incluindo estratégias de autocontrolo da ansiedade (Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Matos, 2020; Riccio & Arcuri, 2000; Esteves, 2023).

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

- avaliar a perceção em relação à necessidade de cumprir o regime medicamentoso e que impacto este tem na sua qualidade de vida e autoconceito com base em entrevista direcionada para os significados dificultadores (Matos, 2020; Riccio & Arcuri, 2000; Esteves, 2023)

Ensinar sobre abuso do álcool

- reforçar os malefícios do álcool e os riscos de consumo em horário laboral, tendo por base que 4-6 unidades diárias de consumo de bebida alcoólica, correspondente a (40g - 60g) para os homens, é considerado consumo de risco e aumenta os riscos e malefícios nomeadamente: lesões físicas, acidentes graves, agressões ou suicídio; problemas de saúde física e psicológica (DGS, 2024)
- ensinar sobre as interações do álcool com os medicamentos: o álcool interfere com absorção gastrointestinal da vitamina B12; potencia o efeito hipotensor de vários

farmacos, nomeadamente da furosemida; aumenta o risco de hemorragia se concomitante com AAS e o risco de comprometimento da função hepática se concomitante com atorvastatina. (Infarmed, 2024)

- relacionar o álcool e respetivo habito social, com o aumento de consumo de líquidos
- ensinar sobre estratégias para reduzir o consumo de álcool, nomeadamente substituir por bebidas não alcoólicas, assumindo a necessidade de restrição de líquidos e interação medicamentosa (DGS, 2024)

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético

- avaliar como interpreta a necessidade de cumprir regime dietetico e que impacto é que este tem na sua qualidade de vida com base em entrevista direcionada para os significados dificultadores (AlHusna et al., 2019; Assunta et al., 2019; Beyebach et al., 2018; Hong et al., 2017; Lee et al., 2021; Mailani et al., 2021; Masoud et al., 2023; Parker, 2019; Perdana & Yen, 2021; Vr & Kang, 2023; Washington et al., 2018)

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- ensinar sobre estratégias para incorporar o exercicio fisico na rotina diaria, (substituir o transporte para ir ao café, à farmacia ou as compras e fazer uma caminhada semanal ao fim de semana) (DGS, 2015; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021)
- ensinar sobre cuidados antes, durante e após o exercicio físico, (nomeadamente: alimentar-se com refeição ligeira, hidratar-se ligeiramente (considerar a FRR), proteger-se do calor; parar se sinais de alarme, como dor no peito, tonturas ou reduzir a intensidade se caibras ou nauseas) (DGS, 2015; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

- Aplicadas estratégias de avaliação: teach back (DGS, 2015; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021)
- avaliar conhecimento sobre exercicio fisico adequado à sua condição física (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021)
- avaliar conhecimento sobre recursos existentes no seu contexto para pratica de exercicio fisico

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- 150min por semana, seccionados em 15 min (se vigoroso) ou 30min (se ligeiro) (DGS, 2015; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021)

Avaliar evolução do significado atribuído à hipertensão

- Compreender como vê a hipertensão e qual o impacto que esta doença tem na sua qualidade de vida, com base em entrevista direcionada para os significados dificultadores (Matos, 2020; Riccio & Arcuri, 2000)

Avaliar evolução da ansiedade

- aplicar a escala de HADS (Pais-Ribeiro et al., 2007)
- complementar resultados da escala com entrevista com enfase na empatia e escuta ativa (Sequeira, 2014)

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Através de entrevista direcionada para a exploração da etiologia da ansiedade, auxiliar o doente a identificar momentos críticos e limitar o aumento da ansiedade aplicando as estratégias de autocontrolo aprendidas e identificar causas passíveis de serem eliminadas através da resolução de problemas e conflitos (Bezerra et al., 2020; Fernandes et al., 2024; Hartwig et al., 2022; Santana, 2023; Willhelm et al., 2015).

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

- com base numa relação terapêutica, aplicando questões abertas e escuta ativa (DGS, 2023b; Sequeira et al., 2017)

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- aplicar estratégia teach back (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- ensinar sobre sintomas de ansiedade normal e patológica (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar a identificar o que o deixa ansioso (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar como manter uma atitude positiva (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b; Seromenho, 2022)
- ensinar como aceitar a impossibilidade de controlar tudo (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b; Seromenho, 2022)
- ensinar sobre atividade de relaxamento (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b; Seromenho, 2022)
- ensinar exercício de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo (Bezerra et al., 2020; Fernandes et al., 2024; Hartwig et al., 2022; Santana, 2023; Willhelm et al., 2015)
- ensinar sobre prática de exercício físico regular (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar sobre estratégias para partilhar sentimentos e preocupações (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar sobre alimentação saudável e redução de consumo de café e álcool (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar sobre higiene do sono (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar sobre recursos de ajuda e quando os deve procurar (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- contribuir para que o cliente identifique situações em que foi pessimista, sofreu antecipadamente e a situação imaginada não ocorreu, analisando se fez sentido optar pelo pessimismo. (DGS, 2023b; Sequeira 2014; Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Fernandes & Marinho, 2023)
- contribuir para que o cliente identifique situações em que foi pessimista, sofreu antecipadamente e a situação imaginada ocorreu, tendo sofrido uma segunda vez até resolver o problema. Analisar se fez sentido optar pelo pessimismo e sofrer duas vezes em

vez de uma. (DGS, 2023b; Sequeira 2014; Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Fernandes & Marinho, 2023)

- contribuir para que o cliente identifique situações em que foi otimista e bem sucedido e procurar uma relação entre esse sucesso e o otimismo.(DGS, 2023b; Sequeira 2014; Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Fernandes & Marinho, 2023)

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- ensinar sobre prática de atividades de lazer (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar sobre pratica de exercicio fisico (Freitas et al., 2019; DGS, 2023b)
- ensinar sobre prática de relaxamento muscular progressivo (Bezerra et al., 2020; Willhelm et al., 2015)
- ensinar sobre tecnica de respiração diafragmática (Fernandes et al, 2024; Hartwig et al., 2022; Santana, 2023; Willhelm et al., 2015)
- ensinar sobre recursos digitais para relaxamento, como videos e Apps (Meditopia Brasil, 2019; Seromenho, 2022; Yoga Mudra Raissa Zoccal, 2021)

Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do tabaco

- avaliar como interpreta o consumo do tabaco com base em entrevista direcionada para os significados (DGS, 2021, 2024; Rebelo, 2019)

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- avaliar com base no relato do clente sobre as estratégias utilizadas para autocontrolo da ansiedade (Sequeira, 2014; DGS, 2023b)

Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

- com base numa relação terapeutica, aplicar questões abertas e escuta ativa (DGS, 2023b; Sequeira et al, 2017)

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Auxiliar o cliente a analisar os seus hábitos e relacione com a informação recebida sobre a ansiedade de forma a identificar o que poderá estar a contribuir para o aumento da ansiedade (consumo de café, alcool, em excesso, problemas financeiros, consumo de tabaco vs peso no orçamento, dificuldade em enfrentar problemas, disfunção sexual, problemas relacionais com esposa e filhos, dificuldade de expressão de sentimentos. (DGS, 2023b; Sequeira, 2014)

Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito

- com base em entrevista direcionada para a perceção do doente sobre o seu papel de pai e marido e o seu valor para a sua família (Gomes, 2012; Sequeira, 2014)

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- contribuir para que o doente identifique o que pode fazer para melhorar o seu papel de pai e marido e o seu valor para a sua família e como esta intervenção pode resultar em melhoria no autoconceito (Gomes, 2012; Sequeira, 2014)
- contribuir para que o doente defina como vai implementar esta mudança (Gomes, 2012;

Sequeira, 2014)

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central

- avaliar com base no "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC. (DGS, 2022)

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

- avaliar a capacidade de substituir pensamentos de desvalorização por outros otimistas, com base numa relação terapêutica aplicando questões abertas e escuta ativa (Sequeira, 2014)

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- explorar o comportamento face aos fatores concorrentes com a ansiedade através de comunicação terapêutica com ênfase na escuta ativa (Sequeira, 2014; DGS, 2023b)

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito

- com base em entrevista direcionada para identificar o que o doente considera que poderia fazer para melhorar o seu papel de pai e marido e o seu valor para a sua família (Gomes, 2012; Sequeira, 2014)

Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito

- ensinar sobre a análise e interpretação dos seus sentimentos e necessidades (Rosenberg, 2021).
- ensinar sobre a análise e interpretação dos sentimentos e necessidades dos seus familiares, passando por escuta ativa sem julgamentos (Rosenberg, 2021).
- ensinar sobre empatia (Rosenberg, 2021).
- ensinar sobre a importância de se vulnerabilizar e exprimir os seus sentimentos e assumir as suas necessidades, perante a família de forma a obter empatia e apoio (Rosenberg, 2021).
- ensinar sobre a diferença entre pedido e exigência e sobre comunicação não violenta e assertividade (Rosenberg, 2021).

Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

- Uso de entrevista e escuta ativa para avaliar as estratégias utilizadas para gerir o regime medicamentoso, (Esteves, 2023; Sequeira et al, 2017).
- Uso de entrevista e escuta ativa para avaliar adesão ao regime medicamentoso para a hipertensão com base no auto relato dos comportamentos; Avaliação da resposta clínica do doente com base na análise de indicadores de saúde (TA, nível sérico de P; GPID), análise das doses disponibilizadas/solicitado vs tempo decorrido e esquema prescrito (farmacos fornecidos pela clínica), (Buono et al., 2017; sequeira et al, 2017).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- ensinar sobre estratégias de gestão dos medicamentos ao longo do dia e da semana, como uso de caixas organizadoras para medicação; (Esteves, 2023) ensinar sobre estratégias para evitar esquecimentos de tomas. uso de lembretes em papel ou no telemóvel; envolvimento de familiares, etc(Esteves, 2023) ensinar sobre estratégias para

adequirir atempadamente os medicamentos. colocar lembrete e solicitar a medicação na clinica uma semana antes do termino da medicação; planejar a ida à farmacia. (Esteves, 2023)

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- é essencial realizar a autovigilância da tensão arterial também no domicilio, comparando com o esquema fornecido pelo médico, especialmente se tiver sintomas de hipotensão (tonturas, sudorese, náuseas, visão turva) ou hipertensão (dor de cabeça, vertigens ou tonturas, palpitações, opressão ou dor no peito), nunca deve ajustar o antihipertensor, sem avaliar primeiro a tensão arterial e seguindo recomendações médicas (Amado, 2021)

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- hipertensão, aumento de peso, edema no membros inferiores, nas palpebras, roupa apertada, falta de ar especialmente deitado (Amado, 2021)

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- entre as mais graves: edema agudo do pulmão; AVC consequente da hipertensão; insuficiência cardíaca congestiva (Amado, 2021)

Ensinar sobre relação entre a dieta e retenção de líquidos

- o sal retém a água e dá sensação de sede, levando ao consumo de líquidos excessivo (Amado, 2021; NKF, 2017; NKF, 2022; Ikizler et al., 2020).

Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

- quanto mais liquido ingere, mais retém e à medida que o débito urinário diminui, uma consequência natural da doença, maior será a retenção e a necessidade de restrição de líquidos (Amado, 2021).

Ensinar sobre regime dietético

- analisar o plano alimentar habitual do doente e respetivo teor em fosforo, potássio, sódio e água (Amado, 2021; NKF, 2017; NKF, 2022; Ikizler et al., 2020)
- ensinar sobre alimentos ricos em fosforo, potássio, sódio e liquido, devendo ser evitados ou consumidos com moderação (Amado, 2021; NKF, 2017; NKF, 2022; Ikizler et al., 2020)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- ensinar sobre posologia, indicações, considerações importantes de cada farmaco.

Ensinar sobre hipertensão

- ensinar sobre a fisiopatologia da hipertensão; causas; como monitorizar; como tratar (DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Cheung et al., 2021; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021a)

Analisar com o cliente os resultados alcançados

- analisar o que há a aprender e melhorar nas intervenções falhadas (Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Fernandes & Marinho, 2023; Sequeira, 2014)
- analisar os ganhos adquiridos e direcionar para o rumo futuro (Calicchio, 2023; Costa,

2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Fernandes & Marinho, 2023; Sequeira, 2014)

Elogiar o desempenho do cliente

- identificar e evidenciar os ganhos em saúde e o desenvolvimento de autoeficácia (Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Fernandes & Marinho, 2023)

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- evitar alimentos processados, snacks salgados enlatados, alimentos sujeitos a processo de salga, Leia rótulos e verificar o teor de sódio nos rótulos; Preferir alimentos naturais, frescos e preparados em casa, Usar temperos naturais (alho, cebola, ervas frescas) em vez de temperos prontos (Amado, 2021; NKF, 2017; NKF, 2022; Ikizler et al., 2020)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

- aplicar método chunk and check e teach back (Amado, 2021; Ikizler et al, 2020)

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- o peso em kg é considerada uma medida equivalente em litros, pelo que, fazer a autovigilância com base no peso é útil para se consciencializar do valor que acumula em líquidos, servindo também como autovigilância (Amado, 2021)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Aplicados métodos de avaliação: teach back (DGS, 2011 & Kreutz et al., 2024; Freitas et al., 2019)

Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

- Com base em questões abertas e escuta ativa, avaliar a capacidade de aplicar o conhecimento adquirido na gestão do regime medicamentoso (exemplos: tomadas de decisão face a alterações da tensão arterial; adaptação das estratégias de gestão do regime ao seu contexto), (DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Esteves, 2023)

Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão

- Aplicados métodos de avaliação: teach back (Freitas et al., 2019; DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Cheung et al., 2021; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021)

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- ensinar sobre complicações cardiovasculares, como: Doença coronária; enfarte do miocárdio; insuficiência cardíaca; acidente vascular cerebral (especialmente hemorrágico); insuficiência renal; morte (Bakris, 2023; DGS, 2011; Kreutz et al., 2024)

Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão

- Aplicados métodos de avaliação: teach back (Cheung et al., 2021; Fouque et al., 2007; Freitas et al., 2019)

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

- analisar com o cliente os dados resultantes da contratualização de experiência indutora

de consciencialização.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

- Uso de questionário direcionado para avaliar a compreensão da relação entre a toma dos medicamentos e o efeito obtido na tensão arterial, (Cheung et al., 2021).
- Uso de questionário direcionado para avaliar a compreensão da relação entre a toma dos medicamentos e o efeito indireto no ajuste do peso seco e controlo de líquidos (KDOQI, 2006; Kreutz et al., 2024).
- Uso de questionário direcionado para avaliar a compreensão da relação entre a toma dos medicamentos e o efeito indireto na progressão da doença cardiovascular (KDOQI, 2006; Kreutz et al., 2024).

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

- aplicar questionário e método teach back (Freitas et al., 2019)

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

- analisar com o cliente os dados resultantes da contratualização de experiência indutora de consciencialização.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

- uso de questionário direcionado para compreensão da perceção do doente quanto à relação entre a dieta e a RL (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

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

- analisar com o cliente os dados resultantes da contratualização de experiência indutora de consciencialização.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos

- uso de questionário direcionado para compreensão da perceção do doente quanto à relação entre a ingestão e a RL (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

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

- analisar com o cliente os dados resultantes da contratualização de experiência indutora de consciencialização.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

- uso de questionário direcionado para compreensão da perceção do doente quanto à relação entre o RM e a RL (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos

- Aplicados métodos de avaliação: teach back (Amado, 2021).

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- ensinar sobre a dose de líquidos a ingerir entre dialises, sendo que o volume acumulado em líquidos entre HDs não deve exceder 2560ml, idealmente deve ser ajustado ao débito

urinário em 24h + 500ml (NKF, 2017, 2022; KDOQI, 2006).

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- ensinar sobre colheita de urina em 24h para avaliar diurese (Sousa, 2014; Stevens et al., 2024)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos

- aplicado método teach back (Freitas et al., 2019)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede

- dividir a dose de água para o dia; bochejar com água e rejeitar a água; sugar limão; mascar pastilha elástica ou rebuçados sem açúcar de menta (Amado, 2021; NKF, 2017; NKF, 2022).

Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

- a restrição de líquidos é necessária na medida em que o doente não elimina a totalidade dos líquidos que ingere, devido à DRCT, ficando acumulada no espaço intravascular provocando aumento da TA e posteriormente no extravascular provocando edemas (Amado, 2021)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

- Aplicar questionário direcionado para avaliar a perceção do doente sobre a relação do abuso de tabaco com a disfuncionalidade que este causa, nomeadamente na função eretil, no funcionamento cardíaco, etc (DGS, 2021, 2024; Rebelo, 2019)

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- avaliar hábitos de consumo diário: o número de cigarros fumados por dia; a que horas fuma o primeiro cigarro; quais os cigarros que tem mais dificuldade em prescindir e quais os comportamentos associados (após acordar?; após refeição?; associado à toma de café?; após situações promotoras de ansiedade?; momentos de inatividade?) com base em comunicação terapêutica, aplicando questionário e escuta ativa (DGS, 2021, 2024; Rebelo, 2019)

Analisar com o cliente a relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

- contribuir para que o cliente identifique os benefícios e prejuízos do consumo de tabaco com base nos 5As e 5Rs (Gregório et al., 2020; DGS, 2021, 2024; Rebelo, 2019)

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- negociar e definir com o cliente uma avaliação regular do seu débito urinário em 24h e da ingestão de líquidos no mesmo período de forma que se consciencialize da necessidade de autocontrolo de líquidos e da quantidade que pode ingerir, (KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).
- negociar e definir com o cliente uma avaliação diária do peso e da ingestão de líquidos de forma que se consciencialize da ingestão de líquidos (KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).
- negociar e definir com o cliente o uso de estratégias adaptadas ao cliente para controlar a ingestão de líquidos e de alimentos ricos em fósforo, (Cristovão, 2016; Daugirdas et al.,

2015; Fernandes Stumm et al., 2017; KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).

- negociar e definir com o cliente um periodo de adesão ao diuretico, com realização posterior de colheita de urina 24h, de forma que o doente identifique o impacto da adesão à medicação na retenção de líquidos e consequentemente na autogestão da ingestão de líquidos (Amado, 2021; KDOQI 2006)
- negociar e definir com o cliente um periodo de adesão aos fármacos antihipertensores, para comparação posterior com os valores da tensão arterial, de forma que o doente identifique o impacto da adesão à medicação no controlo da hipertensão (DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Cheung et al., 2021; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021)
- negociar e definir com o cliente uma redução gradual no sal adicionado aos alimentos, e evitar o consumo de enchidos, bacalhau e snacks salgados, para análise posterior do impacto desta redução no autocontrolo de líquidos, no GPI e na tensão arterial (Amado, 2021; KDOQI, 2006)

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- analise das preferencias alimentares do doente, análise do teor de potássio, fosforo, água e sal e sugerir a escolha dos melhores momentos para os ingerir, bem como a forma adequada de os confeccionar (Amado, 2021; NKF, 2017; NKF, 2022)

Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

- vigiar os niveis sericos de potassio e fosforo mensalmente e colesterol ocasionalmente(Ikizler et al., 2020)
- vigiar a evolução dos ganhos de peso interdialitico (Amado, 2021; KDOQI, 2006)
- avaliar, com base em entrevista e escuta ativa, a evolução da dificuldade sentida pelo doente em controlar a sede (Amado, 2021; KDOQI, 2006; Sequeira et al, 2017)

Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

- Através do relato do doente, usando questionário dirigido avaliar como faz a autogestão, confrontar a informação com o GPI (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos

- Através do relato do doente, usando questionário dirigido avaliar como faz a autogestão, confrontar a informação com o GPI (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

- Aplicados métodos de avaliação: teach back (Amado, 2021).

3.8. Síntese relativa ao caso

No estudo de caso apresentado, o doente encontra-se em processo de transição saúde-doença, numa fase de incorporação de novos conhecimentos e de várias adaptações em simultâneo. Para além disso, vive uma situação financeira complexa e tem uma relação familiar

destruturada, apresenta sintomas graves de ansiedade e apesar de ter alguma consciencialização sobre a necessidade de compromisso na autogestão do RT, estava desmotivado, exibindo uma atitude de desvalorização. Face ao caso exposto e relacionando com o enquadramento teórico foram selecionados os domínios: cardiovascular; volume de líquidos; emoção; autoconceito; autogestão do RM; padrão alimentar e comportamento aditivo.

Inicialmente, foram priorizados os domínios do autoconceito e da emoção, com o objetivo de intervir nos processos mentais disfuncionais, promovendo a motivação, a autoeficácia e facilitando a transição saúde-doença. Nos restantes domínios, a intervenção centrou-se nos significados dificultadores, à exceção do domínio do comportamento aditivo, onde se atuou unicamente ao nível da consciencialização para a necessidade de cessação tabágica.

Numa segunda fase, iniciou-se a intervenção nos domínios do sistema cardiovascular, volume de líquidos, autogestão do RM e padrão alimentar, com enfoque na consciencialização e capacitação do doente, mantendo-se esta abordagem também no comportamento aditivo, reforçando a consciencialização para a mudança comportamental.

Na terceira sessão, foi possível concluir a maioria dos focos classificados como potencial para aumentar o conhecimento. No entanto, mantiveram-se os focos relacionados com a consciencialização, uma vez que ainda não se verificaram condições consideradas facilitadoras.

Relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, a intervenção acompanhou a evolução do AV, iniciando-se com a capacitação para o autocuidado com o CVC, seguindo-se a preparação para a construção da FAV e, posteriormente, a capacitação para o autocuidado com a FAV.

Verificou-se uma melhoria dos processos mentais que resultaram em mais interesse e incorporação dos conhecimentos e maior adesão e compromisso com o RT (dietético e medicamentoso). Relativamente ao domínio do comportamento aditivo, apesar dos esforços para modificar significados dificultadores e aumentar a consciencialização através do conhecimento, manteve uma atitude de desmotivação e preferência pelo tabaco como estratégia de coping para a ansiedade. Os problemas de ansiedade e disfunção sexual foram referenciados à Nefrologista, que procedeu à avaliação e iniciou terapêutica com antidepressivo.

Observaram-se, ganhos em saúde nos domínios cardiovascular, do volume de líquidos da emoção, do autoconceito e da autogestão do RM. No entanto, a melhoria do padrão alimentar foi pouco significativa, uma vez que o doente raramente realiza refeições em casa e não dispõe de apoio familiar. Relativamente à disfunção sexual e à relação familiar destruturada, abordadas no âmbito do domínio da ansiedade, a escassez de recursos gratuitos de apoio psicológico constituíram uma barreira significativa, visto que o doente beneficiaria de apoio psicológico regular e terapia familiar. A recusa do envolvimento de familiares no processo foi também uma limitação.

O EE em EMCPDC, desempenha um papel fundamental na gestão da transição saúde-doença, promovendo intervenções avançadas que visam a adaptação e a melhoria da qualidade de vida do doente. A sua atuação centrou-se na avaliação holística, identificando fatores condicionantes, como a situação financeira precária, a ausência de suporte familiar e a presença de ansiedade grave, que comprometiam a adesão ao RT. Com base nas competências específicas e comuns, o EE implementou estratégias de consciencialização, educação e exploração de significados, promovendo a autogestão do RT e o desenvolvimento da autoeficácia. A intervenção prioritária nos domínios do autoconceito e da emoção contribuiu para a melhoria dos processos mentais disfuncionais, aumentando a motivação do doente. Posteriormente, a abordagem foi alargada aos domínios cardiovascular, volume de líquidos, padrão alimentar e comportamento aditivo, respeitando o ritmo do doente e ajustando as estratégias às suas necessidades individuais. A articulação com a equipa multidisciplinar, nomeadamente a referência à Nefrologista para a gestão da ansiedade e disfunção sexual, reforçou a abordagem integrada e centrada no doente. Contudo, as limitações no acesso a apoio psicológico e a recusa do envolvimento familiar evidenciaram a necessidade de estratégias diferenciadas, realçando a importância da intervenção do EE na advocacia do doente e na mobilização de recursos que favoreçam um acompanhamento contínuo e personalizado.

4. CASO 2

Homem de 51 anos, casado, com dois filhos adultos. Fumador há 25 anos (10 cigarros/dia). Trabalha como técnico de eletrónica em regime de tempo parcial, em parceria com a esposa, e desenvolve atividades relacionadas como hobby. Diagnosticado com Doença Poliquística Autossómica Dominante (DPAD) em 2009 e HTA secundária, segue acompanhamento nefrológico desde 2017. O doente iniciou Diálise Peritoneal (DP) em 2020, após diagnóstico de DPAD, mas devido a peritonites recorrentes, foi transferido para HD em 2024. História de complicações com AV: falência primária da FAV radiocefálica (2022), hiperdébito, com sintomas de síndrome de roubo, na FAV braquiocefálica direita (2023), várias intervenções cirúrgicas (plicatura parcial da veia cefálica) e angioplastia com balão (por estenose 70% na crossa cefálica) (2024). Apresenta, com frequência, hipervolemia excessiva e dificuldade no controlo da tensão arterial. Hiperfosfatemia persistente, apesar de tratamento com quelantes de fósforo, análogos de vitamina D e calcimiméticos ($P = 7.4$; hormona Paratiroideia (PTH) 1500). Cumprimento irregular do regime dietético e medicamentoso. Inscrito na lista de TR após nefrectomia preparatória. Regime de diálise ajustado, com Kt/v médio de 1.50. Apresenta queixas de alterações no padrão de sono, com início durante a DP, mas sem uso atual de medicamento para o efeito.

4.1. Enquadramento teórico

À semelhança do caso 1, este doente apresenta um historial de HTA descontrolada que acelerou a progressão da DRC. No entanto, neste caso, a etiologia de base é a DPAD. Embora a abordagem à HTA tenha sido descrita anteriormente, no enquadramento do caso 1 e seja semelhante em ambos os casos, neste capítulo serão destacados os aspetos específicos relacionados com este doente.

A DPAD é uma doença hereditária progressiva, sendo a patologia renal genética mais comum. Resulta de mutações nos genes PKD1 e PKD2, que codificam as proteínas policistina-1 (PC1) e policistina-2 (PC2). Essas mutações causam o desenvolvimento de quistos nos rins, substituindo progressivamente o tecido renal normal, o que leva à expansão do volume renal e, em estágios avançados, à necessidade de nefrectomia. A evolução natural da DPAD culmina frequentemente em DRCT, requerendo TSFR como diálise ou transplante (Patel et al., 2014; Reiterová et al., 2022; Tantisattamo & Maggiore, 2024).

Nos estágios iniciais, a taxa de filtração glomerular pode permanecer normal devido à filtração compensatória pelos nefrônios remanescentes. Contudo, o crescimento dos quistos reflete-se no aumento do volume renal, detetado por análises como a ressonância magnética. As manifestações clínicas incluem dor crónica (devido ao aumento dos quistos), dor aguda (por infeções ou nefrolitíase), e HTA em até 75% dos casos, mesmo com função renal preservada, resultado da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona devido à isquemia intra renal (Patel et al., 2014; Reiterová et al., 2022).

Além do comprometimento renal, a DPAD é uma doença sistémica, com quistos presentes em órgãos extra renais, como fígado, pâncreas e baço. Também está associada a aneurismas em vasos cerebrais e anomalias cardiovasculares. A necessidade de nefrectomia surge, muitas vezes, antes do transplante, criando espaço anatómico para o novo rim. No entanto, o momento ideal para a nefrectomia permanece controverso (Patel et al., 2014; Reiterová et al., 2022; Tantisattamo & Maggiore, 2024).

O TR é o tratamento de eleição para a DRCT, representando para muitos doentes uma oportunidade de melhorar significativamente a qualidade de vida. Contudo, o sucesso do transplante exige uma adaptação física e psicológica, além de um acompanhamento de enfermagem rigoroso para monitorizar complicações, implementar medidas preventivas e capacitar o doente a gerir a sua nova condição de saúde (Chadban et al., 2020; Moraes et al., 2016; Pires, 2018).

A adesão à terapêutica imunossupressora é indispensável para a longevidade do enxerto, mas está associada a efeitos adversos significativos, como diabetes mellitus, dislipidemia, HTA, osteoporose, e maior risco de infeções e cancros. É fundamental monitorizar e tratar precocemente essas complicações, enquanto se incentiva a adoção de comportamentos preventivos, como o uso de máscara, vacinação, proteção solar e análises dermatológicas regulares (Chadban et al., 2020; Pires, 2018).

A capacitação do doente deve começar na fase pré-transplante, promovendo a tomada de decisões informadas e preparando-o para um autocuidado eficaz. A guideline KDIGO (2010) enfatiza a importância de identificar comportamentos de não adesão e superar barreiras antes do transplante, garantindo um acompanhamento eficaz no período pós-transplante (Kasiske et al., 2010; Chadban et al., 2020).

A adesão à terapêutica imunossupressora no período pós-transplante pode ser influenciada por diversos fatores que comprometem o autocuidado do doente. Entre os principais obstáculos destacam-se o vínculo laboral, a sonolência diurna, o uso de estratégias de coping paliativas, a menor autonomia, as dificuldades financeiras, o stresse, as alterações na rotina, o baixo nível de conhecimento e de literacia em saúde, os efeitos adversos dos imunossupressores, as preocupações e crenças relacionadas à medicação, a reduzida perceção de autoeficácia e a religiosidade intrínseca (Costa & Galato, 2023). O EE, dotado de conhecimento e competências,

que lhe conferem a oportunidade de ter um papel central na identificação e gestão dessas barreiras, implementa intervenções educativas e de suporte psicossocial que promovam a adesão e o autocuidado, reforçando a relevância da intervenção já na fase pré-transplante, aplicando abordagens educativas que esclareçam dúvidas, reduzam a ansiedade e estimulem comportamentos de adesão terapêutica no pós-transplante (Costa & Galato, 2023; Santos et al., 2015).

No caso deste doente, o hiperparatiroidismo grave exige correção antes do transplante para prevenir complicações como hipercalcemia ou disfunção do enxerto. Adicionalmente, a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo cessação tabágica, é essencial para reduzir riscos associados ao procedimento e melhorar a saúde geral do doente. Este doente, à semelhança do caso 1, é fumador, mas está motivado para abandonar este comportamento aditivo e conta com um bom suporte familiar, fatores que favorecem significativamente o sucesso do processo e representam uma oportunidade para intervenções educativas direcionadas (Chadban et al., 2020; Kasiske et al., 2010).

O tabagismo é reconhecido como um fator de risco significativo para a progressão da DRC e está associado a diversas complicações em doentes submetidos a TR (Júnior et al., 2014). Além disso, pessoas com DRC, fumadoras, apresentavam níveis séricos de fósforo mais elevados, um fator associado a um maior risco cardiovascular (Santos et al., 2019). Assim, a cessação tabágica é fundamental para otimizar os resultados clínicos e a sobrevivência do enxerto após o TR. Estes factos justificam a intervenção neste caso clínico, dado que o doente está em lista de espera para TR e apresenta níveis séricos de fósforo elevados.

Segundo Monteiro & Carvalho, (2023) entre os fatores dificultadores da cessação tabágica estão a dependência física e psicológica da nicotina, a influência do ambiente social e a presença de comorbilidades, como ansiedade e depressão. Por outro lado, a motivação intrínseca do indivíduo, o suporte familiar e a orientação de profissionais de saúde foram considerados aspetos facilitadores importantes nesse processo (Monteiro & Carvalho, 2023).

O TR exige uma abordagem multifacetada de preparação e autocuidado, mas para os doentes em HD, a gestão do AV é igualmente crítica. No caso deste doente, cuja progressão da DPAD levou à DRCT, é necessário manter a análise continua dos aspetos relacionados com o autocuidado e vigilância da FAV, que garantem a funcionalidade do AV, enquanto aguardam pelo transplante. Assim, os próximos parágrafos explorarão detalhadamente a importância da educação e capacitação do doente na manutenção da sua FAV, alinhando-se com a teoria da autoeficácia de Bandura (1978; 1997) e a teoria das transições de Meleis, (2010)

A autogestão desempenha um papel crucial na manutenção da funcionalidade da FAV e na prevenção de complicações, especialmente em pessoas com DRCT que dependem de HD. A adoção de comportamentos eficazes de autogestão é essencial para reduzir o risco de infeções, trombozes e outras complicações potencialmente fatais (Sousa, 2014; EDTNA/ERCA, 2015).

No entanto, muitos doentes enfrentam desafios significativos na autogestão, devido a limitações físicas, falta de conhecimento ou dificuldades em reconhecer sinais de alarme. Esses obstáculos tornam-se ainda mais evidentes quando considerados à luz da Teoria das Transições, que enfatiza as mudanças complexas e contínuas que ocorrem na vida dos indivíduos ao enfrentarem condições de saúde crônicas. A transição para a HD exige adaptações profundas na rotina diária, no papel do doente e na gestão de cuidados, o que pode influenciar diretamente a capacidade de autogestão (Meleis, 2010).

Além disso, de acordo com a Teoria da Autoeficácia de Bandura, a percepção de competência pessoal para realizar comportamentos de autogestão impacta diretamente a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações. Neste caso específico, desafios como HTA não controlada, hipervolemia frequente e histórico de complicações com AV, incluindo estenose e hiperdébito na FAV braquiocefálica, evidenciam a necessidade de intervenções que fortaleçam a autoeficácia e apoiem a transição contínua para a autogestão eficaz (Bandura, 1978, 1997; Meleis, 2010).

A vigilância contínua da FAV é fundamental para detetar precocemente alterações que possam comprometer a funcionalidade do AV. No caso deste doente, a monitorização rigorosa da FAV braquiocefálica torna-se ainda mais relevante, devido ao risco aumentado de estenose do arco cefálico, complicação frequentemente associada a este tipo de fístula. A avaliação diária do frémito, observação de sinais de inflamação (rubor, edema, calor) e identificação precoce de alterações no fluxo são passos indispensáveis para evitar trombozes ou dilatações aneurismáticas (Lok et al., 2020; Quencer & Arici, 2015; Silva, 2020; Sousa, 2014). Além disso, o doente deve ser orientado a contactar imediatamente a unidade de HD em caso de sinais de alarme, como ausência de frémito ou alterações na aparência da pele na área da FAV.

Os cuidados preventivos, essenciais para a manutenção da FAV, devem ser acompanhados por uma orientação contínua sobre o autocuidado. O enfermeiro desempenha um papel fundamental ao educar o doente para evitar o uso do braço da FAV para medições de tensão arterial ou colheitas de sangue, além de protegê-lo contra traumas, a fim de minimizar o risco de complicações. A orientação para a realização de uma higiene adequada da FAV, como lavar o braço com água e sabão antes de cada sessão de diálise, também é um aspeto crucial da prática de enfermagem. Esta abordagem não só promove a prevenção de infeções locais, como também capacita o doente a assumir um papel ativo no seu autocuidado, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e a longevidade da FAV (EDTNA/ERCA, 2015; Lok et al., 2020; Silva, 2020; Sousa, 2014).

O papel do enfermeiro é central na capacitação do doente para a autogestão de todo o RT. Neste caso, dado o cumprimento irregular do regime dietético e medicamentoso, e o histórico de hipervolemia do doente, é essencial implementar estratégias educativas personalizadas que envolvam o doente e a sua família, promovendo o entendimento sobre a importância da

vigilância da FAV e do cumprimento rigoroso das orientações de tratamento. Intervenções educativas contínuas e estruturadas podem ajudar o doente a identificar sinais precoces de complicações e adotar comportamentos que contribuam para a longevidade da FAV (Horsburgh, 1999; Lok et al., 2020b; Silva, 2020; Sousa, 2009, 2014).

A fístula braquiocefálica do doente, criada após a falência de uma FAV radiocefálica, exemplifica os desafios associados à gestão deste tipo de acesso. Embora a maturação rápida e as taxas superiores de patência sejam vantagens, os riscos associados, como estenose do arco cefálico e síndrome de roubo, reforçam a necessidade de vigilância e intervenções precoces para prevenir complicações graves (Lok et al., 2020; Quencer & Arici, 2015; Silva, 2020). As intervenções realizadas até agora, incluindo a plicatura parcial e a angioplastia com balão, destacam a complexidade do caso e a necessidade de um acompanhamento rigoroso para garantir a funcionalidade do AV.

Assim, a promoção de comportamentos de autogestão alinhados às orientações das Guidelines for Vascular Access KDOQI (2020) (Lok et al., 2020) é essencial para reduzir os riscos e melhorar a qualidade de vida do doente. A integração de cuidados multidisciplinares, envolvendo enfermeiros, nefrologistas e o próprio doente, pode contribuir significativamente para a eficácia do tratamento de HD e para a prevenção de complicações futuras.

As complicações do AV anteriormente descritas, realçam a importância de estratégias que promovam a longevidade e funcionalidade do AV, onde a monitorização e vigilância do acesso e a técnica de canulação desempenha um papel crucial (Quencer et al, 2015; Lok et al., 2020).

A otimização da técnica de canulação, aliada ao análise físico cuidadoso e à formação adequada dos profissionais, é essencial para a vigilância de complicações, particularmente em acessos com histórico de intervenções e elevado risco de disfunção, como o deste doente.

Neste contexto a distinção entre dilatação aneurismática, aneurisma e pseudoaneurisma é essencial para a gestão adequada da FAV, baseando-se no grau de dilatação, localização, estrutura da parede e sinais clínicos (Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020).

Aneurisma é uma dilatação localizada, que pode envolver todas as camadas da parede do vaso e deve evitar-se a canulação no mesmo (Silva, 2020). Em termos de diâmetro, verificou-se que não existe unanimidade entre autores (Lok et al., 2020), no entanto, a definição de um diâmetro seria útil para a tornar a avaliação menos subjetiva, simplificando a tomada de decisão.

Quanto à etiologia, a dilatação aneurismática ocorre devido à remodelação vascular e ao aumento do fluxo sanguíneo, sendo um processo desejável para a maturação da veia, que facilita a canulação, enquanto os aneurismas geralmente resultam de punções repetidas, estenoses ou defeitos na parede do vaso (Schmidli et al., 2018; Silva, 2020). Os pseudoaneurismas, por sua vez, estão tipicamente relacionados com locais de punção ou anastomoses, resulta do rompimento de um defeito do vaso e não deve ser realizada a

canulação por risco de rutura (Silva, 2020).

Como referido anteriormente, a diferenciação entre dilatação aneurismática e aneurisma é essencial na avaliação da FAV. Enquanto a dilatação aneurismática pode ser uma adaptação normal à hemodinâmica da FAV, o aneurisma é uma complicação que requer monitorização contínua e, em alguns casos, intervenção cirúrgica (Silva, 2020). Neste caso clínico, doente tem uma dilatação aneurismática acentuada, encontrando-se no limite da definição entre dilatação aneurismática e aneurisma. Assim, foi essencial considerar estas definições na avaliação da evolução da dilatação deste acesso, bem como na tomada de decisão quanto à técnica e local de canulação, considerando fatores que promovam a patência do acesso e previnam o desenvolvimento de aneurismas, sendo as técnicas de canulação em escada e botoeira as mais recomendadas (Lok et al., 2020).

Neste caso é utilizada técnica em escada, uma técnica amplamente recomendada para reduzir o risco de complicações graves, como infeções, aneurismas e pseudoaneurismas. Apesar de apresentar maior risco de infiltração ou hematoma, a técnica em escada favorece a cicatrização das áreas utilizadas e a preservação do acesso. Contudo, requer um trajeto retilíneo de pelo menos 5 a 8 cm e um distanciamento entre agulhas de pelo menos 2,54 cm, possibilitando a rotação dos locais de punção, promovendo a cicatrização completa e prevenindo o desenvolvimento de aneurismas, estes critérios devem ser considerados na avaliação pré-canulação (British Renal Society, 2018; Lok et al., 2020; Peralta et al., 2023).

Outro aspeto importante é o risco de reestenose após angioplastia, o que faz com que a angioplastia seja indicada apenas para estenoses clinicamente significativas (Lok et al., 2020). Este facto é uma preocupação significativa, que exigiu, uma avaliação criteriosa e encaminhamento para cirurgia vascular apenas quando necessário.

Para determinar a necessidade de intervenção, foram considerados os seguintes critérios, incluindo o aumento rápido de tamanho (Silva, 2020), dor ou desconforto (British Renal Society, 2018), afinamento ou degeneração da pele sobrejacente, risco de ulceração ou rutura, hemorragia ou histórico de hemorragia prévia, dificuldade na canulação ou limitação dos locais de punção, disfunção do fluxo do acesso AV, trombose, questões estéticas significativas para o doente (Lok et al., 2020) e infeção (Silva, 2020). Face a estes critérios, o EE especialista deve trabalhar em parceria com a equipa de gestão dos acessos, avaliando o risco e o benefício da intervenção, definindo quando é o momento de referenciar para avaliação por cirurgia vascular.

Por outro lado, a identificação e intervenção, precoce, da estenose é um fator importante para prevenir aneurismas e pseudoaneurismas, uma vez que o aumento das pressões intra-acesso, por estenose, pode levar a complicações como aneurismas e pseudoaneurismas (Lok et al., 2020).

A monitorização e a vigilância do AV são essenciais para assegurar a qualidade do tratamento

de HD, permitindo a identificação precoce de complicações e a implementação de intervenções adequadas.

A monitorização inclui o análise físico (inspeção, palpação e auscultação) para detetar sinais de patologia, como alterações no frémito ou sopro, edema, eritema, dor, endurecimento do tecido ou sangramento prolongado (Lok et al., 2020).

A vigilância utiliza essencialmente medições específicas como o fluxo sanguíneo (Qa), pressão venosa para identificar estenoses ou trombozes (Lok et al., 2020). Uma diminuição no fluxo sanguíneo pode indicar estenose e a necessidade de intervenção (Lok et al., 2020). A tendência de medidas como Rácio de Redução da Ureia (URR), Kt/V e recirculação também é útil no acompanhamento da função do acesso (Lok et al., 2020). O aumento da recirculação do acesso AV, superior a 10 %, uma diminuição do Qa superior a 33%, um Qa inferior a 500 ml/min em FAVs, e a diminuição do URR ou do Kt/V podem ajudar a indicar estenose do acesso AV, embora não devam ser os únicos indicadores (Schmidli et al., 2018), é importante analisar outros sinais e sintomas que corroborem estas alterações, como alterações nas pressões arteriais (valores inferiores -250 mmHg sugerem estenose ajusante) e venosas (valores superiores a 200 mmHg sugerem estenose a montante) (Silva, 2020), dificuldades na canulação ou sangramento prolongado após a diálise e repetir leituras, privilegiando tendências em vez de análise isolada, uma vez que estas podem variar devido a fatores hemodinâmicos (Schmidli et al., 2018; Silva, 2020)

análises complementares como o ECO Doppler e a angiografia desempenham um papel crucial na confirmação de complicações, para situações que requerem maior detalhe, pode ser utilizada a angiografia por ressonância magnética (Daugirdas et al., 2015; Lok et al., 2020; Silva, 2020).

Neste caso clínico, atendendo às características do AV, FAV braquiocéfálica, a monitorização e vigilância foram direcionadas para o despiste de sinais de síndrome de roubo, como dormência da mão, extremidade fria e cianótica, dor durante a diálise e, por vezes, em contexto domiciliário, e de estenose, tais como resistência à drenagem, aumento da frequência do sopro, tempo prolongado de hemóstase, aumento da pressão venosa, aumento da recirculação e redução do Qa, URR e Kt/v (Lok et al., 2020; Quencer et al, 2015; Silva, 2020).

Nas monitorizações e vigilância realizadas, foram identificados achados clínicos que indicaram a presença de síndrome de roubo em grau moderado e suspeita de reestenose, pelo que o doente foi encaminhado para avaliação cirúrgica, com impacto no Qa e Kt/v. Confirmou-se, através de Eco Doppler, a estenose do arco cefálico reincidente, que foi corrigida por angioplastia com balão e colocação de stent. Quanto à síndrome de roubo, verificou-se hiperdébito, o que motivou a redução cirúrgica da boca anastomótica (Lok et al., 2020). A etiologia de síndrome de roubo, neste caso, relacionou-se com o elevado fluxo sanguíneo na FAV, que desviava o fluxo do arco palmar e da artéria ulnar, provocando isquemia distal. A correção foi conseguida com a redução do fluxo, limitando o tamanho da anastomose (Silva, 2020).

A integração da vigilância do AV com a gestão de outras complicações da DRCT, é fundamental para uma abordagem holística e eficaz. Entre outros exemplos surge o controlo rigoroso do AV que não só melhora a qualidade da diálise, como também contribui para a estabilização metabólica, diminuindo os impactos negativos da DMO, frequentemente associada à DRCT.

A DMO, é um síndrome sistémico caracterizado por alterações no metabolismo ósseo e mineral e calcificações extra-esqueléticas e pode resultar em perturbações ósseas graves como é o caso da osteodistrofia renal (ORR), que se podem manifestar por dor óssea, maior risco de fraturas, deformidades ósseas, miopatias e rutura de tendões, no entanto, a confirmação é realizada apenas por biopsia ossea (Hou et al., 2018; Moe et al, 2020; Seyedzadeh et al., 2022).

No caso descrito, não temos esta confirmação, apenas é evidente uma hiperfosfatémia secundária à DRC, associada a hipocalcemia e consequente hiperparatireoidismo. As alterações metabólicas resultantes dos desequilíbrios como hiperfosfatemia e hipocalcemia, estimulam a produção de PTH pelas paratiróides e de fibroblastos fator de crescimento 23 pelos osteócitos, que por sua vez induz a reabsorção de cálcio no organismo, incluindo o cálcio alojado nos ossos, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da ORR (Hou et al., 2018; Moe et al, 2020; Seyedzadeh et al., 2022).

A Ordem dos Médicos (O.M.), (2017), e a KDIGO DMO-DRC, (2017) recomendam que se investiguem possíveis fatores modificáveis, como hiperfosfatemia, hipocalcemia, ingestão elevada de fosfato e deficiência de vitamina D3, em doentes com níveis de PTH com aumento progressivo ou persistentemente acima do limite superior normal. Em doentes em diálise que necessitam de terapêutica para reduzir os níveis de PTH, recomenda-se o uso de calcimiméticos, calcitriol, análogos da vitamina D ou uma combinação destas opções. (KDIGO, 2017; O.M., 2017).

A DRC não se limita a alterações ósseas e metabólicas, como as verificadas na DMO, mas também impacta significativamente outros sistemas do organismo, incluindo o sono.

A prevalência de distúrbios do sono em doentes renais crónicos é amplamente documentada, com queixas frequentes como dificuldades em iniciar o sono, despertares recorrentes, síndrome das pernas inquietas, insónia e sonolência diurna. Estes problemas têm consequências graves para a saúde, incluindo aumento do risco cardiovascular, alterações na função imunitária, redução da qualidade de vida e maior mortalidade (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

A relação entre a DRC e os distúrbios do sono é bidirecional: a DRC pode causar alterações no sono devido a complicações como anemia e síndrome das pernas inquietas, enquanto distúrbios respiratórios do sono e HTA podem acelerar a progressão da doença. A má qualidade do sono está também associada a complicações de longo prazo, como HTA, enquanto uma boa qualidade do sono melhora a qualidade de vida e reduz a mortalidade (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

Os doentes em HD apresentam maior prevalência de distúrbios do sono, devido a fatores como interferências da terapêutica, dor crónica, alterações hormonais, depressão e ansiedade. Insónia, o distúrbio mais comum nesta população, manifesta-se por dificuldades em iniciar ou manter o sono, sonolência diurna e fadiga, sendo mais prevalente em doentes submetidos a diálise em turnos matinais ou noturnos. Alterações nos níveis de melatonina e outros fatores fisiológicos e psicológicos contribuem para esta desregulação (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

Outro distúrbio frequente é a sonolência diurna, associada a apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas e encefalopatia urémica. A apneia obstrutiva do sono é particularmente prevalente em doentes renais em estágio terminal, devido ao deslocamento noturno de fluidos para as vias respiratórias superiores (Monteiro, 2020).

O TR tende a melhorar a qualidade do sono, reduzindo distúrbios como apneia obstrutiva e síndrome das pernas inquietas, graças à recuperação parcial da função renal. No entanto, problemas persistem devido a fatores como medicamento imunossupressora, comorbilidades, ansiedade e stress relacionados com a rejeição do transplante. Estes fatores continuam a afetar negativamente a qualidade do sono e de vida dos doentes transplantados, tornando os distúrbios do sono uma preocupação central na gestão da DRC (Monteiro, 2020).

A DPAD é uma condição hereditária progressiva que, na maioria dos casos, culmina na DRCT, exigindo terapêuticas substitutivas, como a HD. O impacto desta transição de saúde na vida dos doentes exige uma abordagem que contemple não apenas os aspetos biomédicos, mas também os desafios psicossociais e comportamentais enfrentados ao longo do percurso da doença (Pietrzak-Nowacka et al., 2024; Rahbari-Oskoui, 2023).

A Teoria das Transições de Meleis proporciona um enquadramento para analisar as mudanças vividas pelos indivíduos ao longo do seu percurso de doença. No caso da DPAD, a progressão para DRCT e o início da HD representam uma transição de saúde significativa, caracterizada por alterações físicas, emocionais e sociais. Esta teoria enfatiza que uma transição bem-sucedida exige adaptação, apoio e desenvolvimento de competências (Meleis, 2010). No caso analisado, o doente enfrenta desafios na incorporação da sua nova realidade na sua vida de forma a garantir um equilíbrio entre as tradições e laços familiares e a sua gestão dietética, por outro lado, necessita de aprimorar a autogestão do seu RM, sendo crucial a implementação de estratégias que facilitem a sua adaptação, como o reforço do acompanhamento interdisciplinar, envolvimento familiar e o estímulo à autonomia na gestão da doença (Meleis, 2010).

A Teoria da Autoeficácia de Bandura ajuda a compreender como a crença do indivíduo na sua própria capacidade influencia diretamente a adesão ao tratamento e a adaptação à doença. No caso analisado, o doente demonstra um bom nível de autoeficácia na gestão de diversos aspetos da sua condição de saúde. No entanto, a aplicação da teoria da autoeficácia revela-se particularmente pertinente no apoio à cessação tabágica, área em que essa percepção de

capacidade não se manifesta de forma tão evidente. Intervenções que reforcem experiências de sucesso e a orientação dos profissionais de saúde podem ser estratégias eficazes para fortalecer a autoeficácia e, conseqüentemente, aumentar a resiliência (Bandura, 1978; Bandura 1997).

Deste modo, a conjugação destas duas teorias permite uma compreensão holística do impacto da DPAD, da DRC e do respetivo RT, na vida do doente, evidenciando a importância de intervenções que facilitem a transição e reforcem a autoeficácia. No caso apresentado, a aplicação destes referenciais teóricos pode fundamentar a implementação de estratégias que melhorem a adaptação do doente, favorecendo a sua qualidade de vida e a eficácia do tratamento.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 51 anos | Masculino

Cuidador

- 01-11-2024 20:00
- 01-11-2024 20:00 - Parentesco: cônjuge.
- 01-11-2024 20:00 - Coabita com a pessoa dependente.
- 01-11-2024 20:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.
- 01-11-2024 20:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
- 01-11-2024 20:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-01 20:00:00	Sevelâmero 800 mg 3comprimidos PO; 3X dia	
2024-11-01 20:00:00	Cinacalcet 30mg 2comprimidos PO; 1X dia	
2024-11-01 20:00:00	Ácido fólico 5mg 1comprimido PO; 3X semana	
2024-11-01 20:00:00	Complexo B + Biotina - 1comprimido PO; 3x semana	
2024-11-01 20:00:00	Alfacalcidol 1µg - 1 comprimido PO; 3X semana	
2024-11-01 20:00:00	Lisinopril 20mg - 1 comprimido PO; 1X dia	

Início	Medicação	Fim
2024-11-01 20:00:00	Nifedipina 20mg - 1 comprimido PO; 2X dia	
2024-11-01 20:00:00	Molinar 22.400 U.I - 1 comprimido PO; 1X Mês	
2024-11-01 20:00:00	Heparina sódica 5000 ui/ml - 4000ui por tratamento de hemodiálise	
2024-11-01 20:00:00	Acetato de cálcio 435mg + Carbonato de magnésio 235mg 2 comprimidos PO; 3X dia	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

COMPLEXO B + BIOTINA

As vitaminas do complexo B são componentes de sistemas enzimáticos que catalisam várias reações do metabolismo glucídico, lipídico e proteico. Pertencem ao grupo farmacológico: associações de vitaminas (INFARMED, 2022a).

Indicação terapêutica:

Profilaxia de avitaminoses, em situações que requerem um aporte suplementar, associadas ao tratamento da DRC. As vitaminas e os oligoelementos hidrossolúveis são facilmente removidos por HD, pelo que é recomendada a suplementação (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2022a; Kędzierska-Kapuzia et al., 2023)

Efeitos secundários mais frequentes:

Diarreia e obstipação (INFARMED, 2022a).

Considerações importantes:

Deve ser administrado por via oral com um pouco de água, no final da diálise, uma vez que é rapidamente absorvido, de forma a garantir que não é dialisado.

O álcool interfere com a absorção gastrointestinal da vitamina B12 (INFARMED, 2022a).

ÁCIDO FÓLICO 5mg

É um anti anémico, usado para tratamento das anemias megaloblásticas e pertence ao grupo farmacoterapêutico - sangue e anti anémicos (INFARMED, 2023c).

Indicações terapêuticas:

Como referido anteriormente, no processo de depuração da HD, são removidas vitaminas essenciais, provocando deficiência destas, o que pode afetar a maturação e produção de eritrócitos e conduzir à anemia megaloblástica (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023c; Miranda et al., 2018). Neste contexto, é usado para prevenir a deficiência de ácido fólico e

favorecer a produção de eritrócitos (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023c).

Efeitos secundários mais frequentes:

Apenas raros: reação alérgica, anorexia, náuseas, distensão abdominal e flatulência (INFARMED, 2023c).

Considerações importantes:

O ácido fólico é rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal, pelo que deve ser administrado no final do tratamento, garantindo que não é dialisado (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023c).

HEPARINA 4000UI

A heparina sódica, é uma substância heterogénea que se encontra normalmente combinada com proteínas em muitos tecidos animais. Pertence ao grupo farmacoterapêutico: sangue. anticoagulantes e antitrombolíticos (INFARMED, 2023a).

Indicação terapêutica:

A heparina atua como anticoagulante natural impedindo a coagulação do sangue “in vivo” e “invitro”. Estando indicada para prevenir a coagulação em processos de diálise durante a circulação extracorporeal, sendo administrada por via EV no CEC (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023a). Neste contexto, este fármaco foi usado para garantir a anti coagulação do CEC.

Efeitos secundários mais frequentes:

Hemorragia e eritema (INFARMED, 2023a).

Considerações importantes:

A administração contínua de heparina em doses terapêuticas aumenta o tempo de coagulação, o tempo de trombina e a primeira fase do tempo de protrombina, manifestando-se logo a seguir à administração e dura 4 a 6 horas após a injeção intravenosa e a sua semivida de aproximadamente 1,5 horas. No entanto, o aumento do tempo de coagulação é proporcional à dose administrada e em doses terapêuticas, regra geral, o tempo de hemorragia não é afetado (INFARMED, 2023a).

Os medicamentos à base de heparina podem causar a supressão da secreção renal de aldosterona resultando em hipercaliemia, sendo essencial vigiar a presença de sinais e sintomas de hipercaliemia, ponderando a sua administração no início do tratamento, caso estes estejam presentes (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023a).

CARBONATO DE SEVELÂMERO 800mg

Sevelâmero é um captador de fósforo e pertence ao grupo farmacoterapêutico: medicamentos para tratamento da hipercalémia e hiperfosfatemia (INFARMED, s.d.b).

Indicação terapêutica:

Cerca de 90% dos doentes em diálise continuam a necessitar de quelantes de fósforo orais para controlar os níveis de deste mineral, independentemente de manterem a restrição alimentar de fósforo e de garantirem uma HD eficaz. Além disso, estudos revelaram que o uso de quelantes de fósforo também pode estar relacionado com maior sobrevida e melhor estado nutricional em doentes em PRHD (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, s.d.b). Neste caso, o sevelamero está indicado para o controlo da hiperfosfatemia (INFARMED, s.d.b).

Efeitos secundários mais frequentes:

Náuseas, vômitos, dor abdominal superior, obstipação, dispepsia, flatulência (INFARMED, s.d.b).

Considerações importantes:

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados nem partidos em pedaços antes da administração. Este medicamento deve ser tomado com alimentos, no entanto, é importante considerar que o carbonato de sevelâmero pode ligar-se a vitaminas lipossolúveis contidas nos alimentos ingeridos e reduzir os níveis séricos de sérico das vitaminas A, D, E, K e de Acido fólico (INFARMED, s.d.b).

Os doentes com obstipação devem ser cuidadosamente monitorizados durante o tratamento com sevelâmero (INFARMED, s.d.b).

ACETATO DE CÁLCIO 435mg + CARBONATO DE MAGNÉSIO 235mg

O acetato de cálcio e o carbonato de magnésio são compostos que se ligam ao fosfato, formando sais de fosfato de cálcio e magnésio sendo posteriormente excretados nas fezes. Pertence ao grupo farmacoterapêutico: Corretivos da Volémia e das alterações electrolíticas - medicamentos captadores de iões (INFARMED, 2024).

Indicações terapêuticas:

Devido à persistência da hiperfosfatemia frequente em pessoas com DRC, este fármaco está indicado, neste caso, como adjuvante do Sevelamer no tratamento de hiperfosfatemia (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024).

Efeitos secundários mais frequentes:

Fezes moles, irritação gastrointestinal como náusea, anorexia, repleção gastrointestinal,

eructação e obstipação, diarreia, hipercalcemia com ou sem sintomatologia, hipermagnesemia assintomática (INFARMED, 2024).

Considerações importantes:

Deve ser administrado com monitorização contínua dos níveis séricos de cálcio, magnésio e fosfato, devido ao risco de hipofosfatemia, hipermagnesemia e hipercalcemia, especialmente se administrado simultaneamente com vitamina D, pois aumenta a absorção do cálcio (INFARMED, 2024).

Este fármaco afeta a absorção de antibióticos e de preparações de ferro, devendo estes ser administrados cerca de 3 horas após a toma deste quelante (INFARMED, 2024).

Os doentes devem ser desaconselhados de tomar antiácidos contendo sais de cálcio ou magnésio, sem indicação do nefrologista. E devem ser avisados dos possíveis sintomas de hipercalcemia, tais como: fraqueza muscular e distúrbios gastrointestinais (dor abdominal, obstipação, náuseas e vômitos) e hipermagnesemia (como náusea, anorexia, obstipação, letargia e fraqueza muscular) (INFARMED, 2024).

LISINOPRIL 20mg

É um anti hipertensor e pertence ao grupo farmacológico: IECA, sem sulfidril, oralmente ativo (INFARMED, 2023b).

Indicação terapêutica

Os antihipertensores IECA devem ser preferidos em pessoas com DRC (Daugirdas et al., 2015), estando indicado, neste contexto, para o tratamento da HTA (INFARMED, 2023b).

Efeitos secundários:

Frequentes: hipotensão; cefaleias; tosse e tonturas (INFARMED, 2023b).

Considerações importantes:

Não deve ser tomado antes do tratamento de HD uma vez que pode depurar cerca 60% do fármaco, em 4 horas de tratamento, além de aumentar os níveis séricos de potássio, se concomitante com a heparina, devido a inibição da libertação de aldosterona, especialmente significativo em doentes com insuficiência renal (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023b).

Foram notificadas reações anafilactoídes em doentes hemodialisados com dialisadores com membranas de alto fluxo (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2023b).

Concomitante com:

Outros anti hipertensores pode potenciar o efeito hipotensor (INFARMED, 2023b).

Assim é importante a reconciliação terapêutica, a monitorização da tensão arterial e a capacitação do doente sobre sinais de alerta e respetivas intervenções. Bem como, estar desperta para eventuais reações anafilactoídes, sugerindo alteração do dialisador se necessário (INFARMED, 2023b).

ALFACALCIDOL 1µg

É um análogo da 1,25 dihidróxido vitamina D3 que é transformado rapidamente no organismo na forma biologicamente ativa da vitamina D3. Pertence, portanto, ao grupo farmacoterapêutico: Vitaminas D (INFARMED, 2024).

Indicação terapêutica

O calcitriol (vitamina D ativa) e os agonistas do recetor de vitamina D, reduzem os níveis séricos de PTH de forma dependente da dose (Daugirdas et al., 2015) Alfacalcidol 1µg está indicado no tratamento de doenças causadas por distúrbios do metabolismo fosfocálcico devido a uma produção reduzida de 1,25 α hidroxivitamina D3 tais como: osteodistrofia renal causada por níveis sérico de PTH demasiado elevados, o que se verifica neste caso clínico (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024).

Efeitos secundários:

Os efeitos secundários mais frequentes são: prurido e erupção cutânea, hipercalcemia, dor/desconforto gastrointestinal e hiperfosfatémia (INFARMED, 2024).

Considerações importantes:

O uso de alfacalcidol em caso de hipercalcemia deve ser suspenso, pelo que os níveis séricos de cálcio, fosfato e a PTH devem ser monitorizados regularmente. E os doentes devem ser ensinados a reconhecer e comunicar sinais e sintomas de hipercalcemia, tais como: anorexia, fadiga, náuseas e vômitos, obstipação, diarreia, poliúria, transpiração, cefaleia, polidipsia, HTA, sonolência e vertigens (INFARMED, 2024).

Em doentes com osteodistrofia renal ou função renal severamente comprometida, pode ser utilizado um agente quelante do fosfato em simultâneo com o alfacalcidol, de modo a prevenir o aumento dos níveis séricos de fosfato e a consequente possibilidade de calcificação metastática (INFARMED, 2024).

O uso de múltiplos análogos de vitamina D, como é o caso do colecalciferol, deve ser evitado, pois podem aumentar o risco de hipercalcemia (INFARMED, 2024).

O alfacalcidol é um análogo da 1,25 dihidroxido vitamina D3 que é transformado rapidamente no organismo noutra substância - a forma biologicamente ativa da vitamina D3 (INFARMED, 2024).

Em estudos demonstrou-se que a vitamina D3 requer subsequente ativação para que possa exercer os seus efeitos característicos a nível dos tecidos envolvidos. A primeira fase de ativação da vitamina D3 acontece no fígado e o produto resultante é o 25-hidroxivitamina D3 que é o principal metabolito em circulação. A última ativação na 1,25 dihidroxido vitamina D3 acontece a nível renal. Sabe-se que a 1,25 dihidroxido vitamina D3 é a forma fisiologicamente ativa da vitamina D3 que estimula a absorção intestinal do cálcio e fosfatos na mobilização do cálcio ósseo e na reabsorção renal de cálcio. Se a produção renal de 1,25 dihidroxido vitamina D3 está alterada ou suspensa, o tratamento com a vitamina D3 terá pouco ou nenhum efeito sobre o metabolismo de cálcio. Somente as substâncias que não têm que passar pelo processo de hidroxilação nos rins, serão terapeuticamente ativas (INFARMED, 2024). No entanto, segundo Daugirdas et al (2015), a etapa final de hidroxilação pode ocorrer em vários tecidos locais, apesar do local com síntese de 1,25D, relevante, ser no túbulo renal, pela enzima 1 α hidroxilase, assim, o tratamento da deficiência de vitamina D está indicado mesmo na presença de uma redução significativa desta atividade no rim, uma vez que outros tecidos possuem esta enzima, e conseguem produzir calcitriol, para exercer ações autócrinas e parácrinas (Daugirdas et al., 2015).

CINACALCET 30mg

Este fármaco é um agente calcimimético e pertence ao grupo farmacoterapêutico: Medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio (INFARMED, 2024).

O recetor sensível ao cálcio presente na superfície celular da glândula paratiroide e é o principal regulador da secreção de PTH. O cinacalcet, um agente calcimimético, atua reduzindo diretamente os níveis de PTH ao aumentar a sensibilidade do recetor, ao cálcio extracelular. A diminuição dos níveis de PTH está associada a uma redução dos valores séricos de cálcio (INFARMED, 2024).

Indicação terapêutica

Um estudo de grande escala comparou o cinacalcet ao placebo, demonstrando um controlo significativo dos níveis de PTH. Após 6 meses, o nível mediano de PTH foi de aproximadamente 300 pg/mL (32 pmol/L) no grupo tratado com cinacalcet, em comparação com 700 pg/mL (74 pmol/L) no grupo placebo. Além disso, observou-se uma redução nos níveis séricos de cálcio no grupo que recebeu o cinacalcet (EVOLVE Trial Investigators, et al., 2012). Uma vez que o doente tem a PTH elevada, surge esta opção de tratamento na tentativa de regular este indicador (Daugirdas et al., 2015; INFARMED, 2024).

Efeitos secundários:

Hipocalcemia; Hiperparatiroidismo secundário; náuseas e vômitos (INFARMED, 2024).

Considerações importantes:

Os comprimidos não devem ser mastigados ou esmagados e devem ser ingeridos com alimentos para aumentar a sua biodisponibilidade (INFARMED, 2024).

Deverão ter-se em conta as atuais normas orientadoras de tratamento, nomeadamente:

A PTH deve ser monitorizada aproximadamente a cada 1-3 meses durante a manutenção, procurando atingir um valor de PTH entre 150-300 pg/ml, no teste da PTH intacta, em doentes em diálise (INFARMED, 2024).

Por outro lado, a dose de cinecalcet deve também ser ajustada com base nos valores séricos de cálcio, sendo que o cálcio sérico deve ser medido e monitorizado, aproximadamente uma vez por mês, não devendo nunca ser inferior ao limite mínimo do intervalo de referência antes da administração da primeira dose de cinacalcet (INFARMED, 2024).

No caso de diminuição do cálcio sérico abaixo de 8,4 mg/dl (2,1 mmol/l) e/ou de ocorrerem sintomas de hipocalcemia, devem ser realizados ajustes do RT (INFARMED, 2024). As medidas, dependendo do quadro clínico, podem passar por incluir captadores de fosforo à base de cálcio, análogos da vitamina D, aumento da concentração de cálcio no dialisante, ou reduzir ou suspender o cinecalcet, até normalizar os valores séricos de cálcio (INFARMED, 2024).

NIFEDIPINA 20mg

A nifedipina é um antagonista do cálcio e pertence ao grupo farmacoterapêutico: Anti hipertensores. Bloqueadores dos canais de cálcio (INFARMED, 2024).

Indicação terapêutica

Os Bloqueadores dos canais de cálcio, são usados com frequência para tratamento de HTA resistente a volume, nos doentes em diálise (Daugirdas et al., 2015). Assim, tratando-se de um caso de HTA de longa data e difícil de tratar, este fármaco está indicado como adjuvante no tratamento da HTA para prevenção da mortalidade e morbilidade cardio e cerebrovascular em doentes hipertensos (INFARMED, 2024).

Efeitos secundários:

Os efeitos mais frequentes são: cefaleias; edemas por vasodilatação; obstipação e sensação de mal-estar (INFARMED, 2024).

Considerações importantes:

Os comprimidos não devem ser mastigados, nem triturados, podem ser tomados com ou sem alimentos, devendo apenas ser evitado o sumo de toranja, que pode prolongar o efeito da

nifedipina (INFARMED, 2024).

Recomenda-se precaução no caso de doentes com tensão arterial sistólica inferior a 90 mmHg (INFARMED, 2024).

A toma concomitante com outros anti hipertensores pode potenciar a hipotensão, nomeadamente os anti hipertensores IECA, como é o caso do lisinopril (INFARMED, 2024).

MOLINAR (COLECALCIFEROL) 22.400 U.I

O colecalciferol (vitamina D3) desempenha um papel essencial na regulação da homeostase do cálcio e na manutenção da saúde óssea. A sua principal função é aumentar a eficiência da absorção de cálcio no intestino delgado. Além disso, a vitamina D também promove a absorção de fósforo na porção distal do intestino delgado. A absorção adequada de cálcio e fósforo é fundamental para assegurar uma mineralização óssea eficiente. Outra função importante da vitamina D é o seu papel na maturação dos osteoclastos, responsáveis pela reabsorção de cálcio do tecido ósseo. Este fármaco pertence ao grupo farmacoterapêutico: vitaminas lipossolúveis (INFARMED, 2024).

Indicação terapêutica

Vários fatores são responsáveis pela alta incidência da deficiência em vitamina D nos doentes em HD, nomeadamente, a restrição de laticínios fortificados com vitamina D, devido à necessidade de controlo do fósforo e à baixa exposição solar, entre outros. No entanto, é um elemento essencial para regular várias funções do corpo humano, pelo que níveis $< 30 \text{ ng/ml}$ ($< 75 \text{ nmol/l}$) têm indicação para tratamento com colecalciferol (Daugirdas et al., 2015). Neste caso clínico, o molinar está indicado para tratamento da deficiência em vitamina D (INFARMED, 2024).

Efeitos secundários:

Foram evidenciados apenas efeitos pouco frequentes, nomeadamente: hipercalcemia e hipercalcúria (INFARMED, 2024).

Considerações importantes:

O Molinar está contraindicado em doentes com hipercalcemia. Este medicamento deve ser administrado com precaução em indivíduos com insuficiência renal, sendo fundamental proceder à monitorização regular dos níveis de cálcio e fosfato (INFARMED, 2024).

Deverá ser tomada em consideração, a toma simultânea de outros suplementos de vitamina D, como é o caso do alfacalcidol, bem como, ponderada clinicamente a necessidade de suplementos de cálcio adicionais (INFARMED, 2024).

No caso de hipercalcemia a dose deve ser reduzida ou interrompido o tratamento (INFARMED, 2024). Portanto, também neste contexto é essencial o enfermeiro estar desperto para sinais de hipercalcemia e reportar eventuais queixas ao nefrologista.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Frémido da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Antebraço Direita(o): Frémido bem perceptível.

29-11-2024 18:30 - Frémido da fístula arteriovenosa

29-11-2024 18:30 - Braço Direita(o): Frémido bem perceptível.

01-11-2024 20:00 - Complicações da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Antebraço Direita(o): estenose.

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do frémido da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico

[FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução de complicações da fístula arteriovenosa [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução de complicações da fístula arteriovenosa

[FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Otimizar fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

[FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2024 20:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador.

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Procedimento invasivo

29-11-2024 18:30 - Tipo de procedimento invasivo: Transplante Renal.

29-11-2024 18:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

procedimento invasivo

29-11-2024 18:30 - Ensinar sobre circuito

29-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo

29-11-2024 18:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico

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

Este doente possui uma FAV braquiocefálica no membro superior direito. A manutenção da sua patência, depende essencialmente do autocuidado, bem como da monitorização e vigilância regular (EDTNA/ERCA, 2015; Lok et al., 2020; Silva, 2020; Sousa, 2014), além da correta

canulação do acesso (British Renal Society, 2018; Lok et al., 2020c; Peralta et al., 2023).

Este tipo de acesso apresenta uma maior predisposição para hiperdébito, o que pode originar complicações como a síndrome de roubo e estenose. Adicionalmente, a sua localização anatómica favorece o desenvolvimento de estenose do arco cefálico, sendo essencial uma abordagem preventiva e uma vigilância rigorosa (Quencer et al., 2015; Lok et al., 2020b).

A presença de zonas de estenose e sinais e sintomas de síndrome de roubo, como identificado neste caso clínico, exige uma avaliação cuidadosa antes de cada sessão de HD, com atenção redobrada para monitorização do membro com AV e vigilância de indicadores como pressões venosas e KT/v de forma a detetar precocemente complicações. Em episódios de infiltração ou hematomas, medidas imediatas, como a aplicação de gelo e compressão direta, são fundamentais para minimizar danos ao acesso (British Renal Society, 2018; Kumwenda et al., 2015; Lok et al., 2020; Peralta et al., 2023; Schmidli et al., 2018).

Dado o risco de complicações associadas, torna-se fundamental capacitar o doente para um autocuidado adequado e para a identificação precoce de sinais de disfunção da FAV, permitindo uma intervenção atempada e um tratamento eficaz sempre que necessário.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-11-2024 20:00	Sistema cardiovascular	29-11-2024 18:30
01-11-2024 20:00	Volume de líquidos	
01-11-2024 20:00	Autogestão do regime medicamentoso	
01-11-2024 20:00	Padrão alimentar	29-11-2024 18:30
01-11-2024 20:00	Atitudes terapêuticas	
01-11-2024 20:00	Sono	
01-11-2024 20:00	Comportamento aditivo	
01-11-2024 20:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
29-11-2024 18:30	Sistema cardiovascular	

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

A HTA é uma complicação cardiovascular comum em pessoas com DPAD e tem uma influência significativa para o desenvolvimento de HVE, por sua vez, está associada a arritmias, insuficiência cardíaca congestiva e aumento da morbilidade cardíaca. Por outro lado, o controlo

rigoroso da tensão arterial (<120/80 mm Hg) pode reduzir a massa ventricular esquerda (Rahbari-Oskoui, 2023).

A deteção precoce e o controlo rigoroso da HTA, incluindo a auto monitorização é fundamental no tratamento de doentes com DPAD. Assim, a monitorização regular da tensão arterial e o tratamento adequado com fármacos anti-hipertensivos, como os IECA, são essenciais para melhorar a qualidade de vida e o prognóstico destes doentes (Pietrzak-Nowacka et al., 2024).

Este domínio foi identificado como um foco prioritário de intervenção, considerando a dificuldade em controlar a HTA, bem como o potencial para aumentar o conhecimento e incentivar o autocuidado nessa área. Tal como no caso 1, é importante abordar a relação entre o volume de líquidos e a tensão arterial (Amado, 2021; KDOQI, 2006), sendo essencial a monitorização da tensão arterial, e o GPI como indicador do estado de hidratação. Além disso, ressalta-se a necessidade de preparar o doente para a preservação de um possível enxerto renal, tendo em conta que este se encontra inscrito em lista para TR (Silva, 2017).

VOLUME DE LÍQUIDOS

Este domínio foi identificado com base na observação de que o doente apresenta GPI elevados, e não demonstra estar consciente da importância do autocontrolo de líquidos.

Com base na investigação sobre: os fatores que influenciam a adesão ao RT e as estratégias mais eficazes na intervenção do enfermeiro, abordada neste domínio, no enquadramento do caso 1, verificaram-se no caso 2, barreiras significativas que dificultam a adesão, como a idade e respetivos hábitos sociais, o facto de não ter FRR e o consumo de sal excessivo, embora exista potencial para melhorar o conhecimento do doente nesta área. Por outro lado, o bom suporte familiar do doente, a motivação, a capacidade cognitiva e de autoeficácia, revelam-se favoráveis no processo de mudança necessário.

A não adesão às restrições de líquidos em doentes submetidos a HD, resultando na retenção dos mesmos entre tratamentos, pode contribuir para o agravamento de comorbilidades e aumentar o risco de mortalidade (Estridge et al., 2018). Neste sentido, é fundamental promover a adesão e capacitar para a autogestão de líquidos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência do doente (Estridge et al., 2018).

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

Segundo Ferreira (2022), a adesão ao RM no doente renal crónico em PRHD é fundamental para prevenir complicações, reduzir sinais e sintomas associados, melhorar a qualidade e esperança de vida e diminuir as taxas de mortalidade relacionadas (Ferreira, 2022).

Neste domínio, foram identificados significados dificultadores relacionados com a associação equivocada entre a toma do medicamento anti hipertensor e a ocorrência de hipotensão em dias quentes, o que levava o doente a autogerir o medicamento de forma inadequada, sem realizar previamente a avaliação da tensão arterial. Esta prática gerava um ciclo de ansiedade e medo perante a possibilidade de episódios hipotensivos.

Para explorar estes significados, foi realizada uma entrevista centrada na interpretação do doente, sobre o impacto do medicamento no seu organismo, e na perceção dos sinais e sintomas associados à hipotensão. Trabalhou-se a consciencialização sobre a existência de outras condições que possam causar sintomas semelhantes, reforçando a importância de uma autovigilância adequada antes de tomar decisões sobre o ajuste ou suspensão da terapêutica. Estes comportamentos e respetivos significados associados, evidenciam o potencial para melhorar o conhecimento sobre a vigilância e autogestão no uso de anti hipertensores. Tendo sido realizado ensino direcionado sobre os mecanismos de ação dos anti hipertensores, os sinais reais de hipotensão e como proceder perante sintomas como tonturas, entre outros temas, promovendo a segurança, a literacia em saúde e a autoeficácia na gestão do medicamento.

De acordo com Ferreira (2022), a consciência sobre a gravidade da doença, a perceção de um risco elevado e a valorização de uma boa qualidade de vida são fatores facilitadores da adesão terapêutica. Assim, torna-se pertinente a implementação de intervenções direcionadas a este aspeto, visando promover a adesão ao RM e, consequentemente, melhorar os resultados em saúde (Ferreira, 2022).

PADRÃO ALIMENTAR

Como referido anteriormente, existe uma necessidade de intervenção direcionada para o controlo da HTA e da DMO, associada aos níveis séricos elevados de fósforo. Neste domínio, identificou-se potencial para melhorar o padrão alimentar, especialmente no que diz respeito ao consumo de sódio, fósforo e líquidos.

De acordo com a guideline KDOQI (2006; 2007), uma pessoa com DRC em diálise não deve exceder o consumo diário de 5 g de sódio. Contudo, em doentes hipertensos, o consumo ideal situa-se entre 2,5 g e 3,8 g por dia. É igualmente importante considerar o risco de desnutrição, muitas vezes associado à anorexia provocada pela alteração do paladar. A guideline também destaca que os esforços para a gestão de fluidos são ineficazes sem a prática simultânea de uma restrição de sódio, reforçando a necessidade de consciencializar os doentes sobre a relação entre o sódio, a sensação de sede e o aumento da ingestão de líquidos (Amado, 2021; Fouque et al., 2007; KDOQI, 2006).

Relativamente ao consumo de fósforo, foi identificada necessidade de intervenção, dado que os valores séricos têm sido elevados, com tendência crescente. Ikizler et al. (2020) recomendam

que a decisão de restringir o fósforo dietético se baseie na análise da tendência dos níveis séricos de fosfato, em vez de um valor laboratorial isolado. Além disso, foi identificado o potencial para melhorar o conhecimento e a consciencialização do doente sobre esta questão. Segundo Ikizler et al. (2020), a implementação de estratégias educativas consistentes e de planos dietéticos individualizados é fundamental, uma vez que estas medidas podem prevenir ou tratar complicações associadas à elevada carga de fosfato (Ikizler et al., 2020).

Neste contexto, foram identificados significados dificultadores, como a preocupação do doente em não querer alterar a rotina alimentar da família, nem acrescentar trabalho à esposa na confeção de refeições adaptadas à sua condição. Esta resistência surgiu face às exigências do regime dietético para pessoas com DRC, que inclui restrições de fósforo, potássio, sódio e líquidos, implicando práticas específicas como a cozedura em duas águas, redução de sal e limitação de determinados alimentos, como sopas, saladas, alimentos de panificação (Ikizler et al., 2020). Para além disso, o doente revelou relutância em abdicar do pequeno-almoço familiar de domingo, onde tradicionalmente consomem artigos de panificação como croissants, bolos e pão fresco, ricos em fósforo, considerando este momento um símbolo de normalidade e partilha familiar.

Para explorar este significado, foram realizadas entrevistas que promoveram a reflexão sobre o impacto da alimentação na progressão da DRC, na qualidade de vida e na elegibilidade para um eventual TR. Foi sublinhada a importância de encontrar um equilíbrio entre as necessidades clínicas e a preservação dos vínculos afetivos e rotinas familiares, incentivando o doente a perceber que, cuidar da sua saúde é também uma forma de cuidar da sua família.

Um aspeto facilitador neste processo foi o envolvimento da esposa, que se mostrou disponível, compreensiva e empática com as preocupações do marido, revelando total abertura para colaborar na adaptação da alimentação. Esta atitude de apoio familiar foi essencial para a reformulação de estratégias e para a promoção de uma abordagem mais positiva ao regime dietético. Paralelamente, o doente, que demonstrou interesse e gosto pela cozinha, foi encorajado a participar na confeção das suas próprias refeições, partilhando essa responsabilidade com a esposa. Esta partilha permitiu não só aliviar a carga percebida, mas também aumentar o envolvimento ativo do doente no processo de autocuidado, promovendo a autonomia, a corresponsabilização e a adesão ao padrão alimentar recomendado de forma mais consciente e sustentável. Durante este processo, procurou-se favorecer a adesão gradual ao regime dietético, preservando simultaneamente os vínculos afetivos e os momentos significativos do quotidiano.

SONO

Os doentes submetidos a HD, apresentam uma elevada prevalência de distúrbios do sono,

resultante de diversos fatores, como os efeitos da terapêutica, dor crónica, alterações hormonais, depressão e ansiedade. A insónia, é o distúrbio mais frequente nesta população e caracteriza-se por dificuldades em iniciar ou manter o sono, sonolência diurna e fadiga, sendo mais comum em doentes que realizam diálise nos turnos matinais ou noturnos. Alterações nos níveis de melatonina, bem como outros fatores fisiológicos e psicológicos, contribuem para esta desregulação do padrão do sono (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

Relativamente a este domínio, foi identificada uma alteração no padrão do sono, concretamente insónia inicial, descrita pelo doente como “dificuldade em adormecer”. O doente relatou que esta alteração teve início durante o período em que realizava diálise peritoneal automática, atribuindo-a ao ruído do dispositivo. Durante essa fase, referiu ter realizado terapêutica medicamentosa para auxiliar no sono, embora não consiga especificar qual. No entanto, após a transição para HD, optou por interromper o medicamento, pois sentiu que já não era necessária. Apesar disso, afirma: “durmo melhor, mas nunca mais fui o mesmo (...) mas durmo até mais tarde e fico bem...”.

Estes dados sugerem a necessidade de uma abordagem individualizada para otimizar a qualidade do sono, considerando o impacto que as alterações no padrão de descanso podem ter na qualidade de vida.

COMPORTAMENTO ADITIVO

Este doente é fumador há 25 anos, com um consumo médio de 10 cigarros por dia. Há cerca de um ano, por iniciativa própria, tentou cessar o tabagismo durante quatro meses, mas sofreu uma recaída. Refere que a tentativa relatada teve por base uma imposição médica, mas não estava adequadamente motivado e desvalorizava essa necessidade. Atualmente, valoriza e demonstra interesse em abandonar o tabaco, embora recuse integrar um programa estruturado de cessação tabágica, por se sentir capaz de realizar a mesma de forma autónoma. Este significado, poderá ser dificultador do processo, ou apenas um sinal de desenvolvimento de autoeficácia até então, considerando-se neste caso, um significado facilitador (Guerreiro, 2021). No contexto explorado considerou-se um significado facilitador, na medida em que demonstrou consciencialização, motivação e perceção de autoeficácia adequada. Além disso, identificou-se um potencial para ampliar o seu conhecimento sobre o tema, tornando este, um momento oportuno para intervir.

A cessação tabágica assume particular relevância dado que o doente está inscrito em lista para TR. Ele próprio reconhece a necessidade de adotar um estilo de vida mais saudável para otimizar o sucesso do procedimento, sendo a eliminação do tabaco um fator determinante. Vários estudos sublinham a importância de mudanças no estilo de vida para a promoção da saúde, neste contexto, destaca-se a cessação tabágica como uma das intervenções essenciais

para a melhoria da qualidade de vida e da sobrevivência dos doentes com DRC (Rosaasen et al., 2017; Tantisattamo & Maggiore, 2024).

Além disso, os benefícios da cessação tabágica aumentam progressivamente ao longo do tempo. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2024), um fumador pode perder, em média, 10 anos de esperança de vida devido à mortalidade precoce, sendo o tabagismo um fator de risco para diversas doenças cérebro e cardiovasculares, como a doença cardíaca coronária, o AVC, o EAM e a HTA (DGS, 2024a).

Neste sentido, torna-se crucial a implementação de estratégias de educação e apoio, capacitando o doente com ferramentas que facilitem um processo de cessação tabágica bem-sucedido e sustentável.

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Localização do Pulso

01-11-2024 20:00 - Punho Esquerda(o)

01-11-2024 20:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

01-11-2024 20:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

01-11-2024 20:00 - Pulso rítmico.

01-11-2024 20:00 - Pulso simétrico.

01-11-2024 20:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

01-11-2024 20:00 - Membro superior Esquerda(o)

01-11-2024 20:00 - Pressão sanguínea sistólica: 186 mmHg.

01-11-2024 20:00 - Pressão sanguínea diastólica: 96 mmHg.

01-11-2024 20:00 - Temperatura das extremidades

01-11-2024 20:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.

01-11-2024 20:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

01-11-2024 20:00 - Coloração das extremidades

01-11-2024 20:00 - Membro superior Direita(o): Coloração pálida das extremidades.

01-11-2024 20:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

01-11-2024 20:00 - Localização da dor

01-11-2024 20:00 - Mão Direita(o)

01-11-2024 20:00 - Intensidade da dor - 4.

01-11-2024 20:00 - frequência da dor - contínua.

01-11-2024 20:00 - dor de tipo - moedeira.

01-11-2024 20:00 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

[FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos
ao médico [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos [FIM] 29-11-2024
18:30

01-11-2024 20:00 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Aquecer o cliente [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: perfusão dos tecidos periféricos
[FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos
periféricos: facilitador.

01-11-2024 20:00 - Capacidade para executar exercícios músculo articulares
promotores da perfusão periférica dos tecidos: facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído ao compromisso da perfusão dos tecidos
periféricos: não dificultador.

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Localização do Pulso

29-11-2024 18:30 - Punho Esquerda(o)

29-11-2024 18:30 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

29-11-2024 18:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

29-11-2024 18:30 - Pulso rítmico.

29-11-2024 18:30 - Pulso simétrico.

29-11-2024 18:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

29-11-2024 18:30 - Membro superior Esquerda(o)

29-11-2024 18:30 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

29-11-2024 18:30 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

29-11-2024 18:30 - Temperatura das extremidades

29-11-2024 18:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

29-11-2024 18:30 - Coloração das extremidades

29-11-2024 18:30 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

29-11-2024 18:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

29-11-2024 18:30 - Localização da dor

29-11-2024 18:30 - Mão Direita(o)

29-11-2024 18:30 - Intensidade da dor - sem dor.

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta

e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 29-11-2024 18:30

*01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [FIM]
29-11-2024 18:30*

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime de exercício [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

29-11-2024 18:30 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipertensão [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

*01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [FIM]
29-11-2024 18:30*

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre hipertensão [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Hipertensão

Volume de líquidos

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Sensação de sede normal.

01-11-2024 20:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

01-11-2024 20:00 - Pele hidratada.

01-11-2024 20:00 - Peso: 74.00 Kg.

01-11-2024 20:00 - Quantidade de urina: 0 ml.

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime de ingestão de líquidos [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de ingestão de líquidos [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução de sinais de edema [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução de entrada de líquidos [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Referenciar edema ao médico [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Sensação de sede normal.

29-11-2024 18:30 - Sinal de Godet

29-11-2024 18:30 - Perna: Sinal de Godet negativo.

29-11-2024 18:30 - Pele hidratada.

29-11-2024 18:30 - Peso: 73.00 Kg.

Sono

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Dormiu por períodos curtos.

01-11-2024 20:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

01-11-2024 20:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

01-11-2024 20:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

01-11-2024 20:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução do sono [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do sono [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção do sono [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre padrão de sono [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [FIM]
29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [FIM]
29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Dormiu por períodos longos.

29-11-2024 18:30 - Sono reparador [MELHOROU].

29-11-2024 18:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

29-11-2024 18:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

Autogestão do regime medicamentoso

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

01-11-2024 20:00 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - Organiza a medicação conforme horário.

01-11-2024 20:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

01-11-2024 20:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

01-11-2024 20:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

01-11-2024 20:00 - Administra a medicação pela via adequada.

01-11-2024 20:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

01-11-2024 20:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

01-11-2024 20:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

01-11-2024 20:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

01-11-2024 20:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

[RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

01-11-2024 20:00 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

01-11-2024 20:00 - facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

01-11-2024 20:00 - facilitadora.

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: efeitos secundários.

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

29-11-2024 18:30 - Organiza a medicação conforme horário.

29-11-2024 18:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

29-11-2024 18:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

29-11-2024 18:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

29-11-2024 18:30 - Administra a medicação pela via adequada.

29-11-2024 18:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

29-11-2024 18:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

29-11-2024 18:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

29-11-2024 18:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Número de refeições diárias: 6.

01-11-2024 20:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-11-2024 20:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-11-2024 20:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-11-2024 20:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-11-2024 20:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

01-11-2024 20:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

01-11-2024 20:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-11-2024 20:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-11-2024 20:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

01-11-2024 20:00 - Autogestão do regime dietético

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar

01-11-2024 20:00 - Promover autogestão: regime dietético

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

29-11-2024 18:30 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do

regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [FIM]

29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

01-11-2024 20:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

01-11-2024 20:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

01-11-2024 20:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não dificultador.

01-11-2024 20:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético

01-11-2024 20:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

01-11-2024 20:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético

01-11-2024 20:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Número de refeições diárias: 6.

29-11-2024 18:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-11-2024 18:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-11-2024 18:30 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-11-2024 18:30 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.
29-11-2024 18:30 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.
29-11-2024 18:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.
29-11-2024 18:30 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.
29-11-2024 18:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
29-11-2024 18:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Comportamento aditivo

01-11-2024 20:00

01-11-2024 20:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool .
01-11-2024 20:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade.
01-11-2024 20:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.
01-11-2024 20:00 - Tipo de comportamento aditivo sem substânciasausente.

01-11-2024 20:00 - Abuso do tabaco [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Determinar evolução do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Referenciar abuso do tabaco ao médico [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Promover mudança comportamental face ao abuso do tabaco

29-11-2024 18:30 - Executar técnica de entrevista motivacional

01-11-2024 20:00 - Promover autocontrolo: abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: facilitador [MELHOROU].

01-11-2024 20:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: facilitadora.

29-11-2024 18:30 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: facilitadora [MANTEVE].

01-11-2024 20:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: não dificultador.

29-11-2024 18:30 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: não dificultador [MANTEVE].

01-11-2024 20:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de

autocontrolo do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

01-11-2024 20:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Promover papel do cuidador: gestão do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Conhecimento do cuidador sobre abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 18:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre abuso do tabaco [RESOLVIDO] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre abuso do tabaco

29-11-2024 18:30 - Ensinar cuidador sobre abuso do tabaco

29-11-2024 18:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO]

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

29-11-2024 18:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

29-11-2024 18:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do abuso do tabaco [FIM] 29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30

29-11-2024 18:30 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre padrão de sono

- Abordar e explorar cronotipos e preferências de sono; efeitos dos ritmos circadianos no padrão de sono explorando o impacto do turno de dialise; Impacto do uso de tecnologias antes de dormir; impacto do padrão de sono na saúde física, mental e função cognitiva (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

Avaliar evolução do sono

- Com base no relato do cliente.

Avaliar evolução de sinais de edema

- avaliar presença de edema palpebral e das extremidades, (sinal de godet nos membros

inferiores), (Daugirdas et al., 2015; Amado, 2021).

Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

- Através do relato do cliente, perceber quais as decisões tomadas em função dos desajustes ocorridos na tensão arterial, (Esteves, 2023; DGS, 2011).
- Uso de entrevista direcionada para avaliar as estratégias utilizadas para gerir o regime medicamentoso (nomeadamente, quelantes de fosforo e anti hipertensor), (Esteves, 2023).
- Uso de entrevista direcionada para avaliar adesão ao regime medicamentoso para a hipertensão com base no autorrelato dos comportamentos; Avaliação da resposta clínica do doente com base na análise de indicadores de saúde (TA, nível sérico de P; GPID), análise das doses disponibilizadas/solicitado vs tempo decorrido e esquema prescrito (fármacos fornecidos pela clínica), (Buono et al., 2017).

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- A privação e o comprometimento do sono podem desencadear diversas complicações físicas e psicológicas com impacto significativo na saúde e qualidade de vida. Entre as complicações físicas, destacam-se as doenças cardiovasculares, como hipertensão e arritmias, assim como o aumento do risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 e obesidade, devido à associação com o metabolismo prejudicado. Além disso, a privação do sono contribui para a imunossupressão, tornando o organismo mais suscetível a infeções. No campo psicológico, os efeitos incluem o aumento da ansiedade, depressão e níveis elevados de stresse, além do risco de burnout e deterioração da saúde mental em consequência da privação crónica de sono. Por fim, a sonolência diurna constitui um problema relevante, associando-se a uma maior probabilidade de acidentes de trabalho e de trânsito, comprometendo a segurança e o bem-estar diário (Santos et al., 2024 Monteiro, 2020).

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Estabelecer horários regulares para deitar e acordar, mesmo nos fins de semana, para reforçar o ritmo circadiano; adotar uma rotina relaxante antes de dormir, como a prática de técnicas de relaxamento, leitura leve ou meditação, ajuda a reduzir o stresse e preparar o corpo para o sono; criar um ambiente propício ao descanso, mantendo o quarto escuro, silencioso e com uma temperatura confortável; Limitar o uso de dispositivos eletrónicos, como telemóveis e tablets, pelo menos uma hora antes de dormir, pois interfere na produção de melatonina; evitar o consumo de cafeína, nicotina e refeições pesadas à noite; praticar regularmente atividade física, mas com intervalo de pelo menos 4 do horário de dormir (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

Ensinar sobre regime dietético

- ensinar sobre alimentos ricos em sódio, nomeadamente: enchidos; snacks; fumados; alimentos sujeitos a processo de salgamento, etc. (NKF, 2017, NKF, 2022)
- ensinar sobre alimentos ricos em fosforo, tais como: proteína (peixe, carne, ovos, laticínios, etc.), alimentos processados (presença nos rótulos de E's e nomes semelhantes a fosforo, como fosfatos) como é o caso do fast food; alimentos de pastelaria e

panificação, etc.; não deve abolir a proteína, mas sim adequar às suas necessidades, (preferir carnes biológicas e brancas e reduzir a gema de ovo e laticínios); deve cumprir o tratamento e o regime medicamentoso conforme prescrito; estar atento a sinais de hipocalcemia, consequente da hiperfosfatemia, nomeadamente: prurido, câibras, paralisia ou dormência perioral (Ikizler et al, 2020).

- ensinar sobre alimentos e refeições ricas em água/líquidos, por exemplo: sopa, ensopados, gelatina, iogurtes líquidos, leite, gelados, melão, melancia, citrinos, etc. (NKF, 2017, NKF, 2022)
- ensinar sobre adequada confeção dos alimentos, demolhar alimentos previamente, (exemplo batatas), cozer os alimentos em duas águas ou pré cozer e congelar em porções (sem a água), preferir leguminosas cozinhadas em casa e congeladas em detrimento de enlatados; para terminar a cozedura posteriormente, etc (APIR, 2024; Nephrocare, 2024; NKF, 2017; NKF, 2022; Ikizler et al., 2020).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- ensinar sobre alterações terapêuticas e outras dúvidas ocasionais identificadas por teach back e chunk and check, (Esteves, 2023).

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- mesmos ensinamentos realizados ao doente

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- ensinar sobre monitorização da tensão arterial no sentido de identificar a necessidade de ajuste de dose. por exemplo: em dias de calor, avaliar a tensão arterial previamente à toma do antihipertensor; recorrer ao esquema de antihipertensor SOS em caso de hipertensão identificada (DGS, 2011; Esteves, 2023)

Ensinar sobre hipertensão

- ensinar sobre a fisiopatologia da hipertensão; causas; como monitorizar; como tratar (DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Cheung et al., 2021; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021a)

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Auxiliar o cliente a identificar a sua perceção em relação à necessidade de cumprir o regime medicamentoso e que impacto este tem na sua qualidade de vida (a visão da terapêutica anti-hipertensão como uma ameaça à vida devido ao risco de hipotensão) (Calicchio, 2023; Costa, 2016, 2016; Gomes, 2012; Pires, 2018; Matos, 2020; Riccio & Arcuri, 2000; Esteves, 2023).

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

- com base no relato do cliente, analisar a perceção do mesmo sobre a relação do sintoma (tonturas, sudorese e náuseas) com o sinal (hipotensão), após o exercício de medir a tensão arterial quando surgem sintomas, (Matos, 2020; Riccio & Arcuri, 2000; Esteves, 2023).

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

- Aplicar estratégia teach back (KDOQI, 2006; DGS, 2023; Ikizler et al., 2020; Cheung et al., 2021; Stevens et al., 2024; NKF, 2017, 2022; Freitas et al., 2019)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

- Aplicada estratégia teach back (KDOQI, 2006; DGS, 2023; Ikizler et al., 2020; Cheung et al., 2021; Stevens et al., 2024; NKF, 2017; NKF, 2022; Freitas et al., 2019).

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético

- avaliar como interpreta a necessidade de cumprir regime dietético e que impacto é que este tem na sua qualidade de vida (social, familiar, gostos pessoais, etc; exemplo: receio de limitar a dieta da família ou incomodar ou sobrecarregar a pessoa que cozinha; vergonha de assumir socialmente as suas limitações dietéticas; receio de ser indelicado ao recusar alimentos ou bebidas oferecidas), com base em entrevista direcionada para os significados dificultadores (Lee et al., 2021; Mailani et al., 2021; Masoud et al., 2023; Vr & Kang, 2023)

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- ensinar sobre pratica de exercício físico de forma a favorecer o sono, nomeadamente, exercicios que favoreçam o relaxamento muscular, praticando regularmente cerca de 150min por semana e evitando realiza-los nas últimas 4 horas antes de dormir (DGS, 2011; Monteiro, 2020; Santos et al., 2024)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

- Aplicados métodos de avaliação: teach back (DGS, 2015; Monteiro, 2020; Santos et al., 2024).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Aplicada estratégia teach back (DGS, 2011 & Kreutz et al., 2024; Freitas et al., 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão

- Aplicada estratégia teach back (Freitas et al., 2019; DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Cheung et al., 2021; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021a).

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- ensinar sobre complicações cardiovasculares, como: Doença coronária; enfarte do miocárdio; insuficiência cardíaca; acidente vascular cerebral (especialmente hemorrágico); insuficiência renal; morte (Bakris, 2023; DGS, 2011; Kreutz et al., 2024)

Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão

- Aplicada estratégia teach back (Cheung et al., 2021; KDOQI, 2006; Freitas et al., 2019).

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- mesmos ensinios realizados ao doente

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético

- aplicado metodo chunk and check para avaliar aprendizagem (Freitas et al., 2019)

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

- contribuir para que o cliente compreenda que a acumulação de líquidos contribui para o aumento da tensão arterial (KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).
- contribuir para que o cliente compreenda que de forma direta por osmose e indireta por aumento do consumo de líquidos, o sal também contribui para o aumento da tensão arterial (KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

- Uso de entrevista direcionada para compreender a perceção do cliente relativamente ao autocontrolo do GPI e a sua relação com as alterações da tensão arterial (Amado, 2021; KDOQI, 2006).
- Uso de entrevista direcionada para compreender a perceção do cliente relativamente ao consumo de sal e a sua relação com as alterações da tensão arterial (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

- avaliar a perceção do cliente relativamente às consequências no controlo da tensão arterial, entre outras, após fazer ajustes do anti hipertensor sem dados fiáveis que o sustentem, como a monitorização da tensão arterial (Esteves, 2023; DGS, 2011).

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

- Aplicar método teach back para avaliar a evolução da aprendizagem, (Freitas et al., 2019).

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

- contribuir para que o cliente compreenda que a ingestão de líquidos contribui para acumulação de líquidos, explicando de forma breve a função do rim relativamente à eliminação de líquidos e as consequências da sua disfunção (KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).
- contribuir para que o cliente compreenda que de forma direta por osmose e indireta por aumento do consumo de líquidos, o sal também contribui para a retenção de líquidos (KDOQI, 2006; NKF, 2017; NKF, 2022).

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

- avaliar a perceção do cliente sobre o impacto de uma refeição rica em sódio na sensação de sede e consequente dificuldade de autogestão de líquidos, explorando experiências passadas com base em questionário direcionado (Amado, 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014).

Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono

- Aplicar método teach back para avaliar a evolução da aprendizagem, (Monteiro, 2020; Santos et al., 2024; Freitas et al., 2019)

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- ensinar sobre o objetivo de peso seco e a sua relação com o controlo de líquidos, (um dos objetivos da HD é atingir o peso seco, caso não atinja o mesmo deve subtrair a margem a

cima do peso seco ao objetivo de ingestão do próximo período interdialítico (NKF, 2017, NKF, 2022; KDOQI, 2006).

- ensinar sobre a dose de líquido a ingerir entre diálises, (o volume acumulado em líquidos entre HDs não deve exceder 2960ml neste doente) (NKF, 2017; NKF, 2022; KDOQI, 2006).

Otimizar fístula arteriovenosa

- vigiar e monitorizar o acesso vascular (Harduin et al., 2023; Lok et al., 2020)
- usar técnica de canulação em escada (Daugirdas et al., 2015; Peralta et al., 2023).
- fixar as agulhas garantindo a segurança do AV e do respetivo cliente e monitorizar o acesso durante a diálise, (Harduin et al., 2023; Lok et al., 2020)

Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa

- palpar o frémito todos os tratamentos e obter o feedback do cliente relativamente à perceção resultante da sua autoavaliação, (Daugirdas et al., 2015; Lok et al., 2020).

Avaliar evolução de complicações da fístula arteriovenosa

- observar a pele no membro do acesso (investigar presença de edema, calor, rubor ou feridas) e palpar o fremito, todos os tratamentos; auscultar a FAV mensalmente e em SOS (Daugirdas et al., 2015; Lok et al., 2020).
- questionar o cliente sobre alterações identificadas no domicílio ou durante a diálise, como presença de dor ou dormência no membro do acesso (Daugirdas et al., 2015; Lok et al., 2020).
- comparar os dados obtidos com as avaliações anteriores (Daugirdas et al., 2015; Lok et al., 2020).

Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa

- aplicar método teach back para avaliar a evolução da aprendizagem (Freitas et al., 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- aplicar métodos teach back para avaliar a evolução da aprendizagem (Freitas et al., 2019).

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- ensinar sobre trombose do AV; infeção do AV; hematoma no AV; síndrome de roubo (Harduin et al., 2023; Lok et al., 2020).

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- autocuidado do AV, como vigilância do frémito, alterações da pele, uso de luva durante a hemostase e visualização do acesso durante o tratamento; a importância de referenciar intercorrências como alterações identificadas, dor no membro do AV, hemorragia do AV no domicílio; tratamentos preventivos de complicações major, como angioplastia (prevenção de trombose) ou redução da boca anastomótica (prevenção de necrose por síndrome de roubo), (Harduin et al., 2023; Lok et al., 2020).

Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico

- suspeita de estenose manifestada por resistencia à drenagem, redução do Kt/v e do Qa, aumento da recirculação (Lok et al., 2020; Sousa, 2014)

- suspeita de síndrome de roubo: queixa de dor, dormência, palidez e temperatura diminuída na mão da FAV (Lok et al., 2020; Sousa, 2014)

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- avaliar hábitos de consumo diário: o número de cigarros fumados por dia; a que horas fuma o primeiro cigarro; quais os cigarros que tem mais dificuldade em prescindir e quais os comportamentos associados (após acordar? após refeição? associado à toma de café? após situações promotoras de ansiedade? momentos de inatividade?) com base em entrevista (DGS, 2021, 2024; Rebelo, 2019)

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- com base em teach- back identificar as estratégias conhecidas e eventualmente implementadas no passado para autocontrolo (DGS, 2021, 2024; Rebelo, 2019)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- ensinar a identificar as situações críticas e preparar-se para elas (DGS, 2021, 2024b; Rebelo, 2019)
- uso da estratégia de relaxamento respiração diafragmática, distração ou contagem para resistir ao desejo de fumar (DGS, 2021, 2024b; Rebelo, 2019)
- envolver a família na sua decisão e se houver mais fumadores dentro do núcleo familiar incentivar-los a realizar a cessação tabágica em simultâneo (DGS, 2021, 2024b; Rebelo, 2019)

Avaliar evolução de entrada de líquidos

- com base no relato e registo de entradas de líquidos do cliente, (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- ensinar sobre estratégias para reduzir o consumo de sal, como por exemplo: na impossibilidade de abolir o sal, usar uma colher medidora e reduzir o tamanho da colher gradualmente; selecionar alimentos com base no nível de sódio dos rótulos; abolir o sal num dos componentes da refeição; evitar os enchidos, os snacks salgados, etc; usar ervas aromáticas em vez de sal; não usar substitutos do sal (excesso de K) (NKF, 2017, NKF, 2022)
- ensinar sobre estratégias para reduzir a sensação de sede como por exemplo: chupar limão ou mascar pastilha elástica ou rebuçado de menta e sem açúcar para aumentar a salivação; bochechar a boca com água; saciar a sede com pequenos cubos de gelo (NKF, 2017, NKF, 2022).
- ensinar sobre estratégias para reduzir o consumo de líquidos, como por exemplo: usar estratégias de controlo da sede; consciencializar-se do volume dos recipientes usados para beber e selecionar o que tem menor volume para consumo habitual; planejar a ingestão de água ao longo do dia, usando uma garrafa de 33cl para a água, dividindo o seu conteúdo em partes, que devem definir os limites de ingestão ao longo do dia; evitar a sopa e excluir o líquido dos ensopados (NKF, 2017, NKF, 2022).
- ensinar sobre monitorização do consumo de líquidos, realizar o registo dos líquidos ingeridos em ml e comparar com o seu valor limite de ingestão intradialítico; pesar-se

após sair da diálise e monitorizar o aumento de peso entre diálises (na mesma balança) (NKF, 2017, NKF, 2022)

- ensinar sobre estratégias para reduzir o consumo de fósforo tais como: reduzir a ingestão de proteínas e panificação; minimizar o consumo de alimentos processados; preferir alimentos naturais; cozinhar refeições extra e congelar para abolir refeições rápidas e altamente processadas; confeccionar os alimentos com dupla fervura (Ikizler et al., 2020)
- ensinar sobre monitorização do consumo de fósforo, (ensinar sobre valores de referência para níveis séricos de fósforo e monitorizar o impacto da alimentação nas análises mensais) (Ikizler et al., 2020)
- ensinar sobre leitura de rótulos, (leitura nos níveis de fósforo/fosfato; sódio; potássio nos rótulos e identificação de níveis a evitar), (Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2010; DGS, 2019; Medicare, 2021)
- ensinar sobre análise dos indicadores de saúde relacionados com o regime dietético, nomeadamente: níveis séricos de potássio, fósforo, sensação de sede e autocontrolo da ingestão de líquidos, verificada na análise de ganhos intradialíticos (KDOQI, 2006; Ikizler et al., 2020)

Avaliar evolução do padrão alimentar

- avaliar o regime alimentar habitual com base em entrevista (KDOQI, 2006; NKF, 2017, 2022; Ikizler et al., 2020; DGS, 2023a).

Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

- vigiar os níveis séricos de potássio e fósforo mensalmente (Ikizler et al., 2020).
- vigiar a evolução dos ganhos de peso interdialítico, (Amado, 2021; KDOQI, 2006).
- com base em entrevista direcionada, avaliar a evolução da dificuldade sentida pelo doente em controlar a sede e o consumo de alimentos ricos em fósforo, (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

- observar o cliente a fazer a sua própria autoavaliação, questionando-o acerca das suas conclusões sobre avaliação, (Lok et al., 2020; Sousa, 2014).

Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético

- questionário dirigido para análise das estratégias adoptadas e dificuldades identificadas pelo cuidador (KDOQI, 2006; DGS, 2023; Ikizler et al., 2020; Cheung et al., 2021; Stevens et al., 2024; NKF, 2017, 2022)

Avaliar evolução da autogestão do regime de ingestão de líquidos

- monitorizar o indicador GPI e questionar sobre a forma como faz a autogestão (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

- Aplicar questionário direcionado para explorar:
- as estratégias utilizadas para gerir o regime medicamentoso (Esteves, 2023).
- A adesão ao regime medicamentoso, de forma indireta, através da análise das doses disponibilizadas/solicitadas pelo doente vs tempo decorrido e esquema prescrito, uma vez

que estes fármacos são fornecidos pela clínica de hemodialise (Buono et al., 2017).

4.8. Síntese relativa ao caso

O estudo de caso apresentado, refere-se a um doente já adaptado à HD, com FAV construída, que apresentava dilatação do trajeto e algumas complicações prévias, além de uma gestão ineficaz dos líquidos e ausência de FRR. Neste contexto, o doente encontrava-se em processo de transição saúde-doença, enfrentando desafios na integração da nova realidade imposta pela DRC, nomeadamente na conciliação entre as exigências do regime dietético e a manutenção de tradições e laços familiares. Adicionalmente, foram identificadas dificuldades na autogestão do RM, na monitorização da ingestão hídrica, na qualidade do sono e no autocuidado e vigilância do AV. O doente expressava ainda o desejo de ultrapassar um comportamento aditivo (tabagismo).

A intervenção especializada foi orientada pelas teorias das Transições de Meleis e da Autoeficácia de Bandura, tendo sido priorizados os domínios do sistema cardiovascular, volume de líquidos, autogestão do RM, padrão alimentar, sono e comportamento aditivo. Quanto às atividades terapêuticas, foi iniciado, também nesta sessão, o empoderamento do doente para cuidar da sua FAV. A abordagem adotada foi individualizada e holística, centrada na identificação e análise de significados, no desenvolvimento da consciencialização e na capacitação do doente, com o envolvimento da família, promovendo a autonomia e a adesão ao RT.

Num segundo contacto, a avaliação demonstrou evolução positiva, permitindo encerrar a intervenção na maioria dos focos inicialmente identificados. Nesta fase, foi promovida a capacitação do doente para um eventual TR e, estando reunidas as condições, iniciou-se a cessação tabágica de forma planeada, com apoio de entrevista motivacional e terapêutica farmacológica, em articulação com a equipa médica.

Foi possível desenvolver competências na identificação e diagnóstico precoce de complicações como estenose e síndrome de roubo, permitindo prevenir a progressão da dilatação para aneurisma. Paralelamente, foram aprimoradas competências na gestão de líquidos em doentes sem FRR, gestão dietética, gestão do RM, controlo de infeção, promoção de um sono reparador e na aplicação de estratégias motivacionais de apoio à cessação tabágica.

Os resultados foram bastante positivos, evidenciando uma transição saúde doença eficaz, culminando com a realização bem-sucedida do TR, evidenciando a importância de uma intervenção especializada, estruturada e centrada na pessoa.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O envelhecimento populacional, os comportamentos de risco e a redução da mortalidade têm conduzido ao aumento das doenças crónicas, representando um desafio para os profissionais de saúde e exigindo cuidados de enfermagem especializados ao longo de todo o percurso da doença. O EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) é essencial nesta resposta, desenvolvendo planos de intervenção que promovam a adaptação da pessoa e família aos processos de transição saúde/doença crónica (O.E., 2018, 2019).

A especialização do enfermeiro estrutura-se em competências comuns e específicas, garantindo um elevado nível de conhecimento e prática clínica qualificada. Estas competências abrangem a responsabilidade profissional, a MCQ, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional (O.E., 2019).

A aquisição destas competências é progressiva e sustentada pela experiência clínica, reflexão e raciocínio crítico, conforme descrito por Benner (2001), (Benner, 2001).

O Regulamento n.º 429/2018 define o perfil de competências do EEEMC, nomeadamente no apoio à pessoa e família/cuidadores na gestão da doença crónica e na maximização do ambiente terapêutico (O.E., 2018). O desenvolvimento destas competências ocorre num processo contínuo de formação e prática. A reflexão crítica sobre as competências adquiridas permite aperfeiçoar a prática clínica e garantir uma resposta eficaz e centrada na pessoa.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O EE, conforme as diretrizes da OE (2019), deve demonstrar a prestação de cuidados seguros, pautados no profissionalismo e na ética. Para isso, é essencial o desenvolvimento de competências que favoreçam a tomada de decisão ética e deontológica. Esse processo deve basear-se em um sólido conhecimento na área ético-deontológica, aliado à avaliação sistemática das melhores práticas e à consideração das preferências do doente (O.E., 2019).

No que diz respeito à relação entre o consentimento informado e o direito à informação, importa aprofundar estes conceitos, suportando-os com evidências científicas. A autonomia é entendida como a capacidade de o indivíduo decidir sobre a sua vida, baseando-se no respeito pela sua autorrealização e no alcance de objetivos através das suas preferências e escolhas pessoais (Campos & Gomes, 2021). Neste sentido, o direito à autonomia está intrinsecamente ligado ao direito à informação e ao consentimento informado, pois apenas um doente devidamente

informado pode exercer, de forma plena e consciente, a sua autonomia na tomada de decisões relativas à sua saúde. Assim, garantir o acesso à informação clara, objetiva e compreensível não é apenas um dever ético e legal dos profissionais de saúde, mas também um requisito essencial para que o doente possa consentir ou recusar procedimentos de forma verdadeiramente livre e esclarecida.

O consentimento informado é um processo dinâmico que envolve a interação entre o profissional de saúde e o doente, assegurando que este compreenda as informações transmitidas e participe ativamente nas decisões sobre a sua saúde. Para tal, a informação deve ser apresentada de forma clara e acessível, permitindo o exercício pleno da capacidade de escolha e reforçando a sua autonomia na tomada de decisões (Campos & Gomes, 2021). O direito à informação assume um papel central neste processo, garantindo que o doente receba explicações detalhadas sobre o seu estado clínico, opções terapêuticas e potenciais riscos, possibilitando decisões informadas e autónomas. Assim, assegurar que os doentes são devidamente esclarecidos contribui não só para a humanização dos cuidados, mas também para a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Campos & Gomes, 2021).

Neste contexto, o enfermeiro assume uma função diferenciada, podendo desempenhar um papel fundamental na educação para a escolha da opção de tratamento ou do tipo de AV, promovendo uma abordagem holística e incentivando o desenvolvimento da autonomia do doente e da sua própria prática profissional (Campos & Gomes, 2021). O EE, ao estabelecer uma comunicação clara e adaptada às necessidades de cada doente, contribui para que este compreenda as opções disponíveis e participe ativamente no planeamento dos seus cuidados, reforçando o seu direito à autonomia através de um consentimento informado baseado em conhecimento e compreensão.

A equipa de saúde, por sua vez, deve atuar como ponto de apoio e equilíbrio na tomada de decisão do doente, fornecendo informações sobre riscos e benefícios das opções terapêuticas, sempre em conformidade com as suas preferências e necessidades individuais. O respeito pela autonomia do doente implica que as suas decisões sejam consideradas e respeitadas, desde que tomadas de forma consciente e esclarecida, com base em informação completa e compreensível (Campos & Gomes, 2021). Assim, reforça-se a importância de uma prática clínica centrada no doente, onde o consentimento informado e o direito à informação se tornam pilares fundamentais na prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados.

Durante o estágio, foi possível observar que se parte do pressuposto de que o doente recebeu e compreendeu a informação necessária para consentir a criação do AV na consulta de mapeamento, assim como acontece no processo de TR, assumindo-se que o ensino foi realizado nas consultas pré-transplante. No entanto, ao serem questionados, os doentes demonstraram lacunas no conhecimento sobre estes procedimentos.

Além disso, como será abordado posteriormente, existe uma indefinição quanto à

responsabilidade de informar e ensinar determinados temas transversais, sendo esta uma realidade também identificada no contexto do Grupo de Estudo Vascular (GEV). Paralelamente, nem sempre o doente é devidamente envolvido nas decisões sobre o seu tratamento, nomeadamente na definição do objetivo de UF, na atualização do peso seco, na introdução ou modificação da terapêutica farmacológica e na realização de procedimentos como colheitas de sangue ou canulação extra. Observa-se, por vezes, uma tendência para o paternalismo em algumas situações e, noutras, falhas na comunicação.

Neste sentido, foi promovida uma reflexão junto da equipa sobre estas questões, procurando reforçar a importância da avaliação contínua do conhecimento dos doentes, envolvendo-os nas decisões do seu tratamento. E houve uma preocupação constante em avaliar o conhecimento dos doentes, através de métodos de *teack-back* e *Ask me three*, especialmente em situações de transição de cuidados como a construção de acesso ou TR e colmatar eventuais lacunas na informação, usando o método *chunk and check*, contribuindo para uma tomada de decisão consciente e autónoma (Freitas et al., 2019).

Verificou-se que os doentes entrevistados tinham lacunas na informação relativamente ao TR e à construção de AV como será desenvolvido posteriormente. Diante deste cenário, tornou-se uma prioridade validar a informação previamente obtida pelo doente e colmatar eventuais lacunas, promovendo o seu empoderamento e incentivando uma reflexão consciente. Procurou-se garantir o direito à informação relevante, assegurando que os doentes compreendam todos os aspetos antes de ser solicitado o consentimento de modo a orientar a tomada de decisão do doente, com base na deontologia profissional (O.E., 2019). Esta prática foi igualmente aplicada no contexto dos estudos de caso, para os quais foram solicitados consentimentos informados para a utilização dos dados dos doentes incluídos nos mesmos, divulgados neste relatório de forma anónima, bem como para a utilização dos direitos de imagem relativos aos vídeos realizados para fins de sensibilização. Para formalizar estas autorizações, foram obtidos os respetivos consentimentos informados, conforme documentado no anexo (ANEXO 2 – Consentimentos informados solicitados).

Durante a prática clínica, foram analisados diversos casos nos quais os utentes demonstraram recusa em cumprir o tratamento prescrito, especialmente no que se refere à duração da HD, ao objetivo de UF e à técnica de canulação definida.

Segundo Yonata et al. (2022), tempos mais prolongados de HD podem estar associados a uma menor qualidade de vida, embora essa relação esteja diretamente influenciada pela capacidade de adaptação do doente. Contudo, o cumprimento do tempo de dialise é essencial para atingir a eficácia dialítica segura para o doente (Yonata et al., 2022). Doentes com dificuldades na aceitação e adaptação ao tratamento demonstram menor tolerância ao tempo de diálise, frequentemente solicitando a interrupção precoce do procedimento, mesmo após serem devidamente informados dos riscos envolvidos (Yonata et al., 2022).

A otimização da UF é outro aspeto essencial do tratamento, pretendendo-se atingir o peso seco com o mínimo de sintomas intradialíticos, conforme preconizado pelas diretrizes da KDOQI (2006) e corroborado por Amado (2020). No entanto, quando há baixa adesão à restrição hídrica e consequentes GPI excessivos, essa otimização torna-se um desafio, levando a efeitos secundários muitas vezes inevitáveis. Na tentativa de evitar esses efeitos, alguns doentes recusam uf elevada, ao mesmo tempo que também rejeitam a realização de sessões adicionais de HD, apesar dos riscos associados à sobrecarga hídrica contínua (Amado, 2021; KDOQI, 2006).

Uma canulação do AV que favoreça a patência do mesmo, não é menos importante, sendo a técnica de canulação em escada, recomendada na maioria dos casos, pode representar um obstáculo à adesão ao tratamento devido à dor associada ao procedimento, apesar da fundamentação dos seus benefícios e da implementação de estratégias para minimizar o desconforto (Paulo, 2020).

Essa recusa, por vezes, entra em conflito com os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência, os quais orientam a prática dos enfermeiros no sentido de proporcionar o melhor cuidado possível ao doente. Diante deste dilema ético, torna-se imprescindível uma reflexão aprofundada que sustente uma tomada de decisão equilibrada e respeitosa, considerando os valores e preferências do doente sem comprometer a qualidade e a segurança do tratamento (Dias et al., 2020; Gracia, 2008).

Importa salientar, nesta reflexão, que apesar de o utente ter previamente consentido este tratamento, está previsto nos direitos do utente dos serviços de saúde que o consentimento pode ser revogado a qualquer momento durante a prestação dos cuidados. Esta prerrogativa sublinha a relevância da autonomia e da autodeterminação do utente na decisão sobre o seu tratamento (Dias et al., 2020; Gracia, 2008; Silva, 2014).

Numa situação de conflito como as apresentadas anteriormente, e com base no conhecimento apresentado, é uma preocupação como EE garantir que o doente detém e compreende toda a informação essencial para tomar decisões, bem como, construir uma estratégia para resolver o conflito em parceria com o doente e envolvendo outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que pertinente. Neste processo, pretende-se suscitar a reflexão não só por parte do doente como entre elementos da equipa, assegurando o respeito pelo direito à escolha e à autodeterminação da forma mais segura possível (O.E., 2019).

A reflexão sobre o momento e a forma adequada de reduzir ou suspender a TSFR em doentes dependentes e sem capacidade cognitiva é crucial, tanto no contexto de formação do doente ou cuidador, como na prática profissional. Esta decisão é emocionalmente desafiante para os familiares, que podem optar por prolongar a TSFR, mesmo com potenciais danos para o doente (Campos & Gomes, 2021).

Nestes casos, podem ocorrer conflitos ético-legais, representando um desafio emocional

também para os profissionais de saúde. Embora estas decisões sejam profundamente ponderadas e envolvam uma equipa multidisciplinar, incluindo cuidados paliativos, o EE, por acompanhar de perto o doente, deve suscitar a reflexão atempadamente para minimizar danos (Campos & Gomes, 2021).

É fundamental que os enfermeiros ajam com princípios éticos e humanitários, recusando participação em tortura ou tratamento desumano (O.E., 2015). A autonomia do doente deve ser considerada, mesmo que a decisão de não realizar TSFR possa levar à redução do tempo de vida. Em doentes capazes de decidir, a não realização desta terapia, deve ser eticamente amparada na dignidade da pessoa humana e na autonomia, com espaço para debate bioético (Campos & Gomes, 2021).

No entanto, a idade avançada e a baixa escolaridade podem dificultar a compreensão das orientações, influenciando a tomada de decisão. Apesar disso, os doentes não devem ser considerados incapazes a priori. Os profissionais devem aconselhar as opções de tratamento, fornecendo informações para a decisão individual, promovendo a decisão autónoma, mesmo que conflita com a beneficência ou não maleficência. Segundo Campos (2021), é fundamental discutir a implementação das diretivas antecipadas de vontade, uma vez que permitem respeitar os desejos previamente expressos pelo doente. Essa abordagem pode trazer benefícios significativos, especialmente considerando a elevada prevalência de comprometimento cognitivo entre pessoas com DRC (Campos & Gomes, 2021).

A criação de um novo AV em doentes com episódios frequentes de agitação, capacidade cognitiva comprometida ou com qualidade e esperança de vida reduzidas é uma questão que exige reflexão à luz dos princípios bioéticos anteriormente mencionados. É indiscutível que o risco de infeção deve ser minimizado, recomendando-se a substituição do CVC assim que possível (DGS, 2022; Lok et al., 2020). Apesar deste facto, as diretrizes da KDOQI (2020) consideram razoável a utilização de um CVC a longo prazo nos casos em que a utilização de uma FAV ou EAV comprometeria gravemente a qualidade de vida ou impediria a realização dos objetivos pessoais do doente, desde que, este seja devidamente informado sobre os riscos e benefícios da opção preferida. Além disso, a utilização de CVC pode ser justificada em doentes com esperança de vida limitada (inferior a 6 a 12 meses) ou em circunstâncias médicas especiais. No entanto, estas circunstâncias estão geralmente associadas ao insucesso da construção do AV por razões clínicas e não à falta de colaboração do doente ou ao sucesso da canulação e do tratamento subsequente.

A qualidade de vida, embora seja um fator determinante na escolha da melhor estratégia terapêutica, é um conceito subjetivo que deve ser avaliado pelo próprio doente. Contudo, muitos doentes apresentam um estado clínico que os impede de realizar esse juízo de forma autónoma. Paralelamente, a estimativa da esperança de vida nem sempre é clara, o que dificulta a tomada de decisão sobre o tipo de acesso mais adequado.

Existem algumas estratégias para adaptar a canulação em doentes com agitação psicomotora, incluindo a administração de sedativos ligeiros, a utilização de cateteres periféricos para HD e a imobilização do doente. No entanto, a decisão entre recorrer a estas estratégias ou optar pela utilização de um CVC deve basear-se numa análise cuidadosa da relação risco-benefício, considerando a frequência com que essas medidas seriam necessárias – um fator que, muitas vezes, não pode ser previsto com precisão.

Por outro lado, por vezes o contacto com a equipa de AV é esporádico, podendo existir um conhecimento pouco aprofundado do contexto psicossocial do doente, o que pode levar a uma avaliação desadequada e induzir uma tomada de decisão por parte do doente pouco refletida. Consciente da importância de uma abordagem individualizada para a tomada de decisão quanto ao AV, como EE recolheram-se dados relevantes que favoreçam a consciencializar da equipa e garantam o empoderamento e o envolvimento do doente na tomada de decisão, sempre que este possua capacidade cognitiva para tal (O.E., 2019)

Em suma, embora seja indiscutível que o risco de infeção deve ser minimizado, recomendando-se a substituição do CVC assim que possível (DGS, 2022; Lok et al., 2020), a tomada de decisão sobre o AV mais adequado deve considerar múltiplos fatores. Questões como a capacidade cognitiva do doente, a sua qualidade e esperança de vida, bem como a sua adesão ao tratamento, tornam o processo complexo, exigindo uma abordagem individualizada. Além disso, a subjetividade associada à perceção da qualidade de vida e a imprevisibilidade da reação futura do doente, dificultam a aplicação rígida das diretrizes. Assim, a decisão deve ser pautada por um equilíbrio entre os princípios da beneficência e da não maleficência, garantindo que o acesso escolhido, maximize os benefícios do tratamento, respeitando simultaneamente a dignidade e a vontade do doente.

Apesar das questões relacionadas com o direito à informação e ao consentimento livre e esclarecido serem frequentemente alvo de reflexão, não são menos relevantes as questões associadas à proteção de dados, ao dever de sigilo, à dignidade humana e ao direito à privacidade (Silva, 2014). Estas questões representam um desafio nas UCHD, uma vez que a estrutura física em "open space" nem sempre permite garantir a máxima privacidade e intimidade aos doentes.

Esta disposição, "open space", prende-se com o facto dos doentes, aquando do tratamento de HD, estarem sujeitos a complicações como a hipotensão, que transfere de uma situação crónica para uma situação crítica (Gomez, 2023). Assim, torna-se essencial a visualização e a proximidade constante destes doentes, promovendo eficiência nos cuidados (Alcalde-Bezhold et al., 2021). Esta é também, a organização que permite uma melhor gestão dos recursos humanos, facilita a instalação e organização dos equipamentos de dialise e promove a socialização entre doentes. No entanto, é um desafio para manter a privacidade dos doentes (Alcalde-Bezhold et al., 2021). Segundo a HD center guide (2020) um distanciamento mínimo de

8m2 e o uso de biombos portáteis ou cortinas, mantendo sempre a visibilidade do posto de enfermagem, poderia minimizar este desafio (Alcalde-Bezhoid et al., 2021)

O dever de sigilo, implica que a partilha de informação seja feita apenas com aqueles que estão diretamente envolvidos no plano terapêutico, sempre com o objetivo de garantir o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e da sua família, respeitando os seus direitos (O.E., 2015b). Dessa forma, é essencial adotar medidas que assegurem a proteção de dados, incluindo a recolha apenas das informações essenciais e a exploração de formas alternativas de comunicação de dados pessoais, para além da verbalização. Perante a necessidade de abordar aspetos íntimos e da ausência de condições que garantissem a privacidade do doente optou-se por uma abordagem individualizada deste, em gabinete, e pela realização de teleconsultas previamente planeadas com o mesmo, de forma a manter a confidencialidade das informações.

No âmbito do respeito pela dignidade humana, destaca-se a necessidade de salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa no exercício das funções de enfermagem e na supervisão de tarefas delegadas (O.E., 2015). Na sala de HD, há uma preocupação constante em restringir a exposição corporal, garantindo a máxima descrição sempre que possível.

Como EE deve existir especial atenção em eventuais lacunas relacionadas com a privacidade física e verbal, tendo a intervenção visado a minimização das falhas e promovido a consciencialização da equipa, apelando ao respeito e empatia, fomentando e antecipando desta forma, práticas de cuidados seguras, garantindo a privacidade e a dignidade do doente (O.E., 2019).

O sigilo profissional constitui um dos pilares fundamentais na relação de confiança com o utente. Assim, sempre que necessário, foi obtido o consentimento do doente para a partilha de informações confidenciais com outros profissionais de saúde ou familiares próximos, desde que tal partilha tenha como objetivo o seu bem-estar e segurança (O.E., 2015). Além disso, foi assegurada a segurança dos dados dos casos estudados mantendo a identidade do doente anónima (O.E., 2015).

Finalmente, é fundamental que os enfermeiros se abstenham de juízos de valor sobre o comportamento dos doentes, não impondo os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida. Devem respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa (O.E., 2015), garantindo uma abordagem humanizada e centrada no doente.

A responsabilidade profissional, ética e legal dos enfermeiros não se limita apenas ao cumprimento de normas e princípios, mas estende-se também à busca constante pela excelência na prestação de cuidados. Neste sentido, a reflexão ética e a tomada de decisão fundamentada, contribuem diretamente para a MCQ, promovendo práticas seguras, baseadas em evidências e centradas no doente.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As competências do EE no âmbito da qualidade incluem a mobilização de conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados. Neste sentido, este ensino clínico revelou-se particularmente enriquecedor, uma vez que o contexto é dinâmico e fortemente orientado para programas de melhoria contínua. Esse avanço deve-se, em grande parte, a uma gestão que fomenta e lidera estas iniciativas, promovendo um ambiente propício à excelência na prestação de cuidados (O.E., 2019).

A equipa é proativa e motivada, contando atualmente com quatro grupos de trabalho dedicados à MCQ, liderados por EE, apresentados no tópico contexto de estágio. O Grupo da CCI e o da de Gestão de AV foram os mais explorados neste estágio, uma vez que a tutora era a coordenadora dos mesmos. A CCI realiza a monitorização e desenvolve projetos de melhoria contínua no âmbito do controlo de infeção, alinhando-se com a implementação de medidas como o projeto Kamishibai, inspirado na filosofia Lean, que tem demonstrado eficácia na otimização da segurança e qualidade dos cuidados prestados (Niederstadt, 2013; Suhardi et al., 2020).

A filosofia Lean, originária do Sistema de Produção da Toyota, visa maximizar o valor para o doente através da eliminação de desperdícios e da melhoria contínua dos processos. Uma das ferramentas associadas a esta abordagem é o quadro Kamishibai, um método de gestão visual que utiliza cartões para realizar auditorias aleatórias ou programadas, garantindo a conformidade com os padrões estabelecidos e promovendo a cultura de melhoria contínua (Niederstadt, 2013; Suhardi et al., 2020).

No contexto da saúde, este modelo tem sido adaptado para monitorizar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Estudos demonstram que a utilização de cartões Kamishibai em unidades hospitalares resultaram numa melhoria sustentada na segurança e eficiência dos processos, promovendo PBE e impulsionando a MCQ dos cuidados de saúde (Frith et al., 2020; Lehane et al., 2023; Lemes et al., 2025; O.E., 2019; Shea et al., 2019).

Durante o estágio de mestrado em enfermagem, houve colaboração na implementação deste programa de melhoria contínua. Os elementos da comissão, em colaboração com a gestão, identificaram oportunidades de melhoria na prestação de cuidados, especialmente no controlo de infeção, envolvendo enfermeiros, auxiliares, médicos e outros colaboradores, com base em auditorias das práticas clínicas e em indicadores de infeção do AV e consumos de soluções desinfetantes para higienização das mãos. Foi verificado um aumento do nº de infeção do CVC/1000dias de utilização durante ano de 2023 face ao ano anterior, e foram identificadas, através de auditoria das práticas dos enfermeiros, oportunidades de melhoria na abordagem ao CVC, nomeadamente relacionado com as intervenções de manuseamento do CVC recomendadas no “feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com CVC (2020), tais como: utilizar a técnica no-touch nos pontos de acesso do dispositivo; usar técnica assética antes da conexão, infusão ou aspiração (Categoria IB) e descontaminar com álcool a

70%, por fricção durante 15 segundos, deixando secar antes da conexão a um dispositivo estéril (Categoria IA), (DGS, 2022). Outra oportunidade de melhoria identificada foi a descontaminação e lavagem eficaz das mãos por todos os colaboradores antes da abordagem ao doente. Esta lacuna, é corroborada pelos resultados do relatório relativo ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA): a estratégia multimodal das Precauções Básicas para o Controlo de Infecção (PBCI), que evidencia o momento "Antes do contacto com o doente" com menor taxa de adesão (DGS, 2023). Após análise destes dados, foram selecionadas prioridades e desenvolvidos Instruções de Processo (IP) e Folhas de Instrução do Processo (FIP) para apoiar as Certificações de Processo (auditorias). Um quadro visual Kamishibai foi criado para registar os resultados das auditorias, sendo que os cartões de certificação têm duas faces: uma verde, que indica um desempenho bem-sucedido, e outra vermelha, que significa uma oportunidade de melhoria. Embora o projeto seja liderado por EE, todos os colaboradores foram capacitados para realizar certificações de processos, uma vez que este projeto pretende envolver a equipa numa cultura de melhoria continua, sem resposta punitiva ao erro, como recomendado pela DGS para manter uma cultura de segurança (Barroso, 2021; DGS, 2018).

Empenhada no envolvimento neste projeto, foram analisados os protocolos e procedimentos instituídos e as práticas dos colaboradores, tendo identificado uma oportunidade de melhoria, relacionada com o item das PBCI "Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies" definido no PPCIRA pela DGS (2023): descontaminar o carro de enfermagem entre doentes e eliminar os objetos do tampo, uma vez que é utilizado como base de preparação do material para conectar e desconectar o doente, este faz parte do ambiente do doente e deve, portanto ser adequadamente preparado e descontaminado, de forma a prevenir a contaminação cruzada e, garantir a assepsia durante o manuseamento do material esterilizado (DGS, 2023). Após procura da evidencia científica que suporta esta análise, abordei o assunto com a enfermeira tutora e foram identificadas novas áreas prioritárias para certificação, tais como: a necessidade de adquirir um suporte para colocar os objetos e manter a base livre e fácil de descontaminar; aquisição de toalhetes de descontaminação; e desenvolver IP e FIP; bem como formar a equipa para a "preparação do ambiente antes de ligar e desligar o CVC". Esta decisão foi fundamentada com base nas falhas identificadas nas práticas auditadas e sustentada nas recomendações e conclusões do PPCIRA (2017) que destaca a necessidade de reforçar a adesão a todas estas medidas, salientando o processo de descontaminação dos dispositivos e as superfícies como um dos padrões prioritários, apesar da evolução positiva referida no relatório de 2023 (DGS, 2017, 2023).

Neste contexto, apoiada pela Turora, recebi formação para certificar processos, participei na elaboração de IP e de FIP, realizei certificações e fui alvo de certificação. Contribuí para a atualização dos dados no quadro Kamishibai e conduzi sessões de sensibilização coletivas e individuais para aumentar a adesão aos procedimentos. Nessas sensibilizações, foi sempre

reforçada a visão da certificação vermelha como uma oportunidade de melhoria e não como uma crítica punitiva (Manella, 2023).

A adaptação da ferramenta Kamishibai ao contexto hospitalar revelou-se eficaz na monitorização e melhoria dos cuidados de saúde, promovendo uma cultura de excelência e segurança na prática clínica (Frith et al., 2020; Lehane et al., 2023; Lemes et al., 2025; Shea et al., 2019). No entanto, uma limitação identificada foi a resistência de alguns colaboradores à certificação de processos e ao próprio programa de melhoria contínua, por se sentirem controlados e por percecionarem a iniciativa como um juízo de valor sobre o desempenho ou uma evidência de erro, em vez de uma oportunidade para otimizar a qualidade dos cuidados prestados (Cunha et al, 2016; Manella, 2023).

A comunicação desempenha um papel essencial na construção de uma cultura de segurança dentro de uma instituição de saúde, criando um ambiente onde os colaboradores se sintam confortáveis para se expressar e agir com transparência. Quando a comunicação é aberta e não punitiva, os profissionais sentem-se encorajados a partilhar preocupações e identificar oportunidades de melhoria sem receio de represálias (Cunha et al, 2016; Kalteh et al., 2021). No contexto do projeto Kamishibai, esta abordagem comunicacional é fundamental para garantir que os colaboradores compreendam que o objetivo das auditorias é promover a melhoria contínua e não avaliar o seu desempenho de forma punitiva. No entanto, a limitação identificada revela a necessidade de reforçar continuamente a mensagem de que a certificação vermelha representa uma oportunidade para otimizar a qualidade dos cuidados prestados, e não um apontamento de falhas individuais (Cunha et al, 2016; Manella, 2023).

Neste contexto, a observação atenta, a criação de momentos de discussão e reflexão baseados nas práticas e na evidencia científica sobre o tema, foram fundamentais para conhecer a perceção dos colaboradores e identificar barreiras à adesão, tais como: a desvalorização do impacto da higienização, na transmissão cruzada, e respetivos danos para o doente e para a população em geral; e a visão do projeto como uma medida de controlo e punição. Este conhecimento permitiu aprimorar a comunicação e a estratégia de sensibilização.

Esta experiência fortaleceu o desenvolvimento profissional enquanto EE, na medida em que promoveu o desenvolvimento de práticas de excelência, orientando e cooperando em programas de melhoria contínua, contribuindo para um ambiente seguro, através: da realização de auditorias clínicas e supervisionando o processo de melhoria contínua Kamishibai; da atualização e análise diária e semanal dos resultados das mesmas; da identificação de oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades e integrando novos itens no projeto; e ainda, desenvolvendo estratégias de sensibilização focadas nas necessidades identificadas, no âmbito da prevenção e controlo de infeção (O.E., 2019).

Ao longo do estágio, desenvolveu-se a consciencialização da importância da avaliação da qualidade das práticas que permitiram identificar oportunidades de melhoria, contudo, devido a

limitações de tempo e por vezes alguma resistência à mudança, não foi possível implementar medidas de melhoria. Apesar disso, foram criados vários momentos de reflexão e debate, visando a implementação futura de projetos de melhoria ou mudança de comportamento organizacional e individual que resultem em maior segurança e qualidade dos cuidados, os quais serão abordados com maior pormenor no tópico seguinte.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A prestação de cuidados especializados exige que o enfermeiro assuma um papel ativo na otimização dos mesmos, no qual garante a segurança, a qualidade e a adequada gestão de recursos. Segundo a OE (2019), o EE deve adaptar o seu estilo de liderança para promover um ambiente positivo que favoreça a prestação de cuidados eficiente e centrado no doente, otimizando o processo de tomada de decisão e assegurando a disponibilidade da informação adequada para esse efeito (O.E., 2019).

Na UCHD, a metodologia de trabalho adotada é centrada no doente, predominando o método individual. Cada enfermeiro é responsável por um grupo de cinco doentes durante o turno, assumindo a gestão do AV e a prestação de cuidados contínuos. Porém, para garantir a continuidade dos cuidados e a otimização dos recursos, algumas tarefas são partilhadas dentro de uma dinâmica de trabalho em equipa, supervisionada pelo enfermeiro responsável pelo doente. Este profissional não só assegura a qualidade dos cuidados através da dupla verificação, mas também supervisiona as tarefas delegadas, orientando a decisão relativa a essas delegações e utilizando estratégias como a instrução e a demonstração prática para garantir a correta execução dessas tarefas (Ventura, 2024).

O modelo do Enfermeiro de Referência (ER), é outra abordagem muito presente neste contexto, que permite um acompanhamento individualizado ao longo do processo terapêutico, promovendo a adaptação do doente ao tratamento. Este modelo favorece a comunicação entre a equipa multidisciplinar, fortalece a relação terapêutica e melhora a satisfação e a adesão dos doentes ao tratamento (Parreira et al., 2021; Ramos, 2023).

Assentando numa parceria ativa entre o doente, a família e um ER, este modelo de cuidados promove uma relação colaborativa na tomada de decisões relacionadas com a saúde ao longo de todo o processo de cuidar (Ventura, 2024). Neste contexto, a presença de um EE como ER assume um papel essencial, pois detém competências que otimizam o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (O.E., 2019).

Entre os cuidados assegurados está a vacinação contra a Hepatite B, gripe e covid, necessidades específicas para realização de meios complementares de diagnóstico, intervenções garantindo transições seguras, gestão de alteração na clínica do doente, coordenação de necessidade de encaminhamento para outras especialidades, internas ou

externas à instituição, a gestão do AV, entre outros. Neste processo o ER preocupa-se por acompanhar sistematicamente os mesmos doentes, apoiando-os em todas as suas necessidades e garantindo a continuidade dos cuidados. Segundo Mendes et al. (2017), a continuidade dos cuidados melhora a qualidade dos serviços prestados, contribui para a redução de custos e constitui uma estratégia fundamental para os serviços de saúde (Mauro et al., 2023; Mendes et al., 2017).

O ER, é responsável pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, assegurando que estes são direcionados para as necessidades específicas do doente. Para garantir a continuidade dos cuidados, conta com a colaboração e flexibilidade da equipa de enfermagem, permitindo que outros enfermeiros assumam responsabilidades na sua ausência (Ventura, 2024). Esta abordagem reforça a necessidade de supervisão eficiente das tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (O.E., 2019).

Além disso, o ER, enquanto EE, desempenha um papel fundamental na gestão da equipa, otimizando o trabalho, ao adequar os recursos às necessidades dos cuidados (O.E., 2019). A sua atuação como coordenador e supervisor do processo de cuidar permite uma melhor articulação entre os diferentes profissionais, promovendo uma resposta mais eficaz e centrada no doente (Ventura, 2024).

Importa reforçar que, embora o modelo do ER possa ser desempenhado por qualquer enfermeiro, é o EE quem reúne um conjunto mais alargado e aprofundado de competências que potenciam significativamente esta função. O EE, possui capacidades acrescidas ao nível da avaliação clínica avançada, tomada de decisão complexa, gestão de situações críticas, liderança e supervisão, tornando-o o profissional mais indicado para assumir o papel de ER. Assim, o EE é um elemento diferenciador na equipa, assegurando uma gestão eficaz, segura e personalizada dos cuidados, e contribui de forma decisiva para a MCQ da prestação de cuidados. Adicionalmente, o EE adapta o seu estilo de liderança ao local de trabalho, tendo em conta o clima organizacional e favorecendo uma resposta mais eficiente do grupo e dos indivíduos (O.E., 2019).

No entanto, a implementação deste modelo enfrenta desafios, como a disponibilidade reduzida dos enfermeiros, devido ao duplo emprego e à carga horária limitada, além da necessidade de um maior número de EE. Estas limitações impedem que o modelo seja aplicado da forma mais eficaz, restringindo a abrangência dos cuidados prestados. Como se pode inferir, a solução ideal para maximizar o sucesso deste modelo seria que todos os ER fossem EE, uma vez que possuem a capacitação necessária para desempenhar com excelência as competências exigidas ao ER.

Embora não existam diretrizes específicas sobre o rácio de doentes por ER, Ramos, (2023), destaca a importância de ajustar os recursos humanos às necessidades assistenciais da população (Ramos, 2023). A atribuição de cinco doentes por ER parece ser um rácio apropriado para a aplicação eficaz deste modelo, na medida em que é um rácio que cumpre as

recomendações da O.E. quanto ao rácio enfermeiro-doente por turno, facilitando o acompanhamento frequente e sistemático dos mesmos doentes (OE, 2016). No entanto, é essencial que seja disponibilizado o tempo necessário para esta função, garantindo uma distribuição equilibrada dos doentes, de acordo com a complexidade dos cuidados exigidos por cada um, promovendo uma abrangência dos cuidados mais holística como corroborado por Ramos (2023) (Ramos, 2023).

A gestão de recursos humanos, especialmente no que se refere aos enfermeiros, representa um desafio devido ao tempo necessário para a sua integração, não sendo diferente neste contexto. Segundo a O.E. (2016), a formação inicial em nefrologia deve ter a duração mínima de três meses, totalizando pelo menos 420 horas, sob supervisão de um enfermeiro reconhecido pela organização por suas competências científicas e pedagógicas (O.E., 2016). O que implica uma análise estratégica que permita antecipar as necessidades e um planeamento criterioso do recrutamento (Cunha et al, 2016) que por sua vez, espelha competências do EE no domínio de gestão e otimização do trabalho de equipa, ao ajustar os recursos às necessidades da organização (O.E., 2019).

No seguimento desta competência, a gestão das competências profissionais da equipa é outro aspeto essencial para a prestação de cuidados de qualidade, que parece ser cuidadosamente otimizado, na medida em que, todos os enfermeiros recrutados possuem formação e experiência em nefrologia hospitalar, o que se revela uma mais-valia.

A gestão exercida neste contexto baseia-se na liderança transformacional, na medida em que visa inspirar e motivar os membros da equipa a alcançar resultados extraordinários, promovendo mudanças positivas na organização. Este estilo de liderança é notório na forma como a equipa gestora reconhece as competências específicas de cada EE, empodera-os, motiva e apoia a vários níveis, promovendo o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, a construção de novo conhecimento e a divulgação do mesmo na comunidade científica. Por outro lado, a satisfação no trabalho que estes profissionais exprimem são também reflexo desta liderança (Dias et al., 2024).

Este tipo de liderança, na gestão em enfermagem, está associado a melhorias significativas na qualidade dos cuidados e na satisfação dos profissionais. Contudo, para que este estilo de liderança seja plenamente eficaz, é essencial que as organizações de saúde forneçam suporte adequado, promovam a capacitação contínua e incentivem uma cultura de comunicação aberta e colaborativa (Dias et al., 2024).

Neste âmbito, foi particularmente evidente o exercício desta liderança por parte da tutora de estágio, sobretudo nas áreas do controlo de infeção e de gestão do AV. A sua atuação pautou-se por uma orientação clara para a melhoria contínua, promovendo a PBE e incentivando a participação ativa da equipa nos processos de decisão. Destacou-se, por exemplo, na implementação de estratégias para a monitorização sistemática de indicadores de infeção

relacionados com o AV, reforçando a importância da adesão às normas de segurança e à higiene das mãos. Demonstrou ainda competência avançada ao coordenar a formação contínua da equipa, assegurando que todos os profissionais estivessem atualizados quanto às melhores práticas na manipulação do CVC e da FAV. Para além disso, promoveu momentos de reflexão em equipa, valorizando sugestões e potenciando o espírito crítico, o que resultou em melhorias visíveis na uniformização dos cuidados e na redução de complicações associadas. Esta liderança próxima e motivadora exemplifica como o EE, através da liderança transformacional, impulsiona a qualidade e segurança dos cuidados.

Apesar do empenho no empoderamento e motivação descritos, a inexistência de um plano estruturado de formação e a falta de reuniões regulares representam oportunidades de melhoria. A implementação de um plano de capacitação contínua alinhado com os objetivos organizacionais contribuiria para a excelência na uniformização dos cuidados e para o aperfeiçoamento do desempenho profissional. Segundo Rusciolelli et al. (2020), um programa de formação estruturado melhora a produtividade e a qualidade dos serviços, promovendo um ambiente de aprendizagem contínua (Rusciolelli et al., 2020). Mais uma vez é evidenciada a importância do EE no papel de gestor-líder de equipas, na medida em que possui competências para adequar os recursos às necessidades, fomentando a motivação da equipa e assegurar um contexto propício ao desenvolvimento profissional (O.E., 2019).

Contudo, é evidente a preocupação em colmatar esta lacuna através da criação de grupos de trabalho, responsáveis não só pelo desenvolvimento das suas áreas específicas, mas também pela formação da equipa. Neste contexto, os EE são alocados às suas áreas de expertise, visando potenciar a qualificação dos restantes profissionais. Contudo, torna-se essencial a presença de um elemento coordenador da formação, que atue em parceria com cada grupo, garantindo a otimização dos recursos necessários para a concretização eficaz das atividades formativas (Henriques, 2024).

Foram criadas, pela CCI, coordenada por EE, em negociação com a gestão, procedimentos e protocolos que definem que material deve ser usado e como o devem usar, de forma a uniformizar as práticas e assegura a segurança e a qualidade dos cuidados. A eficiência dos cuidados é atingida através de um planeamento rigoroso das atividades e da utilização racional dos materiais disponíveis que, por vezes, pode ser um desafio face às pressões de tempo e falta de consciencialização, o que implica uma supervisão e sensibilização regular de forma a fomentar adesão aos procedimentos e protocolos instituídos, esta supervisão é realizada essencialmente por EE. Esta gestão evidencia a competência do EE na otimização do trabalho em equipa, na negociação e utilização eficiente dos recursos, bem como, a capacidade de supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a qualidade da cuidados prestada (O.E., 2019).

Acostumada a utilizar kits pré-preparados e a um maior consumo de material, a adaptação a estes procedimentos representou, inicialmente, um desafio. No entanto, essa experiência

impulsionou o desenvolvimento, enquanto EE, nomeadamente na adequação eficiente dos recursos às necessidades dos cuidados e na implementação de métodos de trabalho organizados (O.E., 2019). Além disso, a gestão eficiente dos recursos materiais contribui para a redução do desperdício, promovendo um impacto ambiental mais sustentável. Paralelamente, no âmbito do envolvimento no projeto Kamishibai, tivemos a oportunidade de negociar a aquisição de recursos, como o suporte de objetos para o carro de enfermagem e os toalhetes impregnados em desinfetante. Para tal, argumentei com a necessidade de otimizar os recursos, promovendo a adesão à descontaminação da base do carro, minimizando a transmissão cruzada e melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Dessa forma, destaca-se a importância de um modelo estruturado, centrado na pessoa e apoiado por vários EE, diferenciados por áreas de expertise, e uma gestão eficiente dos recursos visando garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade nestas UCHD. O EE desempenha um papel fundamental na supervisão das tarefas delegadas, na coordenação da equipa e na promoção da formação contínua, assegurando que a segurança, a qualidade e a humanização dos cuidados sejam garantidas em todas as suas dimensões (O.E., 2019).

Conforme evidenciado nas intervenções definidas nos estudos de caso e explorado no tópico das “competências específicas do enfermeiro especialista”, foi possível otimizar o processo de cuidados, melhorando a tomada de decisão. Para tal, recorreu-se à recolha de dados baseada em conhecimento especializado e à sua partilha com a equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade dos cuidados de enfermagem entre os enfermeiros e a articulação com outros profissionais.

A colaboração com o médico residente e o nefrologista permitiu ajustar parâmetros do tratamento e otimizar o RM, enquanto o trabalho conjunto com a nutricionista possibilitou a adaptação da dieta às necessidades do doente. Além disso, foram identificadas necessidades sociais, sendo estas referenciadas ao assistente social, com o objetivo de minimizar o seu impacto no RT e no bem-estar do doente.

A estudante, teve também um papel ativo na assessoria para a tomada de decisões multidisciplinares, como na gestão da ansiedade no Caso 1 e na implementação de estratégias para a cessação tabágica no Caso 2, reforçando a importância de uma abordagem integrada e personalizada nos cuidados prestados.

A comunicação eficaz é um pilar essencial para garantir a continuidade dos cuidados. Na unidade, é utilizada a técnica ISBAR para a transmissão de informações, como por exemplo, na transferência de doentes, entre turnos, e na substituição de profissionais durante as pausas. Esta técnica padroniza a comunicação, reduzindo erros e distrações, e aumentando a confiança da equipa na prestação de cuidados (Silva, 2023). Contudo, uma limitação do sistema de informático instituído, foi identificada e prende-se com o fato de não permitir uma transmissão eficiente de informações entre turnos, o que obriga à utilização de uma agenda diária em papel

para registo complementar e duplicação da informação, o que foi discutido como sugestão de melhoria. Neste contexto, reconheceu-se a pertinência desta lacuna, no processo de transição de cuidados e na segurança do doente.

Como EE, procuramos aprimorar a prática clínica para assegurar a segurança dos doentes sob a nossa responsabilidade, garantindo uma transmissão de informação eficaz, com base na técnica ISBAR, sempre que houve necessidade de delegar cuidados. Além disso, foram estabelecidos contactos por e-mail, com outros profissionais envolvidos nos cuidados, e registadas informações pertinentes na agenda, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados com base nesta técnica.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O EE reconhece a importância do autoconhecimento para estabelecer relações terapêuticas e multidisciplinares eficazes, sustentando a tomada de decisão em conhecimento atualizado. A consciência de si enquanto pessoa e profissional, permite otimizar a identificação de fatores que podem interferir na relação com a pessoa alvo de cuidados e a com a equipa, promovendo uma prática reflexiva e ajustada às exigências do contexto assistencial. A capacidade de gerir emoções e atuar eficazmente sob pressão é fundamental para assegurar uma comunicação assertiva e transformar desafios em oportunidades de aprendizagem, favorecendo a co-construção de conhecimento na equipa (O.E., 2019).

Através do autoconhecimento, o EE reconhece as suas aptidões e limitações pessoais e profissionais, procura atualizar o seu conhecimento e melhorar as suas competências recorrendo a formação contínua, de forma a conceber respostas adaptativas a nível individual e organizacional. Consciente da sua influência na relação profissional e assumindo um papel de facilitador da aprendizagem, no qual favorece a agilidade nas intervenções e o desenvolvimento de aptidões e competências dos enfermeiros, a estudante, apostou na formação contínua, para desenvolver a capacidade de tomada de decisão sustentada na PBE, concordante com cuidados de enfermagem de excelência.

Dessa forma, a escolha do local de estágio foi impulsionada pela necessidade de aprofundar os conhecimentos na área da pessoa com DRC, na qual se pretende desenvolver uma prática em enfermagem avançada. Assim, procurou-se tirar proveito de todas as oportunidades que surgiram, demonstrando proatividade e colaboração.

A formação não considerou apenas as necessidades pessoais de formação, mas também as necessidades e oportunidades de investigação identificadas no contexto de estágio e evidenciadas com maior relevo nas reflexões desenvolvidas noutras competências. Alguns exemplos destas necessidades e oportunidades foram: o papel do enfermeiro no controlo da anemia; a necessidade de coerência entre a teoria e a prática na gestão de líquidos; a

importância da descontaminação de objetos partilhados entre doentes; a relevância da implementação de um programa de gestão de quedas; os benefícios da incorporação de métodos de capacitação do doente e a teoria da autoeficácia nos ensinamentos. Nesta ótica, procurou-se intervir dinamizando e gerindo a incorporação de novos conhecimentos, direcionado para colaboradores e para doentes, pretendendo atingir ganhos em saúde para os doentes, evidenciado nas reflexões e formações para enfermeiros e doentes, que serão abordadas posteriormente.

A formação contínua assume um papel determinante na adaptação às inovações tecnológicas e científicas, garantindo uma PBE. Neste sentido, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, nas plataformas EBSCO, Google Scholar e PUBMED, bem como à interação com peritos através da participação em cursos, congressos, webinar's e estágios de observação. Estas iniciativas, focadas em áreas como nefrologia, cirurgia vascular, gestão organizacional, controlo de infeção, comunicação e projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, permitiram aprofundar competências especializadas e reforçar a incorporação de conhecimento atualizado na prática clínica.

A participação no “6º Congresso Internacional IACS 2024” e vários webinar's no âmbito da enfermagem (ANEXO 3 - 6 Congresso Internacional IACS 2024 e Webinars), bem como no “Curso de Acessos Vasculares” (ANEXO 4 - Curso de Acessos Vasculares) possibilitou a atualização de conhecimentos, nomeadamente no controlo de infeção associado à higienização das mãos e ao manuseamento do CVC. Paralelamente, contribuiu-se para a disseminação do conhecimento científico através da apresentação do E-Poster intitulado “Controlo de infeções em acessos vasculares para HD: incidência e prevenção” (ANEXO 5 - E-Poster Controlo de infeções em acessos vasculares para HD: incidência e prevenção). Este envolvimento evidencia a capacidade do EE em interpretar, organizar e divulgar resultados de evidências que possam contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de enfermagem (O.E., 2019).

No âmbito do projeto de melhoria continua Kamishibai, abordado no “domínio da MCQ”, foi efetuada uma análise das barreiras à adesão, com base nas perceções dos enfermeiros, quanto ao impacto da adesão à higienização das mãos e do controlo da transmissão cruzada entre doentes e para o ambiente. Estas foram obtidas em momentos de discussão e reflexão sobre o tema, proporcionados com o intuito de diagnosticar as necessidades formativas neste âmbito. Para responder às mesmas, foi desenvolvida uma formação/sensibilização intitulada “Higienização das Mãos e Transmissão Cruzada”, (ANEXO 6 – Vídeo: Higienização das Mãos e Transmissão Cruzada), concebida em formato de vídeo, permitindo uma abordagem apelativa e interativa, ilustrando os erros identificados, como mais frequentes, na realidade local. De forma a planear e organizar a formação eficazmente, foi desenvolvido previamente um plano da formação (ANEXO 7 – Plano de formação).

Esta iniciativa teve como principal objetivo fomentar a reflexão dos profissionais de saúde sobre

as suas práticas habituais, identificar oportunidades de melhoria e reforçar a adesão às boas práticas, tendo por base a evidência científica atual. Concomitantemente, houve a procura e identificação dos impactos a curto e longo prazo da não adesão à higienização das mãos, promovendo uma consciencialização plena para a mudança de comportamento.

Paralelamente, procurou-se desmistificar a perceção negativa em relação às auditorias, já abordada no “domínio da melhoria contínua da qualidade”, demonstrando o seu papel pedagógico e de melhoria contínua (Cunha et al, 2016; Manella, 2023).

De forma a avaliar o impacto da formação, promovendo melhorias nas intervenções futuras, aplicou-se um formulário online da Google para avaliação da formação (ANEXO 8 - avaliação da formação: Higiene das Mãos e Transmissão Cruzada) que se revelou favorável aos objetivos propostos, tendo sido observadas mudanças comportamentais por parte dos profissionais. No entanto, uma das principais limitações identificadas foi a dificuldade em reunir todos os profissionais por incompatibilidade de horário. Para minimizar este constrangimento, realizaram-se duas sessões, abrangendo o total de dez colaboradores. Sabendo que a repetição contínua de iniciativas formativas é essencial para garantir a manutenção da adesão às boas práticas (Fonseca, 2021), foram disponibilizados o vídeo e o plano de formação para replicação posterior.

Segundo (Santos et al., 2023) a baixa adesão à higienização das mãos pode estar associada a diversos fatores, como falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho e perceção da prática como um esforço adicional. Assim, medidas como o uso de cartazes, o envolvimento de líderes e o reforço de políticas de incentivo podem contribuir significativamente para a mudança comportamental (Santos et al., 2023). A estudante esteve desperta para as condições de trabalho e recursos existentes que, poderiam ser dificultadores da adesão, garantindo a existência de soluções desinfetantes e o apoio como circulante sempre que necessário, a negociação de um suporte para colocar o material e os toalhetes desinfetantes, referidos no “domínio da gestão dos cuidados”. Estas iniciativas visaram a diminuição da transmissão cruzada. Assim, pretende-se demonstrar o desenvolvimento de competências na gestão de programas e dispositivos, favorecendo a formação (O.E., 2019).

Por outro lado, a negligência na higienização das mãos constitui uma preocupação global e pode resultar em implicações sociais, éticas e jurídicas, incluindo a responsabilização dos profissionais por imperícia, negligência ou imprudência (Santos et al., 2023). O vídeo apresentado, pretende sensibilizar para a responsabilidade individual de cada um, numa causa global, com impacto ambiental que tem repercussões nas próximas gerações (ANCI, 2024; Comissão Europeia, 2025; DGS, 2017; OPAS, 2022; WHO, 2024).

A avaliação do impacto das estratégias implementadas, por meio da análise de indicadores como o consumo de germicidas e as taxas de infeção, é fundamental para identificar áreas de melhoria e otimizar os resultados (Santos et al., 2023). Como referido no tópico da melhoria contínua, além da evolução na certificação foram considerados estes indicadores para avaliar o

impacto do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No decurso deste estágio, verificou-se, entre as oportunidades de melhoria mais significativas, que os doentes não aderiam à recomendação descrita nas diretrizes para AV, nomeadamente, verificou-se resistência na manutenção da visualização do braço e na realização da lavagem o braço antes de entrar na sala de dialise. Por outro lado, não se observou os enfermeiros a promover adesão a estas boas práticas de forma uniformizada. Assim surgiu a oportunidade de desenvolver formação sobre o autocuidado com o AV, intitulada: “Pela Sua Vida, Cuide do seu AV”. Além de sensibilizar os doentes para os cuidados a ter com o AV, esta formação teve como objetivo, sensibilizar os profissionais de saúde, de forma indireta, para a promoção destas práticas. Além disso, ao longo do estágio, procurou-se desempenhar o papel de formador no contexto de trabalho, promovendo momentos de discussão e reflexão sobre este e outros temas, referidos anteriormente e abordados ao longo do relatório. Esta abordagem teve como objetivo facilitar a aprendizagem em contexto real, incentivando a troca de conhecimento e a melhoria contínua da prática profissional (O.E., 2019).

A utilização de estratégias comunicacionais eficazes e a adaptação dos conteúdos educativos às necessidades individuais do doente são cruciais para garantir ganhos em saúde e uma prática clínica especializada de excelência, sendo os métodos teach-back, ask-me-3 e chunk-and-check úteis para avaliar o conhecimento e adequar os ensinamentos (Freitas et al., 2019). No entanto, verificou-se que poucos profissionais conheciam estes métodos, pelo que se procurou divulgar e aplicar estes métodos, esperando contribuir com conhecimento novo e para a evolução da prática clínica especializada (O.E., 2019).

Um dos objetivos deste estágio era aprofundar o conhecimento na área do controlo e infeção em contexto de HD. Neste sentido, o acompanhamento da tutora, coordenadora da CCI local e responsável pelo projeto de certificação de processos, com base na ferramenta Kamishibai, constituiu uma oportunidade fundamental para alcançar este objetivo.

A participação neste projeto possibilitou o desenvolvimento de competências na área da certificação de processos, bem como na identificação de uma nova área de intervenção, como referido no “domínio da melhoria contínua da qualidade”.

Como supracitado, a estudante recebeu formação específica na área da certificação de processos, participou em certificações, colaborou na elaboração de IP e FIP, e promoveu sessões de sensibilização para a adesão aos protocolos implementados. Estas experiências ancoraram a capacidade de agir como dinamizadora de conhecimento, fundamentado na evidência científica com vista à mudança na prática clínica diária (O.E., 2019).

No decurso do estágio desenvolveram-se competências na monitorização e vigilância do AV, conferindo aumento da habilitação neste campo. O mesmo sucedeu com a tomada de decisão quanto ao local de canulação e referente ao encaminhamento para cirurgia vascular.

A oportunidade de acompanhar as consultas de revisão de AV realizadas pelos cirurgiões vasculares na clínica, permitiu uma experiência enriquecedora, possibilitou a interação direta com os peritos e a aprimorar a capacidade de interpretação dos resultados de meios de diagnóstico e intervenções cirúrgicas, com base na descrição dos respetivos relatórios. Estas experiências consolidaram o conhecimento técnico bem como o desenvolvimento de competências para interpretar e aplicar informação clínica relevante na tomada de decisão.

A visita de estudo no GEV revelou-se uma mais-valia, proporcionando a partilha de experiências e conhecimento com especialistas da área. Esta experiência permitiu obter feedback especializado sobre a vigilância do AV e critérios de encaminhamento do doente para cirurgia vascular, bem como identificar possíveis lacunas na formação dos enfermeiros quanto ao AV, o que representa um desafio na preparação dos doentes para o domicílio, expondo-os a maior vulnerabilidade. Esta constatação reforçou a necessidade de preparar melhor os doentes, mitigando a ansiedade e promovendo uma transição segura para este novo ambiente.

O desenvolvimento de competências para a gestão adequada de sentimentos e emoções, direcionando para uma resposta assertiva é outro pilar importante e exigente no cuidado à pessoa com DRC em HD (Stasiak et al., 2014; Uveda et al., 2022).

Como abordado no “enquadramento teórico do caso 1”, doentes submetidos a HD, têm maior prevalência de transtornos do humor, comparativamente com a população geral, este facto pode ser justificado pelo impacto das restrições dietéticas; do tempo consumido em tratamentos e respetivas viagens e pelos efeitos adversos do tratamento e consequências da doença. Estes transtornos de humor têm uma relação inversa, quando comparada à qualidade de vida percecionada (Stasiak et al., 2014; Uveda et al., 2022).

Estas alterações de humor repercutem-se frequentemente no comportamento do doente, manifestado por conflitos nos quais exprimem a sua frustração, através de comentários ameaçadores e críticos relativamente ao desempenho dos colaboradores. Perante estas situações, procurou-se gerir as emoções e os sentimentos, interpretando de forma empática a causa real daquele comportamento e as necessidades implícitas no mesmo, o que permite ao EE, compreender que não se trata da sua competência em gerir o tempo ou as preferências do doente, mas sim, de uma dificuldade em gerir as emoções e identificar as reais necessidades, por parte do doente, impedindo que a pressão exercida por este, afete o seu desempenho na relação terapêutica, na gestão do seu trabalho ou nas técnicas realizadas, como a canulação.

Esta capacidade de reflexão prévia à ação, permite ao EE, gerir as suas emoções e sentimentos, reconhecer e antecipar situações que possam empolar o conflito e através da adequação das técnicas de resolução de conflitos atuar eficazmente sob pressão gerando uma resposta eficiente. (O.E., 2019). Neste contexto, abordar o doente com empatia, e ajudá-lo a identificar os seus sentimentos e necessidades, dando a atenção que este necessita, contribuirá para que o doente se sinta compreendido e se acalme, posteriormente, expor a realidade concreta e as

dificuldades existentes, por parte da equipa, em responder como gostaria, poderá levar à compreensão por parte do doente, minimizando a repetição do conflito (Rosenberg, 2021). Preparar o doente, antecipadamente, para eventuais alterações na rotina, poderá também prevenir estes conflitos.

Neste sentido, o EE, está desperto para estas alterações, avisa e justifica, logo que possível, a situação ao doente, a título de exemplo, avisar o doente que a sua máquina estará atrasada, devido a uma ocorrência no turno anterior e que por motivos organizacionais, fundamentados, ou falta de recursos, não é possível alterar o seu posto, demonstrando empatia pelos sentimentos do doente e pedindo compreensão perante a situação, valorizando o esforço da equipa.

A capacidade de reflexão e gestão dos sentimentos, é essencial em todos os contextos, de forma a impedir que emoções provenientes de conflitos pessoais possam interferir no cuidado ao doente, por outro lado, a competência em interpretar com empatia os sentimentos e necessidades do outro, são fundamentais para gerar uma resposta eficaz (Rosenberg, 2021; Sousa et al., 2020). A competência na interpretação emocional intrínseca e extrínseca, é um desafio exigente, que revela um elevado nível de inteligência emocional e capacita o enfermeiro para atender às necessidades individuais do doente (Sousa et al., 2020).

A inteligência emocional é o conjunto de capacidades do indivíduo para identificar, gerir e entender as suas próprias emoções e as dos outros, promovendo a autorregulação emocional e a influencia positiva nas relações interpessoais. A inteligência emocional exige uma capacidade adaptativa, na qual o enfermeiro se auto motiva, orientando o pensamento para valores positivos, quando deparada com situações constrangedoras e geradoras de conflitos (Sousa et al., 2020).

Sob esta perspetiva, também nas relações interpessoais com colaboradores, se contribuiu para a reflexão acerca da análise e interpretação dos próprios sentimentos e das respetivas necessidades implícitas, por exemplo, ao explorar o erro na perspetiva de oportunidade de aprendizagem e não como um julgamento. Bem como sobre análise empática acerca dos sentimentos dos outros, intervindo em situações conflituosas que exigiam maior empatia, a título de exemplo, explorar os sentimentos e necessidades de uma doente que após necessitar de higiene íntima, com apoio dos enfermeiros e auxiliares, na sala de dialise, exige o término do tratamento apesar de ter iniciado o tratamento à poucos minutos.

A postura rude e a fundamentação inapropriada da doente, aliada ao facto deste pedido ser recorrente, levaram os enfermeiros a desvalorizar a exploração dos sentimentos e necessidades, centrando-se no ensino sobre os riscos e no direito à autodeterminação. Da reflexão, concluiu-se que parecem existir vários bloqueios psicológicos que despoletam a ansiedade e levam a este pedido. Neste caso em particular, o desconforto da exposição durante a higiene, despoletou a ansiedade e a necessidade de privacidade, resultando na exigência do

termino da HD. A verdade, é que a privacidade não foi garantida na totalidade, uma vez que o mau cheiro é uma evidência para os restantes doentes, neste caso, ponderar a realização da higiene no WC, desde que a doente reúna condições, e explorar os significados atribuídos à exposição corporal e dependência para a higienização, poderá ser útil para minimizar o sofrimento associado a este acontecimento.

Ao longo do estágio, desenvolveu-se a capacidade critico-reflexiva, identificando oportunidades de melhoria, tanto nas intervenções pessoais, como no contexto organizacional. A autorreflexão e a consciencialização da influência do enfermeiro na qualidade dos cuidados prestados, foram fundamentais para consolidar a identidade profissional e fomentar mudanças positivas no ambiente de trabalho.

Nesta conjuntura, a identificação de necessidades de aprendizagem através do autoconhecimento permitiu direcionar a formação promovendo uma atualização permanente do conhecimento sustentado numa PBE, aliada à autorregulação dos sentimentos, foi essencial para o sucesso deste percurso.

Todas as competências adquiridas pela estudante, permitiram a sua capacitação para desenvolver um projeto de melhoria contínua no meu local de trabalho e contribuir para a disseminação do conhecimento na comunidade científica (O.E., 2019).

Segundo Patricia Benner, (2001), o desenvolvimento de competências em enfermagem ocorre através da experiência prática e da reflexão crítica sobre essa prática (Benner, 2001). Ao refletir sobre as intervenções e atualizar continuamente o conhecimento com base na evidência científica, seguiu-se o percurso descrito por Benner, (2001), para progredir nas competências profissionais. Esta abordagem consolidou a identidade profissional da estudante e preparou-a para liderar projetos de melhoria contínua, contribuindo para a qualidade dos cuidados de saúde e para o avanço do conhecimento na comunidade científica.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Os cuidados de enfermagem especializados são contínuos, abrangendo prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, e adaptação ao RT, capacitando doentes, famílias e cuidadores para viver com a doença crónica (O.E., 2018).

Nos próximos subcapítulos, serão evidenciadas as competências como EE em enfermagem médico-cirúrgica, focando nas competências cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, conforme o Regulamento n.º 429/2018 (O.E., 2018).

CUIDA DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

A gestão da ingestão de líquidos em doentes com DRCT representa um dos maiores desafios na adesão ao RT, na medida em que implica restrições dietéticas exigentes e continuadas, que têm um impacto significativo na qualidade de vida. Portanto, uma adequada adaptação e autocontrolo equilibrado são cruciais para o bem-estar e qualidade de vida destes doentes (Rantepadang et al, 2024; Zhang et al., 2023a).

Perante isto, com o objetivo de garantir uma transição saudável, com impacto positivo na qualidade de vida do doente, promovendo uma adequada adaptação e autocontrolo da ingestão de líquidos, foi definido como objetivo geral de estágio “Desenvolver competências para capacitar a pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRCT para a gestão de líquidos.” Definindo como objetivos específicos, a promoção da adesão a esta gestão e a implementação de intervenções eficazes por parte dos enfermeiros para apoiar a pessoa com DRCT na adoção de estratégias de controlo da ingestão hídrica.

No sentido de desenvolver competências diferenciadas na abordagem ao doente no âmbito da ingestão de líquidos, realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de compreender os fatores que influenciam a adesão ao RT e as estratégias mais eficazes na intervenção do EE. Da pesquisa bibliográfica com os termos Adherence and Hemodialysis and Drinking resultaram 21 artigos relevantes, dos quais emergiram algumas conclusões importantes a considerar na promoção da adesão ao regime de gestão de líquidos na pessoa com DRCT, as quais foram abordadas em pormenor no domínio “volume de líquidos”, do tópico “enquadramento teórico do caso 1”.

Perante as evidencias relacionadas com o ensino ao doente, como EE criaram-se planos de intervenção individualizados direcionados para as necessidades dos doentes e respetivos cuidadores, com vista à prevenção de complicações e controlo da doença, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios (O.E., 2018). Neste processo, foi essencial promover a reflexão no seio da equipa para a necessidade de adaptar os ensinamentos às necessidades do doente, o que nem sempre era verificado, por outro lado, abordagem descrita em ambos os estudos de caso espelham esta individualização dos cuidados.

Uma oportunidade de melhoria identificada foi a necessidade de manter a coerência entre os ensinamentos e as práticas adotadas no contexto de estágio, especialmente no que se refere à administração de medicamento e à gestão do consumo de líquidos, garantindo que as orientações seguidas, estejam alinhadas com as recomendações estabelecidas. Nesse sentido, foi incentivada a reflexão e o debate dentro da equipa, visando aperfeiçoar as estratégias para o futuro.

Outra conclusão relevante da investigação foi que a autoeficácia é fundamental para melhorar a adesão e a autogestão da ingestão de líquidos, promovendo a autonomia do doente (Mailani et al., 2021; Masoud et al., 2023; Perdana & Yen, 2021; Vr & Kang, 2023). Neste âmbito, verificou-

se algum desconhecimento por parte da equipa de enfermagem quanto à teoria da autoeficácia e ao seu benefício na adesão, pelo que a partilha do conhecimento com os pares contribuiu para adequar as estratégias de intervenção especializadas de forma racional, coerente e articulada, promovendo o autoconhecimento e a capacitação do doente e respetivo cuidador, uma competência do EE essencial para promover a autoeficácia (O.E., 2018).

Constatou-se que o suporte familiar e social é crucial para facilitar a autogestão de líquidos, melhorando a adesão e a qualidade de vida (Mailani et al., 2021). O envolvimento do cuidador nos ensinamentos revelou-se um fator facilitador na adesão, especialmente quando o cuidador é o responsável pela compra e confeção dos alimentos. Por outro lado, o reforço do apoio empático, no sentido de simplificar o autocontrolo da ingestão de líquidos, foi também essencial.

Estas conclusões destacam a importância de uma abordagem educativa personalizada e de suporte contínuo na intervenção do enfermeiro, promovendo a autoeficácia e a adesão à autogestão do RT. Neste sentido, as investigações posteriores focaram-se na identificação das melhores evidências científicas sobre o ensino da autogestão de líquidos e na aplicação da teoria da autoeficácia para capacitar e empoderar doentes com DRCT, as quais foram explanadas nos enquadramentos dos casos clínicos.

Como abordado nos enquadramentos do caso 1 e caso 2, devem ser evitadas ultrafiltrações >10 ml/kg/h e GPI $>4,8\%$, o que exige estratégias como pesagem diária e controlo rigoroso de líquidos, dada a sua associação à maior mortalidade (Amado, 2021; KDOQI, 2006). A dificuldade na autogestão dos líquidos por parte dos doentes leva a GPI excessivos, verificando-se na prática uma preocupação por gerir a UF de forma que o doente tolere, mas atinja o peso seco no final da semana, evitando dialises extras pouco apetecíveis e riscos devido à sobrecarga de líquidos, especialmente ao fim de semana, (período mais longo sem tratamento). No entanto, para atender a todos estes aspetos, é frequentemente ultrapassado o limite de UF recomendado, apesar dos riscos conhecidos. Esta situação realça a importância de uma intervenção preventiva mais eficaz que minimize estes GPI excessivos. Como mencionado anteriormente, é fundamental sensibilizar os profissionais para uma educação ajustada às necessidades do doente, garantindo uma abordagem coerente e sistemática que promova ganhos efetivos. Um exemplo prático é o ensino sobre a avaliação da pesagem diária, que deve ser iniciado já no final do tratamento, incentivando a comparação entre o peso pós-diálise e o peso seco. Da mesma forma, o registo da ingestão de líquidos pode ser trabalhado através do treino de cálculo mental com base no lanche consumido durante o tratamento bem como da restrição hídrica no momento da toma de medicamentos durante a dialise. Além disso, para doentes com FRR, a avaliação regular do débito urinário deve ser incentivada (Amado, 2021; KDOQI, 2006). No entanto, estes aspetos são frequentemente abordados de forma muito teórica, sem considerar o contexto individual de cada doente, o que pode dificultar a sua consciencialização e adaptação ao RT.

Outro aspeto passível de aprimoramento na PBE diz respeito ao papel do enfermeiro na prevenção da anemia. De acordo com Kliger et al. (2013), a monitorização da hemoglobina é essencial, devendo-se minimizar as perdas sanguíneas. Em caso de anemia, a correção deve ser feita por meio da administração de agentes estimuladores da eritropoiese e ferro, mantendo a concentração de hemoglobina entre 9,5-10g/dl e 11,5g/dl, em situações mais graves, pode ser necessária a transfusão sanguínea (Kliger et al., 2013).

No contexto do estágio, identificou-se a oportunidade de reduzir as perdas sanguíneas ajustando os valores de heparinização e aumentando a reinfusão, de modo a minimizar a quantidade de sangue rejeitada no CEC. Além disso, ponderou-se implementação da devolução do sangue presente no prolongamento da agulha arterial, que, embora represente cerca de 2 ml por procedimento, ao longo de um mês pode totalizar aproximadamente 24 ml de sangue recuperado, contribuindo para a preservação do volume sanguíneo do doente.

A consciencialização do doente sobre a importância de cumprir a prescrição de HD é outro fator crucial, especialmente no que diz respeito ao tempo de tratamento e ao volume de UF tolerável. Além disso, a adesão aos diuréticos, quando há FRR, desempenha um papel fundamental na eficácia do tratamento. (Amado, 2021; KDOQI, 2006). Com base na Teoria das Transições de Meleis, a consciencialização é um elemento central para facilitar o processo de transição saúde-doença, permitindo ao doente desenvolver estratégias adaptativas que favoreçam a sua qualidade de vida. Ao compreender e integrar gradualmente as mudanças associadas à sua condição, o doente torna-se mais capacitado para assumir um papel ativo na gestão do seu estado de saúde, promovendo uma adaptação saudável e uma transição bem-sucedida ao longo do percurso da doença (Meleis, 2010)

Com o objetivo de adaptar o ensino às necessidades individuais dos doentes, foram desenvolvidos ensinamentos dinâmicos, no qual foram facultadas ferramentas de apoio que inclui informações abordadas, incorporam métodos de teach-back e um campo próprio para contratualizar etapas para a autogestão dos líquidos e registo da monitorização diária (ANEXO 9 – Conselhos dietéticos para doentes - Limitar a ingestão de líquidos). As necessidades formativas foram identificadas com base num questionário específico (ANEXO 10 – Questionário diagnóstico sobre autogestão de líquido).

Para orientar as intervenções com base nas evidências científicas, foi criado um guião de estratégias (ANEXO 11 - Guião de estratégias para desenvolver competências para promover adesão à gestão de líquidos e promover a autogestão de líquidos), o qual foi continuamente adaptado às características individuais dos doentes acompanhados.

A adaptação a novos desafios e mudanças ao longo da vida é um processo complexo, influenciado por fatores individuais e ambientais. Neste contexto, a Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura e a Teoria das Transições de Afaf Meleis apresentam abordagens complementares para compreender o impacto das crenças individuais na capacidade de gerir

mudanças e desafios em saúde.

A Teoria da Autoeficácia, desenvolvida por Bandura, explica que a percepção que um indivíduo tem sobre a sua própria capacidade para realizar determinadas ações, influencia diretamente o seu comportamento, motivação e adaptação a novas situações (Bandura, 1978, 1997). Usando a autogestão dos líquidos como exemplo, aplicou-se esta teoria, realizando ensino gradual com contratualização de etapas realistas passíveis de serem concretizadas, reforçou-se positivamente cada conquista, de forma que a consciência do sucesso contribuisse para o empoderamento da autoeficácia e consequentemente para a capacitação e envolvimento do doente no seu plano de tratamento. O EE ao reconhecer as necessidades de intervenção especializada no âmbito da gestão dos líquidos considerando as implicações e complicações inerentes, pode adequar a sua intervenção de forma a apoiar o doente e respetiva família ou cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença (O.E., 2018).

Essa percepção é moldada por diversas experiências, como sucessos anteriores, observação de outras pessoas em situações semelhantes, reforço social e estados emocionais e fisiológicos. Quanto maior a autoeficácia, maior a probabilidade de persistência perante dificuldades e adoção de estratégias eficazes para a resolução de problemas, tornando-se um fator determinante na gestão da própria saúde (Bandura, 1978, 1997). O incentivo à partilha de experiências positivas sobre a autogestão do RT entre os doentes durante o turno, revelou-se uma boa contribuição neste contexto, na medida em que doentes mais experientes e com bom autocontrolo se tornaram exemplo de esperança fomentando a autoconfiança do doente. Por outro lado, educar os familiares para a importância do reforço das pequenas conquistas e do apoio focado nas aprendizagens conseguidas com os fracassos foi também uma excelente aliança para o sucesso.

Desta forma o EE valoriza o potencial do doente e respetivos familiares ou cuidadores na transição saúde doença, capacitando-o para a autogestão (O.E., 2018). Infelizmente, apesar dos esforços, as questões emocionais e a ausência de apoio social parecem ter um impacto negativo na construção da autoeficácia o que se repercute na adesão, como verificado no caso 1, em que o sucesso das intervenções ficou aquém do desejado.

Por outro lado, a Teoria das Transições, formulada por Meleis, analisa os processos de mudança vivenciados pelos indivíduos ao longo da vida, sobretudo no contexto da saúde e da doença. A transição é compreendida como a passagem de um estado ou condição para outro, sendo influenciada pelo grau de preparação, pelo conhecimento disponível e pelo suporte social. A forma como um indivíduo percebe e enfrenta essa transição tem um impacto direto na sua adaptação e nos resultados obtidos (Meleis, 2010). Quando o doente percebe que é capaz de controlar e gerir a sua própria vida apesar das limitações impostas pela DRCT, os padrões de resposta são positivos, como é exemplo o doente do caso 2, que revela com orgulho e confiança, habilidades para fazer autogestão dos quelantes nos dias de pequenos almoços em

família que não quer abdicar; além da capacidade para analisar o nível de fosforo, potássio, sódio e líquido das refeições e fazer escolhas com base nas preferências, mas doseando o consumo, bem como a escolha dos dias de semana para pequenos abusos pontuais. Esta autogestão permitiu-lhe manter convívios com os amigos e familiares, garantindo a satisfação com a sua qualidade de vida e obter bons resultados nos indicadores de saúde. O sucesso das intervenções neste caso foi sustentado na capacidade de avaliar o impacto que as restrições alimentares tinham na qualidade de vida e bem-estar do doente e família, e estabelecer planos individualizados que maximizassem a autonomia e qualidade de vida, respeitando as preferências do doente (O.E., 2018).

Além da definição de objetivos, é fundamental compreender os significados que o doente atribui à ingestão de líquidos, bem como as experiências anteriores de autogestão. Como referido anteriormente, os ensinamentos realizados pelos enfermeiros eram muito padronizados, considerando pouco o contexto do doente o que foi alvo de discussão e reflexão junto da equipa de enfermagem, tendo percebido que esse papel era atribuído à nutricionista e cabia ao enfermeiro realizar o reforço da informação. No entanto, considerando a relação de proximidade do enfermeiro pelas horas de contacto com o doente, face ao contacto esporádico da nutricionista, suscitei a reflexão sobre as competências definidas pela O.E. (2018) e a condição privilegiada do EE para estabelecer uma relação terapêutica eficaz e adaptar a comunicação ao doente, de forma a explorar necessidades específicas do doente que orientem a intervenção especializada. Questionando se não deveria ser o enfermeiro a fomentar as estratégias de autogestão em parceria com a nutricionista (O.E., 2018).

Esta reflexão é sustentada na Teoria das Transições que destaca a importância do envolvimento ativo do doente no seu próprio processo de mudança, tornando-o protagonista da sua adaptação. O desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz entre enfermeiro e doente é um elemento essencial para que essa participação ativa aconteça (Meleis, 2010).

Desenvolver uma relação terapêutica eficaz implica muitas vezes a adaptação da comunicação para responder às necessidades de doentes com défices sensoriais ou para manter o sigilo e a privacidade em contextos “open space”, como abordado no “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”. Estas circunstâncias constituíram um desafio relevante promotor do desenvolvimento de competências e técnicas de comunicação (O.E., 2019). Um exemplo ilustrativo foi a interação com uma doente cega e surda, em que a comunicação foi estabelecida através da soletração de palavras na palma da sua mão. Esta abordagem revelou-se extremamente eficaz, demonstrando a importância da adaptação das estratégias comunicacionais para assegurar uma relação terapêutica adequada.

A articulação entre a Teoria da Autoeficácia e a Teoria das Transições permite compreender que a adaptação a mudanças não depende apenas da informação transmitida e do suporte externo, mas também da forma como o indivíduo percebe as suas próprias capacidades. Quando a

autoeficácia é fortalecida, há maior predisposição para enfrentar desafios, ultrapassar dificuldades e desenvolver estratégias eficazes de adaptação. Da mesma forma, uma transição bem-sucedida requer conhecimento, suporte e um sentido de confiança na capacidade de lidar com a mudança (Bandura, 1978, 1997; Meleis, 2010).

Dessa forma, ao aplicar estratégias que promovem a autoeficácia, o enfermeiro está a facilitar uma transição mais saudável e adaptativa para o doente. Elementos como a consciencialização, o envolvimento e a adaptação ao contexto da mudança são fundamentais para esse processo, demonstrando a interligação entre as duas teorias na promoção de melhores resultados em saúde e maior bem-estar (Bandura, 1978, 1997; Meleis, 2010). Utilizando a autogestão de líquidos como exemplo desta relação, verificou-se um maior envolvimento a partir do momento em que o doente se consciencializou dos volumes de líquidos ingeridos e eliminados através da sua medição ou do cálculo da diferença entre o peso pós dialise e o peso seco. O mesmo acontece com a consciencialização do efeito do sal no autocontrolo dos líquidos e com a compreensão dos objetivos a atingir a nível dietético, que favoreceram a capacidade de adaptação no contexto específico do doente. Esta consciencialização, promoveu o envolvimento e adaptação do doente ao seu RT, que por sua vez, resultou em pequenos sucessos que empoderaram a sua autoeficácia, tendendo para um ciclo positivo de motivação e mudança de comportamento, que se reflete numa transição saúde doença-saudável.

Também no que se refere à validação da informação por parte dos doentes, foi identificado potencial para melhorar o conhecimento e a consciencialização em vários âmbitos que implicam uma transição de cuidados. Nomeadamente, doentes inscritos em lista de transplante, com o respetivo seguimento em consulta hospitalar, demonstraram um conhecimento muito reduzido sobre o transplante, particularmente no que se refere ao período pós-operatório imediato e aos possíveis efeitos secundários da terapêutica imunossupressora.

Esta lacuna no conhecimento é corroborada por Chadban et al. (2020), que destacam a falta de informação como um fator crítico que pode comprometer a adesão ao RT após o transplante. A não adesão, que se manifesta na omissão da toma de medicamento, na falta a análises laboratoriais e consultas, é uma das principais causas de rejeição e perda do enxerto, agravando-se com o tempo. Além disso, vários fatores contribuem para essa não adesão, incluindo baixa literacia em saúde, crenças de saúde inadequadas, baixo nível socioeconómico, comprometimento cognitivo, suporte social limitado, distúrbios psiquiátricos e abuso de substâncias, sendo que a falta de informação pode exacerbar significativamente estes fatores.

Deste modo, torna-se evidente a importância da avaliação pré-transplante como estratégia fundamental para mitigar o risco de não adesão, garantindo que os doentes compreendem a importância do cumprimento rigoroso da terapêutica imunossupressora e do seguimento médico. A avaliação deve incluir padrões de adesão prévios, nomeadamente no que respeita à diálise, outras consultas médicas e à toma do medicamento, permitindo identificar

precocemente doentes em risco de não adesão e implementar intervenções educativas e de aconselhamento direcionadas (Chadban et al., 2020).

Além disso, a não adesão aos imunossupressores não só aumenta o risco de rejeição e perda do enxerto, como também contribui para um risco acrescido de sensibilização, o que pode comprometer futuras oportunidades de transplante (Chadban et al., 2020). Assim, a implementação de estratégias educativas e de suporte torna-se essencial para assegurar o sucesso do transplante e promover a continuidade dos cuidados, reforçando a autonomia do doente através de um consentimento informado baseado em conhecimento e compreensão (Chadban et al., 2020; Kasiske et al., 2010; Tantisattamo & Maggiore, 2024). Neste contexto, o EE desempenha um papel fundamental na parceria com a equipa multidisciplinar, assegurando uma avaliação prévia rigorosa do doente candidato a TR. Com base nesta avaliação, foi aplicada e fomentada a implementação de intervenções educativas e de aconselhamento direcionadas, promovendo o envolvimento ativo do doente no seu próprio processo terapêutico, reduzindo barreiras à adesão e otimizando os resultados do transplante (O.E., 2018, 2019).

No que diz respeito ao AV, verificou-se que o conhecimento dos doentes se concentra, sobretudo, nos riscos e benefícios de cada tipo de acesso. No entanto, apresentam um entendimento limitado quanto aos cuidados necessários após a intervenção. Esse achado é corroborado por Vaz (2023), que evidenciou no seu estudo que, apesar de 68% dos doentes terem recebido informação após a construção da fístula, 48% não souberam mencionar quaisquer cuidados a serem adotados posteriormente (Vaz, 2023).

Durante o estágio de observação no Gabinete de Estudo Vascular (GEV), constatou-se que não era transmitida informação detalhada sobre o procedimento a que o doente seria submetido, presumindo-se que essa orientação já tivesse sido fornecida previamente em consulta. No entanto, apesar dos doentes relatarem terem recebido informações sobre o procedimento, a maioria não conseguia reproduzir esse conhecimento com precisão.

Observou-se, ainda, que o acompanhamento no recobro era realizado por enfermeiros sem formação específica em diálise, o que resultava na ausência de ensinamentos sobre autocuidados com a FAV. Ao abordar os enfermeiros sobre essa questão, verificou-se que, além da suposição de que os doentes já haviam sido previamente informados, a falta de formação específica em diálise e cirurgia vascular foi reconhecida como uma limitação. A mesma situação foi observada ao questionar doentes em contexto de HD, após consultas de AV ou procedimentos de construção da FAV.

Dessa forma, identificou-se uma oportunidade de melhoria na organização da equipa responsável pelo AV, com o objetivo de validar a capacitação dos doentes e reforçar os ensinamentos sobre os cuidados necessários. Além disso, torna-se essencial uma intervenção no contexto da HD, de modo a minimizar o impacto do ambiente hospitalar, que pode induzir o stress do internamento — uma resposta emocional e psicológica negativa decorrente da transição

abrupta para um ambiente desconhecido e frequentemente desconfortável, como o hospital, podendo comprometer a capacidade de compreender e reter informações.

Conceitos como analfabetismo situacional em saúde (dificuldade temporária de assimilação de informações devido a fatores emocionais ou contextuais, como o ambiente hospitalar), cegueira informacional (incapacidade de processar ou perceber informações relevantes devido à sobrecarga emocional ou cognitiva) e carga cognitiva do doente (quantidade de informação que uma pessoa consegue processar em determinado momento, sendo potencialmente excessiva em contextos de elevada tensão) demonstram como os fatores ambientais e emocionais influenciam negativamente a assimilação de informações médicas. Além disso, a síndrome da bata branca, caracterizada pela ansiedade desencadeada pela presença de profissionais de saúde, pode comprometer a compreensão das orientações recebidas, dificultando a adesão ao tratamento (Wickens & Carswell, 2021).

Ao realizar os ensinamentos no contexto da diálise, um ambiente mais familiar para o doente, é possível mitigar esses efeitos adversos. Este ambiente proporciona maior conforto e reduz a ansiedade, favorecendo uma relação terapêutica mais eficaz com os profissionais de saúde. Consequentemente, a familiaridade e o ambiente acolhedor da diálise facilitam a assimilação da informação, promovendo uma tomada de decisão mais consciente e orientada no momento do consentimento informado para os respectivos procedimentos como também, poderá melhorar adesão ao tratamento e obter resultados clínicos mais positivos.

Como referido no “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”, o direito de escolha pressupõe um papel ativo do utente nas decisões sobre a sua saúde, sendo essencial que a informação fornecida seja clara, completa, objetiva e compreensível, para garantir decisões verdadeiramente informadas e o exercício da autonomia (O.E. 2015; Silva, 2014). O acesso a informações claras facilita a decisão sobre o tratamento e tipo de acesso para diálise, promovendo uma transição mais equilibrada e uma melhor adesão e aceitação da condição de saúde (Bekker et al., 2023; Fishbane et al., 2017).

Diante deste cenário, tornou-se uma prioridade validar a informação previamente obtida pelo doente e colmatar eventuais lacunas, promovendo o seu empoderamento e incentivando uma reflexão consciente. Procurou-se garantir o direito à informação relevante, assegurando que os doentes compreendam todos os aspetos antes de ser solicitado o consentimento, de modo a orientar a tomada de decisão do doente, baseando-me na deontologia profissional (O.E., 2019).

Relativamente à prevenção e controlo de infeção, como foi abordado no “domínio da melhoria contínua da qualidade” e será também abordado no próximo tópico, evidenciaram-se competências de liderança neste âmbito demonstradas através da supervisão e dinamização de ações de formação, dirigidas aos doentes, sobre a higienização do braço da FAV, uso de luva na realização de hemóstase e colaboração no cumprimento de assepsia durante o manuseamento do CVC; bem como, sobre a higienização das mãos e uso de máscara para prevenção de

transmissão do vírus da gripe e reforço das medidas protocoladas para doentes com KPC.

Além de influenciar a adaptação às transições em saúde, a autoeficácia também tem um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos. Estudos recentes demonstram que a percepção da própria capacidade de gerir desafios influencia diretamente a forma como os doentes vivenciam a sua condição de saúde, refletindo-se na qualidade de vida global (Oktarina et al, 2022; Rantepadang et al, 2024).

No caso específico dos doentes com DRC, submetidos a HD, a qualidade de vida é frequentemente afetada devido às exigências do tratamento e às limitações impostas pela doença. A HD, apesar de essencial para a sobrevivência, representa um desafio em múltiplas dimensões, incluindo o bem-estar físico, psicológico e social. A fadiga, o desconforto físico e as alterações na imagem corporal são algumas das dificuldades enfrentadas, enquanto no âmbito emocional, a ansiedade, a depressão e a baixa autoestima podem comprometer a adaptação à nova realidade. A nível social, a limitação das interações e o afastamento do ambiente habitual também contribuem para uma diminuição na percepção de qualidade de vida (Yonata et al., 2022).

No contexto de estágio houve oportunidade de colher dados junto dos doentes, através da entrevista inicial, tendo em algumas situações identificado sinais de ansiedade, baixa autoestima, isolamento social e desmotivação para definir e alcançar objetivos, indicando um nível reduzido de autoeficácia (Rantepadang et al, 2024). Neste contexto o EE deve estar especialmente desperto para as implicações e complicações inerentes à DRCT, reconhecendo que a gestão desta doença pode induzir stress e avaliar o impacto que as mesmas têm na qualidade de vida e bem-estar do doente e respetiva família. Fundamentando-se nos dados recolhidos deve priorizar as necessidades identificadas e intervir no sentido da satisfação das mesmas (O.E., 2018).

O recurso a instrumentos validados, como a Escala de HADS para avaliar níveis de ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007) e o questionário validado sobre qualidade de vida para doentes renais crónico (Ferreira et al., 2008) e, constituíram uma ferramenta relevante para aferir a colheita de dados e aumentar a acurácia no diagnóstico de ansiedade e despistar uma possível depressão.

Neste contexto, foi possível identificar condições que exigiram acompanhamento e intervenção, como ansiedade, que impacta negativamente a autoeficácia e a capacidade de autogestão; a disfunção sexual e a desmotivação, que se demonstraram os maiores fatores penalizadores de qualidade de vida.

Para abordagem da disfunção sexual, a metodologia PLISSIT demonstrou-se eficaz na abordagem da disfunção sexual, uma vez que permitiu desmistificar e desconstruir tabus em torno do tema, facilitando o acesso ao conhecimento sobre o assunto, caso o problema se

manifestasse.

A título de exemplo, no caso 1, o tema foi abordado na entrevista, no entanto, o doente negou qualquer problema a nível sexual, tendo sido disponibilizada informação sobre eventuais disfunções sexuais comuns no DRCT, bem como, respetivos tratamentos possíveis. Além disso, foi disponibilizado apoio, no caso de surgirem eventuais problemas no futuro. Posteriormente, utilizou-se o questionário sobre a qualidade de vida como estratégia para fomentar a abertura na discussão do problema, tendo resultado na identificação de disfunção erétil.

Tal como referido previamente, a falta de privacidade numa sala de dialise é uma limitação. Assim, o EE deve estar desperto para as condições para abordar determinados temas. Não havendo condições em contexto da clínica, emergiu a possibilidade de realizar teleconsulta planeada, para abordar o tema, em momento oportuno para o doente. Segundo Galhanas et al, (2024), a teleconsulta ampliou o acesso aos cuidados de saúde, promoveu um atendimento personalizado e eficiente, e teve um impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem (Galhanas & Frias, 2024). Neste caso em particular, além de evitar deslocações, permitiu explorar a possível etiologia da disfunção sexual, com maior privacidade e foram divulgadas medidas não farmacológicas. Contudo, considerando tratar-se de um problema crónico com etiologias múltiplas, recomendou-se o encaminhamento para a nefrologista, com a possibilidade de referenciação posterior para urologia e psicologia (Almeida et al., 2021).

Foi também identificada a necessidade de intervenção na cessação tabágica em vários doentes, contudo o EE deve antecipar dificuldades e identificar se o doente dispõe das condições necessárias para lidar com este desafio (O.E., 2018), como é o caso do risco de recaída devido ao impacto da ansiedade descontrolada, presente no caso 1 (Garim, 2024; Pawlina et al., 2015). Assim, deve priorizar as intervenções especializadas de forma a minimizar complicações como a recaída, atuando preventivamente nos fatores de risco e fundamentando a intervenção e tomada de decisão na evidencia científica atual (O.E., 2018). Perante esta atuação, as intervenções foram individualizadas com base nas características e contexto do doente e envolvendo o mesmo, resultando por vezes em atuações divergentes, como são exemplo os dois casos estudados. No Caso 1, apesar da necessidade urgente de ganhos em saúde e do potencial para melhorar a qualidade de vida, concluiu-se que não era o momento mais adequado para a intervenção e priorizou-se a intervenção na ansiedade e na motivação para adesão à cessação tabágica. Por outro lado, no Caso 2, dado que o doente demonstrava um nível mais elevado de autoeficácia e dispunha de um contexto emocional e familiar favorável, optou-se por implementar um plano de ensino personalizado, complementado com estratégias de suporte para a gestão da cessação tabágica.

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o doente desempenha um papel crucial na adesão ao tratamento e na promoção de uma transição mais harmoniosa para viver com a doença crónica. A comunicação eficaz e a capacidade de envolver a família/cuidador no

processo de cuidar são determinantes para a obtenção de melhores resultados na gestão da DRCT (Piedade et al., 2024).

A relação terapêutica desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da autoeficácia e na promoção de uma transição saudável entre saúde e doença. Uma relação terapêutica sólida, caracterizada por comunicação assertiva, escuta ativa e empatia, pode fortalecer a confiança do doente nas suas capacidades de gerir a própria saúde, facilitando a adesão ao tratamento e a implementação de mudanças comportamentais necessárias (Sampaio et al, 2023).

A relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente são fundamentais para promover autoconhecimento, reforço dos recursos internos, identificar e analisar significados e promover consciencialização de forma alcançar mudanças ou reduzir estados percebidos como negativos pelo doente (Sampaio et al, 2023).

A autoeficácia é um dos princípios da entrevista motivacional, que por sua vez se baseia e promove a relação terapêutica. Nesta relação o enfermeiro deve ver a pessoa como agente da mudança, levando a mesma a acreditar nas suas capacidades e, simultaneamente, responsabilizá-la pelos seus comportamentos e respetivas consequências, demonstrando confiar nela. Assim, com base no que foi descrito anteriormente podemos considerar que uma boa relação terapêutica contribui para transições bem-sucedidas (Sampaio et al, 2023).

A revisão bibliográfica realizada, reforça a importância da autoeficácia na gestão da DRC e destaca o papel do enfermeiro como facilitador do processo de adaptação do doente ao seu RT. A implementação de estratégias de ensino individualizado, o reforço da relação terapêutica e a antecipação de dificuldades emergem como fatores essenciais para a promoção de uma adesão mais eficaz e sustentada (O.E., 2018).

A prática de enfermagem especializada deve centrar-se na capacitação do doente e na promoção da sua autonomia, garantindo uma abordagem holística e fundamentada nas melhores evidências científicas (O.E., 2018). Ao integrar os princípios da autoeficácia e da Teoria das Transições, o enfermeiro assume um papel determinante na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DRCT, promovendo não apenas a adesão ao tratamento, mas também o seu bem-estar global.

MAXIMIZAR O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

Outro objetivo geral estabelecido foi: “Maximizar o ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRCT, na vigilância e patência do AV”. Para alcançar este objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: prevenção de aneurismas e diagnóstico precoce de complicações no AV, com o intuito de garantir a sua patência e funcionalidade a longo prazo. Para dar resposta a este objetivo foi efetuada uma pesquisa

abrangente da literatura científica e das guidelines atuais sobre o AV. Este processo permitiu consolidar conhecimentos essenciais para prevenir o desenvolvimento de aneurismas e assegurar a patência do AV.

O enfermeiro tem uma posição privilegiada na monitorização do acesso, visto que é ele quem efetua a canulação três vezes por semana. Assim, a análise física e a monitorização de indicadores de patência do acesso, realizado pelo enfermeiro, é essencial na vigilância do AV, permitindo identificar precocemente alterações na FAV e prevenir complicações, como aneurismas. A formação prática para aprimorar as competências dos enfermeiros na avaliação do AV é essencial para promover punções mais seguras e uma deteção precoce de fatores de risco (Silva et al., 2020; Sousa, 2014). O EE, ao efetuar a gestão do acesso e a formação da equipa, dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo de sinais e sintomas relacionados com o AV, vital para a sobrevivência da pessoa com DRC (O.E., 2018). Este papel foi evidente durante o acompanhamento dos ER, na monitorização e vigilância dos acessos. A partilha de conhecimentos e instruções baseadas em evidência científica, aliada à avaliação física supervisionada e sem pressões de tempo, proporcionou uma excelente oportunidade para o desenvolvimento de competências na avaliação do AV, interpretação de indicadores de patência do mesmo e tomada de decisão fundamentada nos achados clínicos. Estas competências revelaram-se valiosas não só na minha prática clínica, no diagnóstico de complicações e na tomada de decisão, mas também no meu papel como coordenadora da formação, no meu contexto profissional, permitindo-me orientar a capacitação dos enfermeiros sobre AV.

Ao integrar este conhecimento na prática clínica, promoveu-se a segurança e qualidade dos cuidados especializados e o autocuidado para maximizar a autonomia e segurança da pessoa com DRCT através da capacitação, o que se alinha com as competências do EE (O.E., 2018).

Assim, com base na análise das guidelines e dos artigos selecionados, foram identificadas as seguintes conclusões essenciais para fundamentar a tomada de decisão, as quais foram abordadas nos enquadramentos do caso 1 e 2.

Entre outros conhecimentos importantes realça-se a distinção entre dilatação aneurismática, aneurisma e pseudoaneurisma, essencial para a tomada de decisão acerca do local de canulação, visto que se pode canular uma dilatação aneurismática e até canular ambas as laterais se o diâmetro for superior a 0,9 mm (Schmidli et al., 2018)

Por outro lado, a canulação de aneurismas está associada ao seu crescimento e complicações, como pseudoaneurismas com risco de rutura. Além disso, os aneurismas alteram a imagem corporal, o que pode ter implicações na autoestima do doente (Schmidli et al., 2018; Silva, 2020). Como EE, estive desperta para eventuais alterações no AV e na perceção da autoimagem por parte do doente e interviemos como gestores de risco, atuando com base nas diretrizes para AV, quer na nossa prática clínica, quer na supervisão e formação dos pares.

Conhecimentos relacionados com o diagnóstico e tratamento, abordados no enquadramento do caso 2, são fundamentais na monitorização e tomada de decisão quanto à necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular (British Renal Society, 2018; Lok et al., 2020; Silva, 2020)

Além disso, as diretrizes de prática clínica do KDOQI, recomendam a utilização de canuladores qualificados com elevadas taxas de sucesso para as canulações iniciais de acessos AV, uma vez que podem evitar lesões de infiltração primária, bem como considera razoável que os enfermeiros recebam formação estruturada e supervisão antes e durante as suas primeiras tentativas de canulação, bem como atualizações regulares para manter a competência. Neste contexto, a documentação das complicações da canulação deve servir de indicador para avaliar o canulador e planear as necessidades de formação (Lok et al., 2020).

Como EE, elemento dotado de conhecimento que sustenta a tomada de decisão quanto à canulação e com experiência nesta prática clínica, não só foram tomadas decisões relativas à técnica e local de canulação, como foram realizadas avaliação de competências e supervisão contínua de outros canuladores, bem como intervenções individualizadas, contribuindo para a consciencialização e capacitação. Ao gerir estas circunstâncias que potenciam a ocorrência de eventos adversos relacionados com a canulação, como a infiltração, o hematoma, desenvolvimento de aneurismas, garante a segurança e o sucesso da canulação, minimizando complicações e otimizando a vida útil do AV.

A avaliação, monitorização e vigilância do AV é fundamental. A avaliação refere-se à avaliação da adequação dos vasos para a criação do acesso. A monitorização diz respeito à evolução do AV, enquanto a vigilância fornece informações suplementares para decisões terapêuticas (Lok et al., 2020).

A monitorização é realizada por todos os enfermeiros no momento da canulação, os quais são capacitados e supervisionados pelos EE e incentivados a notificar todos os incidentes informaticamente. Já a vigilância é realizada pelos ER, que são maioritariamente EE. Neste contexto realizou-se análise da tendência de parâmetros como: o fluxo sanguíneo (Qa), as pressões arteriais e venosa, as medidas do Rácio de Redução da Ureia (URR), Kt/V e recirculação, para identificar estenoses ou trombozes, considerando a existência de sinais e sintomas como: dificuldades na canulação, sangramento prolongado, alteração na monitorização (Lok et al., 2020). O EE, deve estar desperto para uma tendência ao longo dos vários tratamentos, na qual se verifica uma redução do URR e do Kt/v e aumento da pressão venosa, alertando-o para a necessidade avaliação aprofundada, que inclui o cálculo do Qa e da Recirculação e a análise de problemas de canulação e de hemóstase, demonstrando competências de avaliação com base nas respostas da pessoa e nos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (O.E., 2018).

A vigilância e a monitorização do acesso são cruciais para garantir a patência e funcionalidade

deste, bem como a eficácia da HD, o EE em EMCPSC assume papel preponderante no diagnóstico precoce de forma a estabelecer intervenções adequadas em tempo útil, demonstrando competências de avaliação clínica contínua e precisa (O.E., 2018). Embora o ER, garanta a vigilância, é essencial que todos os colaboradores estejam despertos para alterações no Kt/v, além dos achados na avaliação física e os reportem atempadamente, bem como, façam a gestão do tratamento e respetivos ensino de forma a prevenir riscos, especialmente, na impossibilidade de atingir a eficácia desejada (Lok et al., 2020). Neste contexto, além de monitorizar a eficácia do tratamento, sensibilizou-se a equipa para a monitorização destes indicadores todos os tratamentos, bem como para a gestão de eventuais ajustes no RT em parceria com a equipa médica.

Outros indicadores importantes como os resultados analíticos mensais, nomeadamente o doseamento sérico de potássio e fósforo (Ikizler et al., 2020), e o GPI (Amado, 2021; KDOQI, 2006), que refletem a eficácia da nossa intervenção e o progresso do doente (O.E., 2018), foram considerados como linha orientadora para reformular as intervenções como evidenciado nos casos clínicos desenvolvido.

Além de analisar estes indicadores e dados resultantes da monitorização, é importante considerar o local de construção do AV, aquando da monitorização, uma vez que este influencia a sua durabilidade e funcionalidade, na medida em que as complicações variam conforme o tipo de acesso (Silva, 2020; Lok et al., 2020). Enquanto EE, realizamos a avaliação detalhada dos AV, ajustando a nossa observação às particularidades de cada tipo de FAV ou EAV.

A FAV radiocefálica, localizada no antebraço, utilizando a artéria radial e a veia cefálica, apresenta uma menor incidência de síndrome de roubo, mas tem uma elevada taxa de falha de maturação (20-60%) e um risco aumentado de estenose, trombose e pseudoaneurismas (Silva, 2020; Lok et al., 2020). Outras FAV, como as que utilizam a veia perfurante média do antebraço, a veia perfurante profunda braquial/radial e a veia cubital mediana braquial, também exigem um acompanhamento rigoroso devido à maior suscetibilidade à trombose e à maturação lenta, à semelhança da FAV radiocefálica. Assim, na prática clínica, avaliamos a maturação do acesso, entre quatro a seis semanas após a construção, identificamos o desenvolvimento de veias acessórias, observamos sinais de estenose e dificuldades na canulação (Silva, 2020).

A FAV braquiocefálica, abordada em pormenor no enquadramento do caso 1 e 2, apresenta um risco acrescido de síndrome de roubo devido ao maior fluxo sanguíneo, além das complicações comuns, como estenose, trombose e aneurismas (Schmidli et al., 2018; Silva, 2020). À semelhança da FAV braquiobasílica, que utiliza a veia basílica e a artéria braquial, requer frequentemente transposição cirúrgica para facilitar a canulação (Silva, 2020). Durante a avaliação, damos especial atenção à deteção precoce de estenose e a sinais de síndrome de roubo (Lok et al., 2020).

Nos EAV, opção para doentes sem veias adequadas para uma FAV, o risco de infeção é mais

elevado e as complicações incluem pseudoaneurismas e estenose, sobretudo na anastomose enxerto-venosa (Silva, 2020). Assim, na nossa prática, priorizamos a identificação precoce de sinais de infeção e de estenose, prevenindo complicações como trombose (Lok et al., 2020).

Esta vigilância contínua permite atuar de forma atempada, assegurando a patência do acesso e a segurança e qualidade nos cuidados prestados visando a longevidade do AV e a qualidade de vida do doente. Esta prática reflete o compromisso com a segurança na administração de processos terapêuticos complexos e com a promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados (O.E., 2018).

De acordo com a teoria das transições de Meleis (Meleis, 2010) o ensino facilita a adaptação do doente à transição para o regime de HD, promovendo um processo saudável e minimizando o impacto psicológico da doença crónica na sua qualidade de vida (Meleis, 2010).

Neste contexto, a capacitação do doente para o autocuidado com o seu AV, assume um papel fundamental não só para promover a longevidade do acesso, como também é parte integrante do processo de transição, o envolvimento do doente no seu RT.

Ao longo do estágio, foram identificadas necessidades de formação nos doentes, tendo por base entrevistas, questionários e métodos validados, de referir o teach-back, ask-me-three e chunk-and-check (Freitas et al., 2019).

Como já abordado nos casos estudados, identificou-se como áreas de intervenção a sensibilização e capacitação para a lavagem do braço antes da diálise, a visualização da FAV, a deteção e alerta de complicações como síndrome de roubo ou trombose, e os cuidados necessários para evitar hematomas, garantir a hemóstase e prevenir hemorragias em contexto domiciliário (Lok et al., 2020; Sousa, 2014).

Esta intervenção foi individualizada com a criação de planos que visaram a capacitação do doente para a gestão do seu processo saúde-doença, favorecendo a adaptação e transição (O.E., 2018).

Neste âmbito, como abordado no “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” o vídeo "Pela sua vida cuide do seu acesso vascular" (ANEXO 12 - Pela Sua Vida Proteja o Seu AV), revelou-se uma contribuição importante para o desenvolvimento de literacia em saúde por parte dos doentes, mas também, foi uma forma de sensibilizar, indiretamente, os profissionais de saúde para a promoção de cuidados como a lavagem do braço, imediatamente antes de entrar na sala de diálise, bem como, manter a visualização do braço do AV, durante o tratamento. Esta abordagem teve como objetivo melhorar a consciencialização dos doentes, potenciando a sua autonomia na gestão do autocuidado. Para tornar a informação apelativa, foi realizada a projeção de vídeo educativo. Segundo DGS, no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde, que enfatiza a utilização de recursos audiovisuais para facilitar a compreensão e retenção da informação (Freitas et al., 2019).

No entanto, foram identificadas limitações nesta metodologia, tais como dificuldades auditivas, visuais e de interpretação na compreensão da informação. Para a sua identificação foram utilizados os métodos de avaliação: teach-back e o ask-me-three.

Para colmatar estas barreiras, foram realizadas sessões individualizadas, permitindo o acompanhamento adaptado às necessidades específicas de cada doente (Freitas et al., 2019). Esta estratégia permitiu ampliar a compreensão por parte dos doentes. Contudo, alguns destes, mesmo compreendendo a informação recusaram deliberadamente a mudança de hábito, justificando esta resistência com o desconforto térmico. Para mitigar este problema, foi proposto como solução manter apenas o local de inserção das agulhas visível e assegurar um ambiente mais aquecido na sala de HD.

Tendo como base as necessidades identificadas, foram também planeadas e implementadas ferramentas individualizadas que visaram a promoção da literacia em saúde. Estas ferramentas, complementadas com a estratégia chunk-and-check, serviram de apoio aos ensinamentos realizados (ANEXO 11 - Guião de estratégias para desenvolver competências para promover adesão à gestão de líquidos e promover a autogestão de líquidos; ANEXO 13- guião de estratégias para prevenção de aneurismas e patência do AV; ANEXO 9 - Conselhos dietéticos para doentes - Limitar a ingestão de líquidos). Estas intervenções, a personalização da informação, bem como a diversificação dos seus formatos, promoveram a compreensão das condições de saúde, capacitando os doentes para a tomada de decisões informadas sobre o tratamento, aumentando assim a adesão à mudança comportamental positiva (Freitas et al., 2019).

Aspetos como dor na canulação, sintomas intra e extradialíticos, alteração da autoimagem, podem interferir significativamente na transição saúde-doença (Amado, 2021). Para amenizar o desconforto causado pela dor na canulação, é crucial incorporar técnicas não farmacológicas, como crioterapia no ponto Hegu, anestésicos locais, uso de garrote e técnicas de distração (Paulo, 2020). Corrobora a O.E. (2018) dizendo que estas estratégias refletem a competência de intervir na gestão da dor aguda e crónica, assegurando um cuidado humanizado e centrado na pessoa (O.E., 2018).

Como referido, anteriormente, na competência “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”, a prevenção da sintomatologia associada à HD é fundamental para o bem-estar do doente, facilitando o processo de transição. Para tal é necessário o trabalho em equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa médica. É fundamental garantir a adequação do peso seco, da UF e da terapêutica anti-hipertensiva, bem como promover a autogestão de líquidos e do restante regime dietético e farmacológico (Amado, 2021).

A garantia da estabilidade hemodinâmica durante o tratamento de HD é outro aspeto crucial para a segurança do doente, especialmente no levante pós término do procedimento. De acordo com Carvalho et al. (2020), existe um elevado risco e prevalência de quedas em doentes submetidos a HD, particularmente em diabéticos ou em pessoas com limitações na mobilidade,

sendo o risco de queda entre 13% a 25% superior ao da população geral. Este estudo destaca que a maioria das quedas (78%) são classificadas como “fisiológicas antecipáveis”, uma vez que o risco já estava identificado previamente. Além disso, o número de quedas após a HD é consideravelmente maior quando comparado ao período pré-tratamento, evidenciando um impacto negativo da HD na estabilidade postural (Carvalho et al, 2020).

Nesta linha de pensamento, o EE em EMCPSC tem um papel fundamental na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados, intervindo como gestor de risco (O.E., 2018). Ao gerir o ambiente e sensibilizar a equipa para adoção de práticas seguras, como avaliar a tensão arterial e a frequência cardíaca com o doente sentado, ensinar e auxiliar o doente de forma a evitar que ele baixe a cabeça, acompanhar o levante e a pesagem, evitar obstáculos ou pisos escorregadios, o EE monitoriza os fatores desencadeantes de quedas e fomenta a cultura de segurança relacionada com este evento adverso.

Por outro lado, a avaliação prévia do risco de queda é um passo essencial na prevenção deste tipo de incidente, sendo a escala de quedas de Morse uma ferramenta útil (Carvalho et al, 2020). No entanto, como já abordado no “domínio da melhoria contínua da qualidade”, não existe um programa consistente de avaliação e notificação de quedas, com adequada identificação dos doentes, constituindo uma oportunidade de melhoria identificada e discutida no seio da equipa.

A realização do estágio coincidiu com o pico da gripe sazonal, o que exigiu um reforço da vigilância epidemiológica e a implementação de medidas preventivas para evitar a propagação da doença. A gripe em doentes renais crónicos pode ter consequências graves, uma vez que estes apresentam um estado imunológico fragilizado, estando mais suscetíveis a complicações como pneumonia ou descompensação do estado clínico (OM, 2017). Com o aumento de casos de internamento por Gripe B, diagnosticou-se a necessidade de tomar medidas preventivas. Iniciou-se a realização do rastreio sistemático de sintomas gripais, bem como a adoção de estratégias de prevenção de contaminação cruzada, nomeadamente, o uso de máscara, o reforço da sensibilização para a higienização das mãos e para a vacinação. Estas medidas, além de reduzirem a incidência de infeções, contribuíram para a promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, demonstrando, mais uma vez, o papel do EE na prevenção de eventos adversos e minimização de riscos para os doentes (O.E., 2018).

Outro aspeto relevante no âmbito do controlo de infeção foi a necessidade de um planeamento adequado para garantir medidas eficazes de isolamento e prevenção da transmissão cruzada nos casos de doentes colonizados com *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC). Este microrganismo multirresistente representa um grande desafio clínico, sendo a sua transmissão feita por contacto direto ou indireto, através das mãos dos profissionais ou do ambiente hospitalar contaminado (OM, 2017). Assim, o cumprimento rigoroso das precauções padrão, foram essenciais, destacando-se a correta utilização de equipamentos de proteção

individual (EPIs), a higienização das mãos, o manuseamento seguro dos resíduos e a descontaminação eficaz de superfícies, dispositivos médicos e outros objetos. Como EE temos um papel determinante na gestão destas situações, através da supervisão das práticas clínicas, e da sensibilização e formação dos profissionais para o cumprimento das boas práticas para a prevenção e controlo de infeção. Neste contexto, a participação no projeto Kamishibai abordado no “domínio da melhoria contínua da qualidade”, foi um excelente contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados e maximização dos padrões de segurança para o doente, no entanto, outras intervenções de sensibilização pontuais foram realizadas sempre que pertinente.

Deste modo, a integração destas práticas reflete a atuação do EE como gestor de risco e promotor da qualidade dos cuidados, demonstrando simultaneamente a sua competência para liderar procedimentos de prevenção e intervenção no controlo de infeção e na promoção da segurança do doente crónico. A adoção de estratégias baseadas na evidência científica recente é fulcral para garantir a resposta eficaz às necessidades dos doentes, minimizando riscos e melhorando a qualidade de vida no contexto da doença crónica.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A pessoa com DRC enfrenta um percurso marcado por desafios físicos, emocionais e sociais, decorrentes das limitações impostas pela progressão da doença e pelo impacto do tratamento, como a HD. As implicações da DRC incluem alterações no estado de saúde geral, restrições dietéticas, mudanças no estilo de vida e uma dependência crescente dos cuidados de saúde, o que pode afetar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico. Neste contexto, o papel do EE torna-se central, não só na prestação de cuidados técnicos e especializados, mas também no apoio à adaptação contínua do doente à sua condição crónica. Através de uma abordagem holística e centrada na pessoa, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção da autoeficácia, na capacitação do doente e da sua família/cuidadores para o autocuidado e na criação de um ambiente terapêutico que favoreça a aceitação da doença, o controlo das complicações e a melhoria da qualidade de vida. Assim, a intervenção do EE é fundamental para facilitar o processo de transição saúde-doença e contribuir para uma adaptação mais eficaz à nova realidade imposta pela DRC.

Este relatório teve como objetivo refletir, de forma crítico-reflexiva, o percurso formativo desenvolvido numa UCHD, destacando a conceção de dois casos clínicos e o desenvolvimento de competências enquanto EE. A aplicação das teorias de Meleis e Bandura permitiu aprofundar a abordagem individualizada à pessoa com DRC em PRHD, reforçando a importância da adaptação à doença e da promoção da autoeficácia no contexto da enfermagem especializada.

Os objetivos gerais do estágio, centraram-se na consciencialização e capacitação da pessoa com DRC e da sua família/cuidador para a gestão de líquidos, na vigilância do AV e na promoção do papel do EE na melhoria da qualidade dos cuidados, com ênfase na prevenção e controlo de infeções.

A prática desenvolvida baseou-se na análise de problemas reais e na tomada de decisões sustentadas por evidência científica, particularmente nas áreas do controlo de infeção, monitorização do AV e gestão hídrica, escolhidas em função das necessidades formativas da estudante e dos seus objetivos individuais.

A conceção dos casos clínicos, alicerçada na ontologia de enfermagem e na melhor evidência disponível, permitiu a intervenção em vários domínios com relevância para a intervenção avançada do EE, nomeadamente: o sistema cardiovascular; o volume de líquidos; a autogestão do RM, o padrão alimentar, o sono, o comportamento aditivo, as emoções, o autoconceito; a integração da família no autocuidado do doente e as atitudes terapêuticas relativas ao CVC e à FAV.

A reflexão crítica sobre a prática profissional e a identificação de oportunidades de melhoria foram aspetos centrais deste percurso. A participação em projetos de melhoria contínua e a implementação de ações de formação, contribuíram para o fortalecimento da cultura de segurança e qualidade na unidade, evidenciando a importância da articulação entre a teoria e a prática, bem como da colaboração interdisciplinar, para garantir uma prestação de cuidados de excelência.

Este percurso contribuiu para o desenvolvimento de competências diferenciadas e para a melhoria estratégica dos cuidados prestados, promovendo uma abordagem holística e centrada no doente. O relatório final, destaca ainda a importância de futuras investigações nas áreas da adesão terapêutica, autoeficácia, patência do AV e controlo de infeções, reforçando a necessidade de intervenções educativas e personalizadas para a MCQ em HD.

Em conclusão, este estágio representou uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento profissional da estudante como EE, permitindo consolidar competências e promover uma PBE mais eficaz, segura e centrada na pessoa com DRCT. As aprendizagens adquiridas e as reflexões realizadas ao longo deste percurso contribuirão para uma atuação mais qualificada e um compromisso contínuo com a melhoria dos cuidados de saúde. O relatório demonstra o impacto positivo do estágio no desenvolvimento de competências específicas do EE em EMCPSC, reforçando a importância da formação contínua e da prática reflexiva para a excelência nos cuidados de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, J. P. S. C. de A. (2015). *Cessação tabágica: A dinâmica da medicina geral e familiar* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/31468>
- Al Husna, C. H., Yetti, K., & Sukmarini, L. (2019). *Determinant of fluid adherence among hemodialysis patients in Malang, Indonesia*. *Enfermería Clínica*, 29(Supl. 2), 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.018>
- Alcalde-Bezhold, G., Alcázar-Arroyo, R., Angoso-de-Guzmán, M., Arenas, M. D., Arias-Guillén, M., Arribas-Cobo, P., Díaz-Gómez, J. M., García-Maset, R., González-Parra, E., Hernández-Marrero, D., Herrero-Calvo, J. A., Maduell, F., Molina, P., Molina-Núñez, M., Otero-González, A., Pascual, J., Pereira-García, M., Pérez-García, R., Del Pino Y Pino, M. D., & De Sequera-Ortiz, P. (2021). *Hemodialysis centers guide 2020*. *Nefrología (English Edition)*, 41(Suppl. 1), 1-77. [https://doi.org/10.1016/S2013-2514\(22\)00042-6](https://doi.org/10.1016/S2013-2514(22)00042-6)
- Almeida, C., Faria, C., Oliveira, M., & Costa, R. (2021). *Abordagem de queixas sexuais em consulta de psiquiatria geral: A partir de uma revisão da literatura*. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 32(2), 62-68. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i2.791>
- Amado, M. L. F. (2021). *Norma de orientação clínica: Intervenções de enfermagem na sobrecarga hídrica em pessoas com DRC 5D num serviço de urgência* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositoriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/80773>
- Amorim Evaristo, A., & Marques, P. (2018). *Perfil de autocuidado do doente em tratamentos com hemodiálise: Estudo descritivo transversal*. *Onco.news*, 11(37), 43-51. <https://doi.org/10.31877/on.2018.37.06>
- ANADIAL. (2024). *Atlas da doença renal crónica em Portugal*. Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL). <https://www.anadial.pt/atlas-da-doenca-renal-cronica-em-portugal/>
- ANCI. (2024). *Estudo de prevalência das infeções associadas a cuidados de saúde e uso de antimicrobianos em hospitais de cuidados agudos europeus - 2022-2023*. https://www.anci.pt/sites/default/files/newsletteranci_23_2024_final.pdf
- Assunta, G., Aniello, L., Giuseppe, S., Ciro, C. D., Ottaiano, D. F., & Rea, T. (2019). *La correlazione tra self-efficacy e aderenza alla restrizione di liquidi nei pazienti in trattamento con emodialisi: Una revisione della letteratura*. *Napolisana Campania*, 25(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-27>

Bakris, G. L. (2023). *Hipertensão—Doenças cardiovasculares. Manuais MSD: Edição para profissionais*.

<https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doencas-cardiovasculares/hipertensao/hipertensao>

Bandura, A. (1978). *Reflections on self-efficacy. Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 237–269. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90012-7](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90012-7)

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Barroso, F. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1.ª ed.). <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789897524141.pdf>

Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2021). *Parental stress, anxiety and depression symptoms associated with self-efficacy in paediatric type 1 diabetes: A literature review. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010152>

Bekker, H. L., Winterbottom, A. E., Gavaruzzi, T., Finderup, J., & Mooney, A. (2023). *Decision aids to assist patients and professionals in choosing the right treatment for kidney failure. Clinical Kidney Journal*, 16(Supplement_1), i20–i38. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfad172>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição comemorativa). Quarteto Editora.

Beyebach, M., Neipp, M. del C., García-Moreno, M., & González-Sánchez, I. (2018a). *Impact of nurses' solution-focused communication on the fluid adherence of adult patients on haemodialysis. Journal of Advanced Nursing*, 74(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.1111/jan.13792>

Bombig, M. T. N., & Póvoa, R. (2008). *Cardiopatia hipertensiva: Aspectos epidemiológicos, prevalência e fator de risco cardiovascular. Revista da SOCERJ*, 21(4), 253–259. Disponível em <https://www.sbcsp.org.br/wp-content/uploads/2016/10/08-cardiopatia.pdf>

Bossola, M., Calvani, R., Marzetti, E., Picca, A., & Antocicco, E. (2020). *Thirst in patients on chronic hemodialysis: What do we know so far? International Urology and Nephrology*, 52(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02401-5>

British Renal Society. (2018). *Clinical practice recommendations for needling of arteriovenous fistulae and grafts for haemodialysis. Vascular Access Society of Britain & Ireland*. https://www.vasbi.org.uk/media/resources/needling_guidelines2018.pdf

Calicchio, S. (2023). *Albert Bandura y el factor de autoeficacia: Un viaje a la psicología del potencial humano a través de la comprensión y el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima*. Stefano Calicchio.

Campos, T., & Gomes, A. (2021). *Autonomia e tomada de decisão na doença renal crónica. Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(70), 8932–8950.

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8932-8950>

Carvalho, T. C., & Dini, A. P. (2020). Risco de queda em pessoas com doença renal crónica e fatores relacionados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3289. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3911.3289>

Chadban, S. J., Ahn, C., Axelrod, D. A., Foster, B. J., Kasiske, B. L., Kher, V., Kumar, D., Oberbauer, R., Pascual, J., Pilmore, H. L., Rodrigue, J. R., Segev, D. L., Sheerin, N. S., Tinckam, K. J., Wong, G., Balk, E. M., Gordon, C. E., Earley, A., Rofeberg, V., & Knoll, G. A. (2020). Summary of the KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and management of candidates for kidney transplantation. *Transplantation*, 104(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000003137>

Cheung, A. K., Chang, T. I., Cushman, W. C., Furth, S. L., Hou, F. F., Ix, J. H., Knoll, G. A., Muntner, P., Pecoits-Filho, R., Sarnak, M. J., Tobe, S. W., Tomson, C. R. V., & Mann, J. F. E. (2021). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney International*, 99(3), S1-S87. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>

Comissão Europeia. (2023). State of Health in the EU: Portugal – Perfil de saúde do país 2023. https://health.ec.europa.eu/document/download/8d1d3312-3b3b-4e83-9ef3-44d7707a0821_en?filename=2023_chp_pt_portuguese.pdf

Comissão Europeia. (2025, janeiro 16). Ação da UE em matéria de resistência aos antimicrobianos – Comissão Europeia. https://health.ec.europa.eu/antimicrobial-resistance/eu-action-antimicrobial-resistance_pt

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Costa, L. M., & Galato, D. (2023). Identificação dos fatores associados com a adesão à medicação em doentes transplantados renais: Uma revisão da literatura integrativa. *Brazilian Journal of Transplantation*, 26(1), e0123. <https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.484>

Cunha, M. P. e., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (2016). Manual de comportamento organizacional e gestão (8.ª ed.). Lisboa: Editora RH. <https://www.editorarh.pt/manual-de-comportamento-organizacional-e-gestao-8a-edicao>

Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2015). Manual de diálise (L. M. M. Álvarez, L. A. M. Rocha, A. A. R. Hmilowicz, P. S. Rojas, & D. S. R., Trads.; 2.ª ed.). Ovid Technologies.

Depner, T. A., Daugirdas, J. T., Goldstein, S., Ing, T. S., Kumar, V., Meyer, K. B., & Norris, K. (2006). Hemodialysis adequacy 2006 work group membership. *American Journal of Kidney Diseases*, 48(Suppl 1), S2-S90. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.03.051>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2018). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Lisboa: Autor. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/02/i025764.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). 15 passos para deixar de fumar. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/15-passos-para-deixar-de-fumar-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Feixe de intervenção CVC. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2022b). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2023). PPCIRA Relatório: A Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infecção Antes e Durante a Pandemia por COVID-19 (2009-2019 e 2020-2022). Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-1.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2024a). Deixar de fumar. SNS24. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/guia/deixar-de-fumar/>

Direção-Geral da Saúde. (2024b). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/quer-deixar-de-fumar.aspx>

Dias, A. R., Sanguedo, S., Peixoto, T., & Peixoto, N. (2024). Liderança transformacional nos serviços de enfermagem: Revisão de escopo. RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia. Disponível em <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/746>

Dias, C. S. P. (2024). A pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica [Dissertação de mestrado]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52137>

Dias, M. C., Ribeiro, C. D., Costa, A., Vilaça, M. M., Soares, S., Oliveira, F., & Teixeira, M. (2020). Bioética: Fundamentos teóricos y aplicaciones (1.ª ed.). Ape'Ku Editora.

EDTNA/ERCA. (2015). Vascular access cannulation and care: A nursing best practice guide for arteriovenous fistula (2.ª ed.). Disponível em https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access.pdf

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2024). Regulamento do 2.º ciclo de estudos dos cursos de mestrado. Disponível em <https://essnortecvp.pt/upload/images/Regulamento-do-2o-Ciclo-de-Estudos-dos-Cursos-de-Mestrado.pdf>

Estridge, K. M., Morris, D. L., Kolcaba, K., & Winkelman, C. (2018). Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 45(1), 25–33, 60. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29470003/>

EVOLVE Trial Investigators. (2012). Effect of cinacalcet on cardiovascular disease in patients undergoing dialysis. *New England Journal of Medicine*, 367(26), 2482–2494. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1205624>

Fazendeiro, J., et al. (2011). Manual de hemodiálise para enfermeiros. Coimbra: Edições Almedina.

Ferreira, A. M. (2022). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise [Dissertação de mestrado]. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/26364>

Ferreira, A. S. B. A. (2017). Diagnósticos de enfermagem no doente renal crónico em programa de hemodiálise, na promoção da saúde e prevenção de complicações associadas [Dissertação de mestrado]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18986>

Ferreira, P. L., & Anes, E. J. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: Criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 31–39. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98811/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20v28n1a03%20-%20p31-39.pdf>

Fishbane, S., Agoritsas, S., Bellucci, A., Halinski, C., Shah, H. H., Sakhiya, V., & Balsam, L. (2017). Augmented nurse care management in CKD stages 4 to 5: A randomized trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 70(4), 498–505. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.02.366>

Fonseca, C. I. F. da. (2021). Saberes e adesão às boas práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde [Dissertação de mestrado]. Disponível em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2517/1/Catarina_Fonseca.pdf

Fouque, D., Vennegoor, M., Ter Wee, P., Wanner, C., Basci, A., Canaud, B., Haage, P., Konner, K., Kooman, J., Martin-Malo, A., Pedrini, L., Pizzarelli, F., Tattersall, J., Tordoir, J., & Vanholder, R. (2007). EBPG guideline on nutrition. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(Suppl 2), ii45–ii87. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm020>

Frazão, C. M. F. D. Q., Delgado, M. F., Araújo, M. G. A., Silva, F. B. B. L., Sá, J. D. D., & Lira, A. L. B. D. C. (2014). Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. *Revista da Rede de*

Enfermagem do Nordeste, 15(4). <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400018>

Freitas, G., Costa, A. J., Arriaga, M. T., & Santos, B. D. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde: Manual de boas práticas literacia em saúde. Disponível em <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/2019-manual-de-boas-praticas-literacia-e-m-saude.pdf>

Frith, J., Hampton, D., Pendleton, M., Montgomery, V. L., & Isaacs, P. (2020). Impact of Kamishibai card process on compliance with the central venous line maintenance bundle. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(1), 34. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000405>

Galhanas, A. I., & Frias, A. M. (2024). Impacto da teleconsulta na qualidade dos cuidados de enfermagem: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 10(1), 140-155. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(01\).671.140-155](https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(01).671.140-155)

Garim, C. F. (2024). Eficácia do relaxamento muscular progressivo na cessação tabágica [Dissertação de mestrado]. Disponível em <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/4539>

Ghasemi Bahraseman, Z., Mangolian Shahrababaki, P., & Nouhi, E. (2021). The impact of stress management training on stress-related coping strategies and self-efficacy in hemodialysis patients: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychology*, 9(1), Artigo 177. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00678-4>

Gomes, E. S. C. (2012). Promoção do auto-conceito e auto-estima na pessoa com doença mental, aplicando técnicas expressivas [Dissertação de mestrado]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16129>

Gomez, R. M. C. C. (2024). A hipotensão intradialítica em hemodiálise: Intervenção especializada em enfermagem [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/50569>

Gracia, D. (2008). Fundamentos de bioética (1.^a ed.). Editorial Triacastela.

Guedes, C. (2024). Entendendo a cardiomiopatia hipertensiva através das técnicas avançadas: A tecnologia a nosso favor. ECOPE Treinamed Cursos Online. Disponível em <https://blog.escolaecope.com.br/entendendo-a-cardiomiopatia-hipertensiva-atraves-das-tecnicas-avancadas-a-tecnologia-a-nosso-favor/>

Guerreiro, L. P. C. (2021). Perceção de autoeficácia e comportamento tabágico: Efeito direto e efeito indireto através da variável mediadora intenção de fumar [Dissertação de mestrado]. Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/23334>

Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Disponível em

<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group. (2006). Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *American Journal of Kidney Diseases*, 48(Suppl 1), S2–S90. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.03.051>

Halle, M. P., Nelson, M., Kaze, F. F., Jean Pierre, N. M., Denis, T., Fouda, H., & Ashuntantang, E. G. (2020). Non-adherence to hemodialysis regimens among patients on maintenance hemodialysis in sub-Saharan Africa: An example from Cameroon. *Renal Failure*, 42(1), 1022–1028. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2020.1826965>

Harduin, L. de O., Guerra, J. B., Filippo, M. G., de Almeida, L. C., de Castro-Santos, G., Oliveira, F. A. C., Cavalcanti, D. E. T., Procopio, R. J., Lima, E. C., Pinhati, M. E. S., Galhardo, A. M., Barroso, T. A., & Joviliano, E. E. (2023). Diretrizes sobre acesso vascular para hemodiálise da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. *Jornal Vascular Brasileiro*, 22, e20230052. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202300521>

Henriques, R. N. (2024). A formação profissional e o papel do/a coordenador/a pedagógico/a: Uma perspetiva do backstage das atividades formativas [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/116596>

Hong, L. I., Wang, W., Chan, E. Y., Mohamed, F., & Chen, H. C. (2017). Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3664–3676. <https://doi.org/10.1111/jocn.13739>

Horsburgh, M. E. (1999). Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *International Journal of Nursing Studies*, 36(6), 443–450. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00049-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00049-8)

Hou, Y.-C., Lu, C.-L., & Lu, K.-C. (2018). Mineral bone disorders in chronic kidney disease. *Nephrology*, 23(Suppl 4), 88–94. <https://doi.org/10.1111/nep.13457>

Howren, M. B., Cozad, A. J., & Christensen, A. J. (2017). The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1642–1651. <https://doi.org/10.1177/1359105316631813>

Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J.-J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Yee-Moon Wang, A., & Cuppari, L. (2020). KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3 Suppl 1), S1–S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>

INFARMED. (2020). Resumo das características do medicamento: Ácido Acetilsalicílico Aristo 100

mg comprimidos gastrorresistentes. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2021). Resumo das características do medicamento: Rocaltrol 0,25 microgramas cápsulas moles. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2022a). Resumo das características do medicamento: Becozyne forte, associação, comprimidos revestidos. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2022b). Resumo das características do medicamento: Empagliflozina 10 mg comprimidos revestidos por película. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2023a). Resumo das características do medicamento: Heparina LEO 25000 U.I./5 ml solução injetável. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2023b). Resumo das características do medicamento: Lisinopril Aurovitas 5 mg comprimidos. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2023c). Resumo das características do medicamento: Ácido Fólico Generis 5 mg comprimidos. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2023d). Resumo das características do medicamento: Atorvastatina Bluepharma 40 mg comprimidos revestidos por película. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2024). INFOMED: Base de dados de medicamentos de uso humano. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2024a). Resumo das características do medicamento: Furosemida Generis 40 mg comprimidos. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2024b). Resumo das características do medicamento: Bisoprolol Aurobindo 2,5 mg comprimidos revestidos por película. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (2024c). Resumo das características do medicamento: Sertralina Generis 50 mg comprimidos revestidos por película. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (s.d.-a). Resumo das características do medicamento: NeoRecormon 2000 UI solução injetável em seringa pré-cheia. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

INFARMED. (s.d.-b). Resumo das características do medicamento: Renvela 800 mg comprimidos revestidos por película. Disponível em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Elihimas, U. F. J., Elihimas, H. C. S., Lemos, V. M., Leão, M. A., Sá, M. P. B. O., França, E. E. T., Lemos, A., Valente, L. M., & Filho, B. M. (2014). Tabagismo como fator de risco para a doença renal crónica: Revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(4), 519-528. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140074>

- Kalteh, H. O., Mortazavi, S. B., Mohammadi, E., & Salesi, M. (2019). The relationship between safety culture and safety climate and safety performance: A systematic review. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 27(1), 206–216. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1556976>
- Kasiske, B. L., Zeier, M. G., Chapman, J. R., Craig, J. C., Ekberg, H., Garvey, C. A., Green, M. D., Jha, V., Josephson, M. A., Kiberd, B. A., Kreis, H. A., McDonald, R. A., Newmann, J. M., Obrador, G. T., Vincenti, F. G., Cheung, M., Earley, A., Raman, G., Abariga, S., Wagner, M., & Balk, E. M. (2010). KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients: A summary. *Kidney International*, 77(4), 299–311. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.377>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. (2017). KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements*, 7(1), 1–59. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.04.001>
- KDOQI. (2006). KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: Hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy, and vascular access. *American Journal of Kidney Diseases*, 48(Suppl 1), S1–S322. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.03.051>
- Kędzińska-Kapuz, K., Szczuko, U., Stolińska, H., Bakaloudi, D. R., Wierzba, W., & Szczuko, M. (2023). Demand for water-soluble vitamins in a group of patients with CKD versus interventions and supplementation—A systematic review. *Nutrients*, 15(4), 860. <https://doi.org/10.3390/nu15040860>
- Kliger, A. S., Foley, R. N., Goldfarb, D. S., Goldstein, S. L., Johansen, K., Singh, A., & Szczech, L. (2013). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for anemia in CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 62(5), 849–859. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.06.008>
- Krediet, R. T. (2017). Preservation of residual kidney function and urine volume in patients on dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(3), 377–379. <https://doi.org/10.2215/CJN.00330117>
- Kumwenda, M., & Fluck, R. (2011). Renal Association Clinical Practice Guideline on vascular access for haemodialysis. *Nephron Clinical Practice*, 118(Suppl 1), c225–c240.
- Lara, D. M. (2010). Avaliação de métodos para determinação do peso seco em pacientes em hemodiálise [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Lume Repositório Digital. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26173/000756946.pdf>
- Lee, E. J., Chang, A. K., & Chung, Y. C. (2021). Socioecological factors affecting fluid restriction adherence among Korean patients receiving hemodialysis: A qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(3), 260–268. <https://doi.org/10.1177/1043659620919162>

- Lehane, R., Svensson, C., Ormsby, J. A., Yuen, J. C., Priebe, G. P., Sandora, T. J., & Vaughan-Malloy, A. M. (2023). Preventing pediatric catheter-associated urinary tract infections utilizing urinary catheter Kamishibai cards (K-cards). *American Journal of Infection Control*, 51(8), 919-925. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.11.019>
- Lemes, T. B. M., dos Santos Oliveira, L. G., Resende Rocha, R., Cardoso, F. S., Oliveira Guilarde, A., Gonçalves Barbosa, L. C., Romão Godoi, A. R., Silveira Costa, C. B., & de Moura Tomich, L. G. M. (2025). P-238. Revolutionizing infection prevention: Using Kamishibai chart in digital format for rehabilitation hospital advancement. *Open Forum Infectious Diseases*, 12(Suppl 1), ofae631.442. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae631.442>
- Lima, A. (2022). O uso dos inibidores SGLT2 na melhora do desfecho clínico em pacientes com insuficiência cardíaca e doença renal crônica: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina*, 79(3), 45-52.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4 Suppl 2), S1-S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Machado, N. A., Rocha, E. K. da, & Guanaes, L. D. (2021). Rastreo de doenças psiquiátricas em doentes com doença renal crônica submetidos a hemodiálise. *Anais do EVINCI - UniBrasil*, 7(1). <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/6125>
- Mailani, F., Muthia, R., Herien, Y., Huriani, E., Chan, C. M., & Abdullah, K. L. (2021). The fluid management experience in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in Indonesia: A qualitative study. *Nurse Media Journal of Nursing*, 11(3), 389-403. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i3.38838>
- Manella, E. J. (2023). *Trilhando o Caminho da Excelência: Guia Prático para a Melhoria Contínua*. Independently Published.
- Masoud, S. A.-E., Abd-Elaziz, S. H., Mohamed, S. K., & Abdo, O. I. (2023). Self-efficacy and adherence to medication and fluid restriction among patients undergoing hemodialysis: A correlational study. *Egyptian Nursing Journal*, 20(1), 50-56. https://doi.org/10.4103/enj.enj_4_23
- Mateus, M. L. A. (2024). *A fragilidade na pessoa com doença renal crônica em hemodiálise* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52521>
- Mathew, A. T., Fishbane, S., Obi, Y., & Kalantar-Zadeh, K. (2016). Preservation of residual kidney function in hemodialysis patients: Reviving an old concept. *Kidney International*, 90(2), 262-271. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.02.037>

- Mauro, A. D., Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2023). Ações do enfermeiro para continuidade do cuidado na atenção primária em saúde: Estudo de validação. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 32, e20230058. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0058pt>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826105356>
- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. do C., Serra, I. da C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841-853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Metrogos, D., Cruz, Â., Sousa, L. M. M., Bico, I., Frade, M., & Marques, M. de F. (2021). Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a hemodiálise com diagnóstico de ansiedade: Relato de caso. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(2ª série), 61-73. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/34548>
- Mira, A. R., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/109683>
- Miranda, D. E. de, Miranda, M. A. da S. Q., Júnior, P. R. e S. E., & Almeida, A. M. R. (2018). Prevalência de anemia nos doentes com doença renal crónica em tratamento de hemodiálise. *Brazilian Journal of Health Review*, 1(2), 282-296. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/692>
- Moe, S. M., Drüeke, T. B., & Cunningham, J. (2020). Chapter 60—Renal osteodystrophy and chronic kidney disease–mineral bone disorder. In J. P. Bilezikian, T. John Martin, T. L. Clemens, C. J. Rosen, & M. P. Bouillon (Eds.), *Principles of Bone Biology* (4.ª ed., pp. 1463-1487). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814841-9.00060-9>
- Monteiro, A. V., & Carvalho, F. K. de L. (2023). Os desafios na adesão ao tratamento para cessar o tabagismo: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 25(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.47456/rbps.v25i2.39572>
- Morais, R. de F. C. de, Sardinha, A. H. de L., Costa, F. D. N., Câmara, J. de J. C., Viegas, V. L. A., & Santos, N. M. (2016). Adesão à terapia imunossupressora em receptores de transplante renal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i1.28029>
- Moreira, J. M., Matta, S. M. da, Kummer, A. M. e, Barbosa, I. G., Teixeira, A. L., & Silva, A. C. S. e. (2014). Transtornos neuropsiquiátricos e doenças renais: Uma atualização. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36, 396-400. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140056>
- Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: A cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 18(1), 178.

<https://doi.org/10.1186/s12882-017-0598-2>

National Kidney Foundation. (2017). Expert tips on managing thirst and fluid intake on dialysis. <https://www.kidney.org/news-stories/water-water-everywhere-and-not-drop-to-drink>

National Kidney Foundation. (2022). CKD fluid restriction guidelines. <https://www.kidney.org/news-stories/learning-to-follow-your-dialysis-fluid-restrictions>

Neto, J. D. B., Teixeira, T. A., Silva, F. T. da, Rocha, K. D., Almeida, H. K. S., & Nazima, M. T. S. T. (2024). Disfunção erétil entre homens com doença renal crônica em hemodiálise em um cenário urbano da Amazônia brasileira: Um estudo epidemiológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 46(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0065pt>

Niederstadt, J. (2013). *Kamishibai Boards: A Lean Visual Management System That Supports Layered Audits* (1.^a ed.). Productivity Press.

Obi, Y., Raimann, J. G., Kalantar-Zadeh, K., & Murea, M. (2024). Residual kidney function in hemodialysis: Its importance and contribution to improved patient outcomes. *Toxins*, 16(7), 298. <https://doi.org/10.3390/toxins16070298>

O.E. (2015a). Código deontológico. Ordem dos Enfermeiros.

O.E. (2015b). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

O.E. (2016). Guia orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise. Ordem dos Enfermeiros.

O.E. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crônica. Ordem dos Enfermeiros.

O.E. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2016). Cuidados à pessoa com DRC terminal em hemodiálise. Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2019). Regulamento n.º 743/2019. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Oktarina, Y., Yuliyanti, D., Arianti, D., & Hartati, L. (2022). Self-efficacy and quality of life in chronic renal failure persons on hemodialysis. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 369-376. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i2.910>

Oliveira, F. A. D., Almeida, A. R. L. P. D., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R. S. D. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03581.

<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018049203581>

OPAS. (2022, maio 6). OMS lança primeiro relatório mundial sobre prevenção e controle de infecções. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/noticias/6-5-2022-oms-lanca-primeiro-relatorio-mundial-sobre-prevencao-e-controle-infeccoes>

Ordem dos Médicos (2017) Guia Orientador de Boa Prática—Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007) Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale Psychology, Health & Medicine, 12(2), 225-235 <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Parker, J. R. (2019) Use of an educational intervention to improve fluid restriction adherence in patients on hemodialysis Nephrology Nursing Journal, 46(1), 43-47 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835095/>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021) Work methods for nursing care delivery International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4), 2088 <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Paulo, V. A. P. (2020) Intervenções de enfermagem para gerir a dor da canulação da fístula arteriovenosa do doente em hemodiálise [Dissertação de mestrado] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37352>

Pawlina, M. M. C., Rondina, R. C., Espinosa, M. M., & Botelho, C. (2015) Depression, anxiety, stress, and motivation over the course of smoking cessation treatment Jornal Brasileiro de Pneumologia, 41(5), 433-439 <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>

Peralta, R., Sousa, L., & Cristovão, A. F. (2023) Cannulation technique of vascular access in hemodialysis and the impact on the arteriovenous fistula survival: Systematic review and meta-analysis Journal of Clinical Medicine, 12(18), 5946 <https://doi.org/10.3390/jcm12185946>

Perdana, M., & Yen, M. (2021) Factors associated with adherence to fluid restriction in patients undergoing hemodialysis in Indonesia Journal of Nursing Research, 29(6), e1457 <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000457>

Pereira, C. V., & Leite, I. C. G. (2022) Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de doentes em hemodiálise Cadernos Saúde Coletiva, 30(3), 349-360 <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230030012>

Piedade, A., Domingues, P., Inácio, A., Mendes, B., & Farinha, A. (2024) Communication in chronic kidney disease Portuguese Kidney Journal, 38(1), Artigo 1 <https://doi.org/10.71749/pkj.16>

- Pietrzak-Nowacka, M., Safranow, K., Płońska-Gościński, E., Nowacki, A., Późniak, P., Gutowski, P., & Ciechanowski, K. (2024) Cardiovascular involvement in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease: A review *Kidney and Blood Pressure Research*, 49(1), 9–19 <https://doi.org/10.1159/000529119>
- Pinto, N. F. F. (2020) Regime medicamentoso na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise: Contributos dos enfermeiros para a adesão [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36037>
- Pires, A. P. (2018) Estratégias de coping nos doentes com falência do enxerto renal [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27948>
- Póvoa, F. F. (2019) Hipertensão arterial e coração *Revista Brasileira de Hipertensão*, 26(4), 126–130 <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1373691>
- Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. de F., & Stumm, E. M. F. (2020) Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3327 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
- Quencer, K. B., & Arici, M. (2015) Arteriovenous fistulas and their characteristic sites of stenosis *American Journal of Roentgenology*, 205(4), 726–734 <https://doi.org/10.2214/AJR.15.14650>
- Rahbari-Oskoui, F. F. (2023) Management of hypertension and associated cardiovascular disease in autosomal dominant polycystic kidney disease *Advances in Kidney Disease and Health*, 30(5), 417–428 <https://doi.org/10.1053/j.akdh.2023.03.004>
- Ramos, J. M. P. (2023) Enfermeiro de referência na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45525>
- Rantepadang, A., Yuliyanti, D., & Hartati, L. (2024) Self-efficacy and quality of life in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(1), 45–52 <https://doi.org/10.30604/jika.v9i1.3532>
- Rebelo, L. (2019) Cessação tabágica Leya
- Rosenberg, M. B. (2021) Comunicação não violenta: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais (5.ª ed.) Editora Ágora
- Rusciolelli, V. B., Xavier, T. P., Gonçalves, W., & Randow de Freitas, R. (2020) Construção e análise de um procedimento avaliativo de treinamento: Modelo Kirkpatrick *Revista FSA*, 17(1), 9–24 <https://doi.org/10.12819/2020.17.1.9>
- Sampaio, F. M. C., et al. (2023) Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf

- Santos, A. P. P. dos, Silva, A. P. Z. da, Kringer, C. S. G., Lorentz, H. H. B., Barreto, W. P., Rotilli, G. K., Amorin, W. L. de, Farias, L. L. A. N. de, Suzano, C. D., & Azevedo, A. P. de (2023) Dificuldades encontradas para a adesão à higienização das mãos entre servidores de um hospital referência em infectologia *Brazilian Journal of Health Review*, 6(6), 30709–30720 <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-314>
- Santos, C. M. dos, Kirchmaier, F. M., Silveira, W. J., & Arreguy-Sena, C. (2015) Percepções de enfermeiros e doentes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 337–343 <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500057>
- Santos, G. D. dos, Elias, R. M., Dalboni, M. A., Silva, G. V. da, & Moysés, R. M. A. (2019) Doentes tabagistas com doença renal crônica apresentam fósforo sérico mais elevado *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(2) <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0156>
- Santos, L. M. M. G. dos (2022) Autoconceito comprometido [Dissertação de mestrado] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44342>
- Sarris, A. B., Nakamura, M. C., Fernandes, L. G. R., Staichak, R. L., Pupulim, A. F., & Sobreiro, B. P. (2016) Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: Artigo de revisão *Revista de Medicina*, 95(1) <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i1p18-29>
- Schmidli, J., Widmer, M. K., Basile, C., De Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C. P., Haage, P., Hamilton, G., Hedin, U., Kamper, L., Lazarides, M. K., Lindsey, B., Mestres, G., Pegoraro, M., Roy, J., Setacci, C., Shemesh, D., Tordoir, J. H. M., Van Loon, M., & Roca-Tey, R. (2018) Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(6) <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.02.001>
- Seyedzadeh, A., Tohidi, M. R., Golmohamadi, S., Omrani, H. R., Seyedzadeh, M. S., Amiri, S., & Hookari, S. (2022) Prevalence of renal osteodystrophy and its related factors among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: Report from Imam Reza Referral Hospital of Medical University of Kermanshah, Iran *Oman Medical Journal*, 37(1), e335 <https://doi.org/10.5001/omj.2021.120>
- Jia, S., Huang, B., Chu, Y., Lu, Y., & McArthur, A. (2016) Management of non-adherence to fluid intake restrictions in hemodialysis patients in a tertiary hospital: A best practice implementation project *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(8), 309–322 <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2016-003046>
- Shea, G., Smith, W., Koffarnus, K., Knobloch, M. J., & Safdar, N. (2019) Kamishibai cards to sustain evidence-based practices to reduce healthcare-associated infections *American Journal of Infection Control*, 47(4), 358–365 <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.004>
- Silva, E. M. A. (2020) Validação da checklist de avaliação e monitorização da fístula

arteriovenosa, em contexto de hemodiálise [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]
<https://hdl.handle.net/10216/131063>

Silva, A. L. M. (2023) Transição segura de cuidados no doente crítico: Comunicação eficaz na passagem de turno numa unidade de cuidados intensivos [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria] <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/9613>

Silva, A. (2014) Lei n.º 15/2014 de 21 de março: Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde Diário da República
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Silva, E. F. D., Lins, S. M. D. S. B., Tavares, J. M. A. B., Marta, C. B., Fuly, P. D. S. C., & Broca, P. V. (2020) Nursing care with surgical arteriovenous shunt in renal dialysis: A validation study Revista Brasileira de Enfermagem, 73(6), e20190012
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0012>

Silva, M. T. M. da C. (2017) Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2023) Registo Português da Doença Renal Crónica sob tratamento de substituição renal
https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er-2024---registo-atualizado.pdf

Sousa, C. N. (2009) Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto] <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19355>

Sousa, C. N. (2014) Cuidar da pessoa com doença renal crónica terminal com fístula arteriovenosa [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77147>

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020) Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 3(2), 39-48 <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>

Soyas, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. Mindfulness, 6(2), 217-226. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1>

Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 36(3). <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>

Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K., Herrington, W. G., Hill, G., Inker, L. A., Kazancioğlu, R., Lamb, E., Lin, P., Madero, M., McIntyre, N., Morrow, K., Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., Shlipak, M., ... Levin, A. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 105(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Stigger, K. F. (2022). UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS.

Suhardi, B., Pertiwi, A. F. O., & Astuti, R. D. (2020). WASTE REDUCTION IN BODY REPAIR & PAINT AREA TOYOTA NASMOCO RINGROAD WITH LEAN MANUFACTURING APPROACH. *Journal of Technology and Operations Management*, 15(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.32890/jtom2020.15.1.2>

Tantisattamo, E., & Maggiore, U. (2024). Revisiting pre-transplant preparation to optimize long-term kidney transplant outcomes. *Journal of Nephrology*, 37(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.1007/s40620-024-02108-1>

Tavares, P. da C. (2021). Nível de dependência e motivação para a cessação tabágica em adolescentes fumadores. 86-86.

Uveda, J. F., Kochhann, E. V., Oliveira, Ê. Á., Alvarenga, G. H. F., Remigio, G. C. B., Andrade, J. P. L. de, Borges, L. O., Faria, M. C. V., Rocha, C. M., & Cherain, L. G. G. (2022). DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM doentes DIALÍTICOS. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar* - ISSN 2675-6218, 3(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i2.1132>

Ventura, J. M. A. (2024) Métodos de trabalho dos enfermeiros no contexto hospitalar: Contributos para a qualidade e segurança dos cuidados [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto] <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/161758>

Vr, V., & Kang, H. K. (2023) The effect of nurse-led interventions on non-adherence to dietary and fluid restrictions among adults receiving haemodialysis: A randomised controlled trial *Journal of Kidney Care*, 8(Sup6), S6-S19 <https://doi.org/10.12968/jokc.2023.8.sup6.s6>

Washington, T. R., Hain, D. J., Zimmerman, S., & Carlton-LaNey, I. (2018) Identification of potential mediators between depression and fluid adherence in older adults undergoing hemodialysis treatment *Nephrology Nursing Journal*, 45(3), 251-258 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30304618>

World Health Organization (WHO). (2024) Global report on infection prevention and control 2024 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986>

Xing, Z., Wang, Y., Li, H., Li, Y., Wan, Z., Sun, D., & Sun, J. (2019) Theory-based interventions to promote fluid intake adherence among dialysis patients: A systematic review *Research & Theory for Nursing Practice*, 33(4), 357-391 <https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.4.357>

- Yeo, G., Tan, C., Ho, D., & Baumeister, R. F. (2023) How do aspects of selfhood relate to depression and anxiety among youth? A meta-analysis *Psychological Medicine*, 53(11), 4833–4855 <https://doi.org/10.1017/S0033291723001083>
- Yonata, A., Islamy, N., Taruna, A., & Pura, L. (2022) Factors affecting quality of life in hemodialysis patients *International Journal of General Medicine*, 15, 7173–7178 <https://doi.org/10.2147/IJGM.S375994>
- Zhang, X., Luo, X., Xiao, F., Xu, W., Ma, L., & Yan, J. (2023) The relationship between illness perceptions and fluid-control adherence among Chinese hemodialysis patients: A cross-sectional study *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), 1682–1697 <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2216467>
- Zhianfar, L., Nadrian, H., Asghari Jafarabadi, M., Espahbodi, F., & Shaghaghi, A. (2020) Effectiveness of a multifaceted educational intervention to enhance therapeutic regimen adherence and quality of life amongst Iranian hemodialysis patients: A randomized controlled trial (MEITRA Study) *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 361–372 <https://doi.org/10.2147/JMDH.S247128>

8. ANEXOS

Anexo I



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Autor: Vera Filipa Correia de Freitas

Projeto de Desenvolvimento Profissional

Oliveira de Azeméis, 21 de outubro de 2024

INTRODUÇÃO:

A evolução do conhecimento tem contribuído para o aumento da esperança média de vida. No entanto, a par desta evolução verifica-se um aumento da incidência de doenças crónicas, incapacitantes e frequentemente com complicações que vão além da vertente curativa dos cuidados de saúde. A pessoa com doença renal crónica (DRC) encontra-se neste contexto. A DRC é um problema de saúde pública a nível mundial (ISN, 2019), com uma prevalência de 20,9% em Portugal, estando associada a uma pior qualidade de vida e a elevados custos em saúde (Vinhais et al., 2020). De acordo com dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em dezembro 2023, 20072 pessoas estavam dependentes de uma técnica de substituição da função renal (TSFR) para sobreviver, destes 1250 encontram-se apenas em Hemodiálise (HD)(SPN,2023). Sendo esta uma tendência crescente, com a diabetes (26,6%) e a hipertensão arterial (12,4%) a figurarem como as doenças primárias com maior incidência e as causas de morte mais frequentes são a doença cardiovascular (27,9%) e infeção não associada ao Acesso Vascular (AV) (26,5%) (SPN, 2023). A gestão dos cuidados centrados na pessoa com DRC é complexa, exigindo uma abordagem multidisciplinar que facilite a aceitação e adaptação à doença, atrase a progressão e evite complicações major (KDIGO, 2013; Vinhais et al., 2020).

Dada esta realidade, torna-se essencial que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com DRC sejam especializados e consistentes, com o objetivo de promover a saúde, prevenir e detetar precocemente complicações de forma a priorizar ações no sentido de estabilizar a doença crónica, bem como fomentar processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico (OE, 2018).

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 135 (16-07-2018), da Ordem dos Enfermeiros (OE) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, são descritas como unidades de competência: “cuidar da pessoa e da família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.” (OE, 2018).

Assim, sendo o objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, a prestação de cuidados de enfermagem exige uma crescente diferenciação dos profissionais,

através da aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, alinhadas com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2018). Assim, a realização do estágio de enfermagem numa Unidade Convencionada de Hemodiálise no norte do país surgiu com o propósito de desenvolver conhecimentos, habilidades e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crónica em programa regular de Hemodialise (PRHD), aplicando-os na prática clínica, satisfazendo a motivação profissional e pessoal.

Esta unidade de HD iniciou a sua atividade em 2007 e tem como objetivo promover o acesso a cuidados de excelência à população com doença renal crónica terminal (DRCT) residente no concelho. Os encargos com o transporte não urgente de doentes em PRHD são assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e são geridos através da plataforma de Gestão Integrada da Doença (GID). Atualmente o transporte é assegurado através de transporte coletivo pelas várias corporações de bombeiros da região. Este tipo de transporte constitui um motivo para potenciar a ansiedade, uma vez que os clientes perdem muito tempo e qualidade de vida nas viagens, além do tempo de tratamento.

A unidade funciona das 6:30 às 23:00 horas às segundas, quartas e sextas, e das 6:30 às 18:00h às terças, quintas e sábados, com cinco turnos de tratamento, correspondentes a cinco horas cada: três nos dias de horário alargado e dois nos restantes dias referidos.

A equipa de cuidados da unidade é composta por dezasseis enfermeiros todos em regime de prestação de serviços, sete assistentes operacionais, dez médicos (cinco residentes e quatro Nefrologistas), uma assistente social, uma nutricionista, um farmacêutico e uma secretária.

Em todos os turnos existe um médico, o qual conta com o apoio de um Nefrologista; os enfermeiros são alocados a um grupo de cinco clientes, num determinado turno, assegurando a gestão dos acessos vasculares dos mesmos e são alocados a este grupo sempre que possível. Segundo Mendes et al. (2017), a continuidade dos cuidados melhora a qualidade dos serviços prestados, contribui para a redução de custos e constitui uma estratégia a ser seguida pelos serviços de saúde (Mendes et al., 2017).

A continuidade dos cuidados tem como objetivo melhorar o papel do enfermeiro junto da pessoa com DRCT em HD e da sua família/cuidadores, através da implementação de intervenções educacionais, como a educação para o autocuidado da fístula arteriovenosa (FAV) e a autogestão dietética, que são essenciais para a pessoa com DRCT em HD. É

fundamental que o enfermeiro identifique e compreenda o perfil do autocuidado do doente este indicador será importante para ajudá-lo na transição para uma nova condição de saúde, para experimentar uma melhor qualidade de vida e consequentemente facilitar adesão ao autocuidado.(Amorim E. et all, 2018)

Relativamente à formação dos enfermeiros, existem sete enfermeiros especialistas, sendo quatro deles da área de Médico-cirúrgica.

Face à elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, a OE defende que a equipa deve, preferencialmente, integrar pelo menos 50 % de enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, conforme publicado na norma n.º 743 de 25 de setembro de 2019, publicada no Diário da República (DR). Esta recomendação visa garantir que os cuidados prestados sejam de alta qualidade, particularmente no contexto da complexidade associada à doença renal crónica e às técnicas dialíticas. (OE, 2016; OE, 2019). A equipa é proativa e motivada, existindo atualmente quatro grupos de trabalho que desenvolvem projetos de melhoria contínua da qualidade:

O Grupo: Clínica Verde, cujo objetivo é monitorizar e desenvolver estratégias amigas do ambiente;

O Grupo: Comissão de Controlo de Infecção (CCI), que efetua a monitorização e desenvolve projetos de melhoria contínua da qualidade no âmbito do controlo de infeção;

O Grupo de Gestão de Acessos Vasculares (AV) que coordena a gestão dos AV

O Grupo de Gestão da Qualidade de Vida que pretende monitorizar a satisfação dos clientes quanto à perceção da sua qualidade de vida e intervir promovendo o aumento da satisfação dos clientes no item avaliado.

Atualmente, a unidade presta cuidados a 65 pessoas com doença renal crónica terminal (DRCT) em PRHD, distribuídas pelos cinco turnos existentes. A capacidade máxima por turno é de 17 clientes, assistidas por dois a quatro enfermeiros, dependendo do número de postos ocupados, a norma das dotações seguras em cuidados de enfermagem, publicada no Diário da República (2019), refere que nas Unidades de Diálise, o número de enfermeiros por posto de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, e recomenda que integrem o mínimo de um enfermeiro, por cada quatro clientes, não devendo ser excedida a razão de

cinco clientes por enfermeiro, sendo que o número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois. (OE, 2019)

Relativamente às instalações, esta unidade possui 2 salas amplas, com 15 unidades numa e 2 unidades noutra, sendo esta última destinada a doentes com necessidade de isolamento (atualmente isolamento de gotículas, podendo converter-se em isolamento para clientes portadores de Hepatite B). Cada unidade inclui a máquina de dialise e o cadeirão. Estas não possuem qualquer tipo de barreira entre elas e estão distanciadas com cerca de dois metros, o que constitui um desafio à manutenção do controlo de infeção e da privacidade dos doentes. Por outro lado, constitui uma vantagem em termos de vigilância dos doentes, uma vez que existe um posto de enfermagem num local estratégico no qual está sempre um enfermeiro e é possível visualizar todos os doentes.

Os clientes são maioritariamente idosos com idades compreendidas entre os 23 e 95 anos, sendo 63% mulheres e 37% Homens; A maioria dos clientes é independente no autocuidado e deambulação; quanto ao grau de literacia predomina o primeiro ciclo como nível de escolaridade. As patologias mais frequentemente associadas são a diabetes Melitus, a hipertensão arterial, constituindo na maioria dos casos a patologia primária.

Quanto aos acessos vasculares, existem cinquenta e três clientes com Fistula Arterio Venosa (FAV) FAV, cinco com Enxerto Arterio Venoso (EAV) e sete com Cateter Venoso Central (CVC). E a técnica de canulação utilizadas são a técnica em escada e a técnica botoeira, sendo a primeira aplicada em 63 clientes e a última apenas em dois.

Esta unidade conta com o apoio de uma equipa de AV, composta por dois Cirurgiões Vasculares e de um centro de acessos contratualizado. A vigilância do AV de todos os doentes é realizada na unidade por esta equipa em parceria com os gestores de AV, que faz avaliação dos mesmos de 45 em 45 dias e em SOS, sendo apenas necessária a deslocação dos clientes quando existe a necessidade de intervir cirurgicamente no AV.

~~A vigilância diária do sistema de tratamento de águas é realizada pelos auxiliares que tiveram formação para o efeito. As desinfecções deste e a produção de ácido é assegurada por uma empresa externa.~~

O sistema informático existente para registos de enfermagem é o Nefrus, e o Terapy Monitor. O Nefrus é um programa de registo clínico intuitivo, que comunica com o Terapy Monitor e

contém os campos básicos necessários para a documentação dos cuidados de enfermagem. No entanto, poderia ser melhorado em alguns aspetos, nomeadamente:

Complementar alguma informação, (exemplo: condições da avaliação da tensão arterial);

Permitir a comunicação com todos os registos efetuados no monitor de diálise, promovendo o registo em tempo real;

Permitir sempre registo de todos os campos e respetiva atualização mesmo após finalização, o que nem sempre é possível por erros de sistema.

A equipa tem boas competências organizacionais, existindo uma definição clara dos papéis a desempenhar, nomeadamente do especialista e um ambiente saudável no qual a equipa multidisciplinar exerce uma parceria eficaz, sendo a gestão realizada pela equipa de enfermagem. Apesar de considerar que existe uma comunicação eficaz, é considerado pertinente retomar as reuniões mensais que outrora existiam e foram suspensas durante o período de pandemia.

É usado o Body Composition Monitor (BCM) para aferir o peso do doente sempre que as evidências clínicas o justificarem, este teste é realizado pela Nutricionista.

Existem consultas de nefrologia, nutrição na admissão e sempre que a situação justifica uma consulta individual, na qual pode ser envolvido o cuidador/familiar do cliente.

Não existe um plano de formação anualmente definido, as formações vão surgindo à medida que são identificadas as necessidades de formação.

Existem vários protocolos relacionados com o controlo de infeção e com a gestão dos acessos vasculares.

Quanto à metodologia de trabalho, pode considerar-se que o principal método instituído é o individual, onde um único enfermeiro assume a responsabilidade total pela assistência a um grupo de doentes durante o turno.(Ventura, João, 2024) No entanto, sendo a filosofia de trabalho desta instituição centrada no cliente, para garantir a continuidade destes cuidados e a otimização dos recursos, algumas tarefas são partilhadas, numa ótica de trabalho em equipa, o qual é liderado e supervisionado pelo enfermeiro responsável pelo doente, que garante a qualidade dos cuidados através da dupla verificação.(Ventura, João, 2024) Especialmente, no âmbito da vigilância dos acessos é aplicado o método de trabalho

enfermeiro responsável ou de referência, garantindo uma melhor gestão e coordenação dos cuidados a ter com os acessos.(Ventura, João, 2024)

A planificação dos objetivos enquadra-se na Unidade Curricular do 2.º semestre – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O estágio de enfermagem será realizado Clínica de Hemodialise no norte do país, decorrendo entre 19 de setembro de 2024 e 9 de abril de 2025, com um total de 384 horas, sob a orientação do Professor Igor Pinto. A supervisão clínica estará a cargo da Enfermeira Especialista Vera Gomes. Os objetivos propostos foram elaborados em conformidade com as orientações do Guia de Orientação de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.

A metodologia utilizada na planificação dos objetivos baseou-se numa abordagem descritiva, com recurso a observação atenta do contexto, a introspeção e reflexão e a pesquisa bibliográfica dos regulamentos da OE relativos às competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados.

A estrutura deste projeto inclui a descrição dos objetivos gerais e específicos que pretendo atingir, bem como a planificação das atividades a desenvolver para a sua execução, recorrendo a um cronograma, e o respetivo resultado esperado.

1. OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO FINAL

Os objetivos propostos vão de encontro com o domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e o domínio das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica.

Objetivo Geral: 1. Desenvolver competências para capacitar a pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRCT para a gestão de líquidos
Objetivo Específico: 1.1. Desenvolver competências para promover adesão à gestão de líquidos
Intervenções: 1.1.1. Revisão da literatura sobre adesão ao regime terapêutico, fatores que influenciam adesão e intervenção do enfermeiro para ter sucesso na adesão (aliança terapêutica, perfis de autocuidado) 1.1.2. Definir estratégias para uma adesão com sucesso 1.1.3. Criar guião de implementação estratégias 1.1.4. Discutir com tutor e orientador 1.1.5. Treinar as estratégias definidas, com 2 doentes 1.1.6. Reformular o guião 1.1.7. Treinar as estratégias definidas, com 2 doentes
Objetivo Específico: 1.2. Desenvolver competências de intervenção na pessoa com DRCT sobre a ingestão de líquidos.
Intervenções: 1.2.1. Revisão da literatura sobre avaliação e estratégias para promover conhecimento sobre a ingestão de líquidos 1.2.2. Selecionar instrumento de avaliação do conhecimento 1.2.3. Definir estratégias para promover o conhecimento sobre autogestão da ingestão de líquidos na pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRCT 1.2.4. Criar guião de implementação estratégias 1.2.6. Discutir estratégias com tutor e orientador 1.3.1. Aplicar o instrumento de avaliação do conhecimento a 2 doentes para avaliação inicial 1.3.2. Executar estratégias de promoção do conhecimento sobre a ingestão de líquidos com 2 doentes 1.3.3. Aplicar o instrumento de avaliação do conhecimento a 2 doentes para avaliação final. 1.3.4. Documentar de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados, fundamentando a tomada de decisão.
Resultado Esperado: Aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área à pessoa em situação crónica, como o cuidar da pessoa e família a vivenciar a DRCT, através de implementação de intervenções especializadas que promovam a facilitação dos processos de transição saúde/doença e a autogestão da ingestão de líquidos.

Objetivo Geral: 2. Maximizar o ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRCT, na vigilância e patência do AV
Objetivo Específico: 2.1. Desenvolver competências no âmbito da prevenção de aneurismas e patência do AV
Intervenções: 2.1.1. Revisão da literatura sobre prevenção de aneurismas e patência do acesso 2.1.2. Definir estratégias para a patência do acesso 2.1.3. Criar guião de implementação estratégias 2.1.4. Discutir estratégias com tutor e orientador 2.1.5. Treinar as estratégias com 1 doente
Objetivo Específico: 2.2. Desenvolver competências de diagnóstico sobre complicações no AV
Intervenções: 2.2.1. Revisão da literatura sobre complicações no acesso vascular e a sua relação com o tipo de acesso vascular 2.2.2. Ler e interpretar os relatórios das consultas de cirurgia vascular 2.2.3. Participar no curso sobre Gestão de Acessos Vasculares 2.2.4. Participar no programa de gestão de AV da unidade de HD
Resultado Esperado: Aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, contribuindo para uma praxis clínica especializada baseada na evidência científica e promovendo a implantação de padrões de qualidade de cuidados de excelência no âmbito da gestão dos acessos vasculares.
Objetivo Geral: 3. Desenvolver competências de intervenção na promoção do papel do enfermeiro especialista enquanto agente facilitador nos processos melhoria contínua da qualidade no âmbito da prevenção e controlo de infeção na HD.
Objetivo Específico: 3.2. Desenvolver competências de intervenção na promoção da adesão a medidas de prevenção e controlo de infeção na abordagem ao AV
Intervenções: 3.2.1. Revisão da literatura sobre fatores higienização das mãos; boas praticas de manipulação de AV; e partilha de equipamentos. 3.2.2. Participação em eventos científicos com enfoque na área de prevenção e controlo da infeção; 3.2.3. Participação no programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito da prevenção e controlo da infeção, instituído no campo de estágio. 3.2.4. Participar com E-Poster <i>“Controlo de infeções em acessos vasculares para hemodiálise incidência e prevenção”</i> no 6º Congresso IACS 2024 3.2.5. Identificar áreas de melhoria na minha prática clínica (autoavaliação e submissão a auditoria) 3.2.6. Treinar boas práticas para prevenção e controlo de infeção
Resultado Esperado: Aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, contribuindo para uma praxis clínica especializada baseada na evidência científica e promovendo a implantação de padrões de qualidade de cuidados de excelência no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

2. PLANIFICAÇÃO:

2.1. PLANEAMENTO DE RECURSO:

Recursos Humanos:

- Orientador
- Tutor
- Diretor de enfermagem
- Diretor clínico
- Enfermeiros
- Auxiliares
- Clientes

Recursos Materiais:

- Protocolos e procedimentos
- Livros
- Projetor
- Portátil
- Internet
- Objetos para medição de líquidos
- Folhas de papel A4
- Impressora
- Tablet
- Caneta

Recursos Financeiros:

- 60 euros inscrição no 6º congresso IACS
- 20 euros Inscrição curso de gestão de AV
- 300 euros combustível para deslocações
- 20 euros internet

Recursos Tecnológicos

- Plataforma E4Nursing
- Plataforma EBSCO
- Plataforma Google Académico
- Programa de edição de imagem
- Programa de edição de vídeo
- Programa Word
- Programa Power Point
- Programa Excel

2.2. PLANEAMENTO DOS OBJETIVOS

[illegible]

3. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO

3.1. MONITORIZAÇÃO

- Utilização de questionários; entrevistas e grelhas de observação

FORÇAS:		FRAQUEZAS:	
Forte motivação para o tema	20	Domínio de inglês insuficiente	10
Responsabilidade	20	Domínio da investigação insuficiente	10
Resiliência	20	Pouca experiência na elaboração e implementação de projetos	10
Capacidade de organização	20	Desgaste físico e psicológico por acumulação de carga de trabalho	20
Vontade de melhorar o desempenho profissional	20	Pouca flexibilidade de horário no local de trabalho	18
Contexto de estágio semelhante ao contexto de trabalho	18	Escassez de tempo	20
Competências na área de hemodiálise	18		
Proximidade do domicílio	18		
Bom suporte familiar	18		
	19		11
			30

OPORTUNIDADES:		AMEAÇAS:	
Orientador prestável e atencioso	20	Horário da tutora maioritariamente noturno	5
Tutora prestável e atenciosa	20	Limitação de intervenção a clientes durante o turno ou tempo de espera pré-diálise.	10
Áreas de expertise da orientadora coincidem com áreas de expertise que pretendo desenvolver	20	Falta de privacidade na sala de tratamento	15
Equipa de acessos vascular local	18	Dificuldade em reunir presencialmente com cuidadores	15
Oportunidade de assistir a construção ou intervenção cirúrgica	10	Enfermeiros com pouca disponibilidade de tempo	20
Boas competências organizacionais	15	Dificuldade de acompanhamento consistente dos clientes	5
Boas competências de comunicação	15		
Bom espírito de equipa	15		
Acesso fácil a dados informáticos	18		
	17		12
			29

3.2. CONTROLO

- Reunião semanal com a enfermeira Tutora;
- Reunião quinzenal com a enfermeiro Orientador;
- Ajuste do plano conforme necessário, com base na identificação de eventuais riscos ou problemas.

3.3. AVALIAÇÃO

- Auto-avaliação com base na grelha de avaliação e nos objetivos de estágio
- Reunião Intercalar dia 4 de dezembro
- Auto-avaliação com base na grelha de avaliação e nos objetivos de estágio
- Reunião Final de Estágio dia 14 de fevereiro
- Entrega provisória do relatório de estágio ao orientador dia 9 de março
- Submissão do relatório de estágio dia 9 de abril

4. CONCLUSÃO

A concretização desta planificação exige dedicação, empenho e motivação, e pressupõe ainda um compromisso com os objetivos pessoais propostos, servindo de fio condutor ao longo do estágio, para o desenvolvimento das competências específicas na área de enfermagem á pessoa em situação crónica.

5.BIBLIOGRAFIA

Amorim Evaristo, A., & Marques, P. (2018). Perfil De Autocuidado Do Doente Em Tratamentos Com Hemodiálise: Estudo Descritivo Transversal. *Onco.news*, 11(37), 43–51. <https://doi.org/10.31877/on.2018.37.06>

International Society of Nephrology (ISN). (2019). ISN Global Kidney Health Atlas. https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas_2019_WebFile-1.pdf

Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. D. C., Serra, I. D. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841-853.

National Kidney Foundation (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-163. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Ordem dos Enfermeiros – Agosto 2016. Acedido a 12/11/2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019: Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 25 de setembro, 128-146.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). (2022). Relatório Anual 2022. Disponível em: spnefro.pt

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). (2023). Gabinete do registo da doença renal crónica da sociedade portuguesa de nefrologia. <https://www.anadial.pt/wp-content/uploads/2024/03/registo-nacional-de-doenca-renal-cronica.pdf>

Ventura, J. (2024). Métodos de trabalho dos enfermeiros no contexto hospitalar: Contributos para a qualidade e segurança dos cuidados.

Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., Raposo, J. F., Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479-487. <https://doi.org/10.1159/000508678>

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDO DE CASO

Autor responsável: Vera Filipa Correia de Freitas

e-mail: 2023100166@essnortecvp.pt

Endereço: Rua da Cruz Vermelha Cidacos - Apartado 1002 3720-126 Oliveira de Azeméis

O Sr (a) _____ está a ser abordado(a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos e laboratoriais, do seu caso clínico que se encontram nos seus registos clínicos (médico, assistente social, nutricionista, enfermagem) para finalidades académicas. O nosso objetivo será analisar e discutir as características de sua doença em meio académico em função das particularidades de apresentação de sua doença, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado. A sua autorização évoluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelos profissionais assistentes e pesquisadores. Todos os dados serão tratados garantindo o sigilo profissional. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. O seu nome não será publicado sem a sua permissão, nem será identificado em nenhuma publicação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo autor deste trabalho académico, e a outra ser lhe há fornecida.

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade _____ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, eu _____ concordo em participar neste trabalho académico.

Assinatura do voluntário _____

Assinatura do Autor _____ Vera Filipa Correia de Freitas 05/11/24 05/11/24

Em caso de dúvida de caráter ético, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis Endereço: Rua da Cruz Vermelha Cidacos - Apartado 1002 3720-126 Oliveira de Azeméis Horário de funcionamento: 9h00 às 18h00 horas da segunda a sexta Telefone: +351 256 661 430 ou através do endereço de e-mail: 2023100166@essnortecvp.pt.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDO DE CASO

Autor responsável: Vera Filipa Correia de Freitas

e-mail: 2023100166@essnortecvp.pt

Endereço: Rua da Cruz Vermelha Cidacos - Apartado 1002 3720-126 Oliveira de Azeméis

O Sr (a) _____ está a ser abordado(a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos e laboratoriais, do seu caso clínico que se encontram nos seus registos clínicos (médico, assistente social, nutricionista, enfermagem) para finalidades académicas. O nosso objetivo será analisar e discutir as características de sua doença em meio académico em função das particularidades de apresentação de sua doença, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelos profissionais assistentes e pesquisadores. Todos os dados serão tratados garantindo o sigilo profissional. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. O seu nome não será publicado sem a sua permissão, nem será identificado em nenhuma publicação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo autor deste trabalho académico, e a outra ser lhe há fornecida.

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade _____ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, eu _____ concordo em participar neste trabalho académico.

Assinatura do voluntário _____ 01/11/24
Assinatura do Autor Vera Filipa Correia de Freitas 01/11/24

Em caso de dúvida de caráter ético, entrar em contato com o Comité de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis Endereço: Rua da Cruz Vermelha Cidacos - Apartado 1002 3720-126 Oliveira de Azeméis Horário de funcionamento: 9h00 às 18h00 horas de segunda a sexta Telefone: +351 256 661 430 ou através do endereço de e-mail: 2023100166@essnortecvp.pt.

DECLARAÇÃO DE

CONSENTIMENTO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS E SOM E CEDÊNCIA
DOS DIREITOS DE IMAGEM

Datas de realização 06/01/2025 a 14/01/2025

Eu, _____, declaro de
minha livre vontade e sem nada ter a obstar, para todos os efeitos legais, que permito que
a aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crônica, Vera Filipa Correia de Freitas, atualmente a desenvolver o estágio
de natureza profissional com relatório final de estágio, realize captação e gravação de
imagens, para uso posterior numa formação em serviço, cujo objetivo é a sensibilização
para a higienização das mãos e prevenção da contaminação cruzada e respetiva
avaliação em meio académico. Não serão evidenciados os rostos dos clientes, nem será
identificada a instituição. Será apenas identificado o rosto da enfermeira, atriz principal,
com a devida autorização escrita.

Mais declaro, que autorizo que as referidas gravações possam ser reproduzidas
parcialmente, ou na sua totalidade, para efeitos de formação/sensibilização em serviço
"Higienização das mãos e transmissão cruzada" que será concretizada em sessões
repetidas durante o período 20.01.2025 a 14.01.2025, ficando, desde já, expresso que as
gravações não serão cedidas nem usadas para divulgação ou publicidade por quaisquer
meios ou suportes de comunicação, incluindo nas redes sociais ou institucionais.

Deste modo, declaro que, em conformidade com a legislação em vigor e sem prejuízo do
direito à honra, intimidade e imagem própria, cedo de forma expressa, gratuita,
permanente, incondicional e definitiva todos os direitos emergentes das mencionadas
gravações e que em virtude da presente autorização e cedência não me é devida,
qualquer remuneração, compensação ou indemnização.

Fui informado/a que para qualquer informação sobre o tratamento dos meus dados
pessoais posso consultar a POLÍTICA DE PRIVACIDADE E DE TRATAMENTO DE DADOS
INSTITUCIONAIS, ou enviar email para 2023100166@essnortecvp.pt.

(Local e data)

Assinatura do/a declarante

DECLARAÇÃO DE

CONSENTIMENTO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS E SOM E CEDÊNCIA
DOS DIREITOS DE IMAGEM

Datas de realização 06/01/2025 a 14/02/2025

Eu, _____, declaro de
minha livre vontade e sem nada ter a obstar, para todos os efeitos legais, que permito que
a aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crônica, Vera Filipa Correia de Freitas, atualmente a desenvolver o estágio
de natureza profissional com relatório final de estágio, realize captação e gravação de
imagens, para uso posterior numa formação em serviço, cujo objetivo é a sensibilização
para a higienização das mãos e prevenção da contaminação cruzada e respetiva
avaliação em meio académico e científico. Não serão evidenciados os rostos dos
doentes, nem será identificada a instituição. Será apenas identificado o rosto da
enfermeira, atriz principal, com a devida autorização escrita.

Mais declaro, que autorizo que as referidas gravações possam ser reproduzidas
parcialmente, ou na sua totalidade, para efeitos de formação/sensibilização em serviço
"Higienização das mãos e transmissão cruzada" que será concretizada em sessões
repetidas durante o período 20.01.2025 a 14.02.2025, ficando, desde já, expresso que as
gravações não serão cedidas nem usadas para divulgação ou publicidade por quaisquer
meios ou suportes de comunicação, incluindo nas redes sociais ou institucionais.

Deste modo, declaro que, em conformidade com a legislação em vigor e sem prejuízo do
direito à honra, intimidade e imagem própria, cedo de forma expressa, gratuita,
permanente, incondicional e definitiva todos os direitos emergentes das mencionadas
gravações e que em virtude da presente autorização e cedência não me é devida,
qualquer remuneração, compensação ou indemnização.

Fui informado/a que para qualquer informação sobre o tratamento dos meus dados
pessoais posso consultar a POLÍTICA DE PRIVACIDADE E DE TRATAMENTO DE DADOS
INSTITUCIONAIS, ou enviar email para 2023100166@essnortecvp.pt.

(Local e data)

Assinatura do/a declarante

DECLARAÇÃO DE
CONSENTIMENTO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS E SOM E CEDÊNCIA
DOS DIREITOS DE IMAGEM

Datas de realização 05/01/2025 a 14/02/2025

Eu, , declaro de minha livre vontade e sem nada ter a obstar, para todos os efeitos legais, que permito que a aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica, Vera Filipa Correia de Freitas, atualmente a desenvolver o estágio de natureza profissional com relatório final de estágio, realize captação e gravação de imagens, para uso posterior numa formação em serviço, cujo objetivo é a sensibilização para a higienização das mãos e prevenção da contaminação cruzada e respetiva avaliação em meio académico e científico. Não serão evidenciados os rostos dos doentes, nem será identificada a instituição. Será apenas identificado o rosto da enfermeira, atriz principal, com a devida autorização escrita.

Mais declaro, que autorizo que as referidas gravações possam ser reproduzidas parcialmente, ou na sua totalidade, para efeitos de formação/sensibilização em serviço "Higienização das mãos e transmissão cruzada" que será concretizada em sessões repetidas durante o período 20.01.2025 e 14.02.2025, ficando, desde já, expresso que as gravações não serão cedidas nem usadas para divulgação ou publicidade por quaisquer meios ou suportes de comunicação, incluindo nas redes sociais ou institucionais.

Deste modo, declaro que, em conformidade com a legislação em vigor e sem prejuízo do direito à honra, intimidade e imagem própria, cede de forma expressa, gratuita, permanente, incondicional e definitiva todos os direitos emergentes das mencionadas gravações e que em virtude da presente autorização e cedência não me é devida, qualquer remuneração, compensação ou indemnização.

Fui informado/a que para qualquer informação sobre o tratamento dos meus dados pessoais posso consultar a POLÍTICA DE PRIVACIDADE E DE TRATAMENTO DE DADOS INSTITUCIONAIS, ou enviar email para 2023100166@essnortecvp.pt.

, 14/02/2025

(Local e data)

Assinatura do/a declarante

Anexo III

CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

formação.

no 6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controle de Infecção, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de

Vera Filipa Correia de Freitas

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

A Comissão Científica

Prof.^a Doutora Fernanda Príncipe

Prof.^a Doutora Fernanda Princi

www.essnorciv.pt

[illegible]



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA FILIPA CORREIA DE FREITAS

membro nº 59860 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - Saúde Mental na pessoa em tratamento dialítico", realizado no dia 10 de Outubro de 2024, com duração total de 2 horas no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 10 de Outubro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA FILIPA CORREIA DE FREITAS

membro nº 59860 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 4", realizado no dia 29 de Outubro de 2024, com duração total de 01h30, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 29 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA FILIPA CORREIA DE FREITAS

membro nº 59860 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 2", realizado no dia 15 de Outubro de 2024, com duração total de 02h00 no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA FILIPA CORREIA DE FREITAS

membro nº 59860 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 1", realizado no dia 1 de Outubro de 2024, com duração total de 1h30 no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 1 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Anexo IV

CERTIFICADO

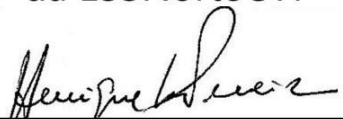
Certifica-se a presença de:

Vera Filipa Correia de Freitas

no curso pré-congresso: “Gestão de Acessos Vasculares”, realizado no âmbito do **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, no dia 23 de outubro de 2024, no Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 3 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 23 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica



Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

Anexo V

CONTROLO DE INEÇÖES EM ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE INCIDÊNCIA E PREVENÇÃO

Vera Freitas¹; Igor Pinto²; Liliana Mota²;

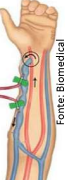
¹ Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica na ESSNorteCVP; E-mail: vera.f.freitas@gmail.com;

² Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa - Oliveira de Azeméis;

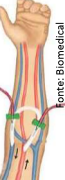
ENQUADRAMENTO

O acesso vascular é considerado a linha de vida do doente sendo fundamental a sua preservação, incluindo a prevenção da infeção. Existem três tipologias de acesso, nomeadamente: a fístula arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso (EAV) e o cateter venoso central (CVC). A manipulação e vigilância do acesso, requer monitorização e técnica assética rigorosa¹. A FAV é uma anastomose entre uma artéria e uma veia de forma a permitir débito sanguíneo adequados para a hemodiálise (HD).¹ O EAV consiste numa anastomose na qual é utilizada uma prótese de poliuretano⁴. O CVC é um dispositivo inserido na veia jugular, na subclávia ou na femoral, para garantir o acesso vascular imediato em doentes que necessitam de HD urgente ou na impossibilidade de utilizar uma FAV ou um EAV¹. Existem três técnicas de canulação de FAV: a técnica em área, a técnica em botteira e a técnica em escada. A técnica em área, onde a canulação é efetuada repetidamente no mesmo local, fragilizando a veia e consequente desenvolvimento de aneurismas, sendo desaconselhada³. A técnica de botteira, está associada menor dor e consiste na canulação repetida no mesmo ponto, criando um "ponto de entrada" resistente, mas exige uma prática exemplar para evitar complicações³. Já a técnica em escada distribui as punções ao longo da fístula, promovendo a cicatrização adequada e prevenindo aneurismas³. As infeções são a segunda principal causa de morte e hospitalização entre doentes de HD. As taxas de infeções são influenciadas pelas características do doente, que é imunodeprimido, pelo tipo de acesso vascular e pelos respetivos cuidados prestados². Assim, conhecer a incidência da infeção associada a cada tipo de acesso vascular e técnicas de canulação pode ser relevante para a tomada de decisão.

Da revisão narrativa foram selecionados 5 artigos que melhor respondiam ao objetivo pretendido.



Fonte: Biomedical



Fonte: Biomedical



Fonte: Biomedical



TÉCNICA ÁREA



TÉCNICA BOTTEIRA



TÉCNICA ESCADA

A canulação em área, é uma prática em desuso, devido às complicações inerentes ao trauma repetido e consequente criação de condições favoráveis para a colonização e bacteriana.^{1,3} A canulação em botteira tem sido associada a maiores riscos de infeção em comparação com técnica em escada devendo ser reservada para situações de maior complexidade na acessibilidade ao vaso ou necessidade de redução da dor.^{1,3}

- ☐ Técnica Escada: Rotação adequada dos locais de canulação para evitar trauma repetido e danos nos tecidos¹
- ☐ Técnica Botteira: técnica de canulação e de assética rigorosa¹
- ☐ Higienização adequada das mãos e do local de punção¹
- ☐ Assepsia rigorosa (uso adequado de clorexidina ou iodopovidona)¹
- ☐ Monitorização (exame físico, imagiologia)¹ – se sinais de infeção:
 - ☐ Microbiologia (sangue e exsudado)¹
 - ☐ Iniciar antibioterapia empírica e ajuste posterior¹
 - ☐ Idealmente não usar o acesso infetado¹
 - ☐ Avaliação multidisciplinar (incluindo cirurgia vascular)¹

RESULTADOS / DISCUSSÃO

INCIDENCIA DE INEÇÖ POR TIPO DE ACESSO VASCULAR

As infeções na corrente sanguínea são inferiores entre doentes que iniciam a HD com uma FAV (6,4%) ou EAV (7,5%) em comparação com os doentes que utilizam um CVC (15%).¹

A FAV é considerada o *gold-standard* em termos de segurança e durabilidade, porque é construída com material autólogo do doente, o que reduz a probabilidade de infeção.^{1,3} Apesar dos diferentes métodos de canulação e riscos envolvidos, o CVC continua a ser o acesso com maior risco de infeção, devendo a incidência da infeção ser inferior a 1,5/1000 dias, seguido pelo EAV.¹

A técnica de canulação em escada apresenta menor risco de infeção, seguida pelas técnicas de botteira e de área, mas está associada a uma maior dor durante a canulação e maior complexidade de execução, sobretudo quando comparada com a técnica de botteira.⁵ Por este motivo, é essencial adotar uma abordagem clínica individualizada, de modo a equilibrar o controlo de infeções com outros fatores como a dor, a fobia de agulhas, a complexidade do acesso vascular, o património vascular, entre outros.⁵

CONCLUSÃO

Existem variações significativas nas taxas de infeção entre os vários tipos de acessos vasculares para HD, sendo o CVC o que representar o maior risco de infeção. A escolha da técnica de canulação influencia diretamente o risco de infeção.^{1,5} A implementação de boas práticas, tais como higienização rigorosa, uso de antissépticos adequados e manipulação correta dos acessos, pode reduzir significativamente as complicações infecciosas.^{1,4} No entanto, a par destas estratégias devem ser considerados outros aspetos importantes além do risco de infeção, como a preservação do património vascular, a minimização da dor e a otimização da qualidade de vida do doente. Portanto, é necessária uma abordagem holística, de forma a otimizar as opções de tratamento.²

PALAVRAS CHAVE

- ☐ Acessos vasculares
- ☐ Hemodiálise
- ☐ Infeção
- ☐ Prevenção
- ☐ Canulação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Vera Freitas, Liliana Mota, Igor Pinto

Apresentaram o É-Poster “Controlo de infeções em acessos vasculares para hemodiálise: incidência e prevenção”
no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25
de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica



Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

PROGRAMA

24 de outubro

09h30 SA: Conferência inaugurai: "IACS - dilemas, oportunidades, imponderáveis"
Acácio Rodrigues (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)
Moderador: Luis Pedro (ULSSEDV, Portugal)

10h00 SA: Sessão de abertura
Vitor Marques (Veredador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULSSEDV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)

11h00 Coffee Break

11h30 SA: Painel: Stop Infecção - Like a bridge over troubled waters
"Está no Stop vale a pena?" (ontem, hoje e amanhã)" Rosário Rodrigues (ULSAR, Portugal)
"Mentoria e Melhoria Inintermitente entre iguais" Margarida Dinis (ULS Santa Maria, Portugal)
"Melhorar, melhorar sempre" Rute Miranda (ULSAR, Portugal)
Moderador: Paulo André (ULSAR, Portugal)

SA: Painel: BRUSH Beyond Routine: Using a Sustained Hospital program for oral care
"Pneumonia associada à intubação" Catarina Conceição (ULSLO, Portugal)
"Higiene oral na disfagia" Daniela Ferreira (ULSSEDV, Portugal)
"Protocolo de cuidados à boca" Maria João Brito (ULSLO, Portugal)
Moderador: Clara Carvalho (ULSLO, Portugal)

S7: Painel: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias
"Análise de Urina e Cultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" Ana Raquel (ULSSEDV, Portugal)
"A Microbiologia e o Diagnóstico: Desvendar o invisível para tratamentos precisos" Hugo Cruz (CHUSA, Portugal)
"Bactérias Multirresistentes: Um Desafio Emergente" Carla Mimoso (CHULN, Portugal)
Moderador: Mariana Silva (ULSSEDV, Portugal)

S8: Painel: Preparar o futuro dos EPC (Enterobacteriales produtores de carbapenemases)
"Combater a colonização infecciosa" Catarina Guerra (ULS Braga, Portugal)
"Cestão de isolamentos" Cláudia Martins (ULS Braga, Portugal)
"A importância do ambiente na transmissão" Ana Rita (ULS Braga, Portugal)
"Mudança comportamental na Saúde: um desafio" Ângela Dias (ULS Braga, Portugal)
Moderador: Isabel Veloso (ULS Braga, Portugal)

S9: Painel: Como organizar o Plano de Controlo de Infecção nos Cuidados de Saúde Primários
"Que ferramentas utilizar?" David Peres (ULS Matosinhos, Portugal)
"Como aplicar? Exemplos" João Divesa & Natália Pinheiro (ULS Matosinhos, Portugal)
"Como monitorizar?" Isabel Neves (ULS Matosinhos, Portugal)
Moderador: Fernanda Vieira (ULS Matosinhos, Portugal)

12h30 Almoço

14h00 SA: Workshop FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é o que não se consegue ver, o que importa"
S6: Workshop RACILAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"

S7: Workshop IMPORQUIMICA "Conceito DDP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz do Biofilme. Ver para criar"

S8: Workshop MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"

S9: Workshop ARIMMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"

15h00 SA: Painel: Investigação e Inovação em controlo de infeção
"Muitos dados, algum conhecimento, pouca inovação" José Artur Paiva (ULS São João, Portugal)
"Inovação tecnológica e Estratégias no Controlo de Infecções: do Laboratório à Prática Clínica" Paulo Alves (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)
"Prioridades da investigação em prevenção e controlo da infeção" Liliana Mota (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
Moderador: António Soares (CINTESIS@RISE, Portugal)

16h00 SA: Simpósio: Novas metodologias na descontaminação de dispositivos médicos
"Impacto da tecnologia de desinfeção de alto nível na colonização microbiana nos sondas de ultrassom endocavitárias"
Ursula Morby (Group Decontamination Lead at University Hospital Limerick, Ireland)
"Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfeção de alto nível, automação Vs processos manuais"
Sarah Blanchard-Wall (Product Manager - Germitec, France)

16h30 SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios
"Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" Marisa Cardo (ULSRL, Portugal)
"Microbiological testing of endoscopes and visual inspection"
Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)
Moderador: Mariana Silva (ULSSEDV, Portugal)

16h00 Comunicações Livres

THINKLab: boas práticas em controlo de Infecção Elena Noriega (ARS Algarve, Portugal)

25 de outubro

09h00 SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"
S6: Workshop DIVISIONCARE "Corinas Antimicrobianas Descartáveis e Recicláveis" Siver Intelligence" Eficácia, Custo e Evidência!"
S7: Workshop MEDLINE "Prevenção das IACS - novas soluções"

S8: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"

S9: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"

SA: Painel: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"

10h00 Saúde Humana Carlos Palos (Portugal)
"Disseminção de Klebsiella pneumoniae multiresistente numa perspectiva One Health" Ângela Novais (UCIBIO/i4HB, Faculdade de Farmácia, UL, Portugal)
Moderador: Isabel Neves (ULS Matosinhos, Portugal)

10h45 Coffee Break

11h15 SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Mahmood Bhutta (United Kingdom)

Moderador: Carlos Carvalho (ULSSEDV, Portugal)

SA: Painel: O papel da academia na prevenção da infeção

11h45 HAlmNovPiev, Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" Teresa Neves (ESEnIC, Portugal)
"HandSafe: Higiene das mãos em estudantes de Enf. de Portugal e Brasil" Cristina Carvalho (ESER, Portugal)
"Prevenção da ITU associada a cateter vesical: Consolidação para mudança" Filipe Paiva-Santos (ESEnIC, Portugal)
Moderador: Susana Filipe (ULS Baixo Mondego, Portugal)

S6: Painel: Foco na neurocirurgia

"Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" Insa Janssen (Hospitals universitários de Genebra, Suíça)
"Gestora de circuito do doente: experiência e mais-valias na prevenção de IACS" Dulcinda Delannoy (Hospitals universitários de Genebra, Suíça)
Moderador: Américo Agostinho (Hospitals universitários de Genebra, Suíça)

S7: Painel: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliar (HD)

"HD do Hospital de Santarém" Yáhya Abuwáda (ULSL, Portugal)
"Tratamento de Infecções Bacterianas por agentes multiresistentes em HD" Ana Mafalda Bastos (ULSSEDV, Portugal)
"Precuções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" Sónia Malaca (ULSL, Portugal)
Moderador: João Duarte (ULSSEDV, Portugal)

S8: Painel: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção em Fisioterapia

"Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" Tânia Churno* (ULS Cova da Beira, Portugal)
"Redução do risco e da valorização das boas práticas em Fisioterapia" Tânia Soares* (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)
"Impacto das boas práticas em higiene das mãos: percepção dos fisioterapeutas" Ana Palma* (ULS de São José, Portugal)
Moderador: Elsa Silva* (ULS de São José, Portugal)
* Segurancça do Doente, Ordem dos Fisioterapeutas, Portugal

S9: Painel: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos

"Melhoria das práticas de prescrição: o sucesso e as lições do programa PAPA na prescrição de antimicrobianos na ULSRA" Liliana Maia (ULSRA, Portugal)
"Projeto drive-AMS: uma nova abordagem de antimicrobrial stewardship" Raquel Duro (ULS do Tâmega e Sousa, Portugal)
"Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição antimicrobiana nas infeções osteoarticulares?" Manuela Vieira e André Santos (ULSRA, Portugal)
Moderador: Filomena Freitas (ULSRA, Portugal)

12h45 Almoço

14h45 SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Peters (University of Geneva, Switzerland)

Moderadora: Mário Branco (ESSNorteCVP, Portugal)

SA: Painel: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infecção

14h45 "Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" Sónia Pereira (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
"Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" Luis Filipe Todo Bom (CH Leiria, Portugal)
"Gloves donning and removal compliance and HCM's preferences" Heck Robert Roland (TritonLife Private Hospitals - Hungria)
Moderador: Liliana Mota (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)

S6: Painel: "Controlo de infeção em Medicina intensiva: um desafio multidisciplinar"

"Resistência aos antimicrobianos: panorama atual" Ana Maria Oliveira (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
"Rastreio e isolamento: desafios atuais" Hugo Tavares (Hospital Lusitana Porto, Portugal)
"Fexes de intervenção - impacto na prática Clínica" Nelson Faria (Hospital CUF Porto, Portugal)
Moderador: Paulo Mergulhão (SPCI, Portugal)

S7: Workshop TEPREL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"

S8: Painel: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias

"Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" Inês Ribeiro (ULSSEDV, Portugal)
"Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocóccas) - Qual a importância?" Catarina Oliveira (ULSSEDV, Portugal)
"Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" Jacinta Carvalhas (ULSSEDV, Portugal)
Moderador: Andrea Rodrigues (ULSSEDV, Portugal)

S9: Painel: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Consensus paper

"Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" Isabel Veloso (ANCI, Portugal)
"Desmistificar o uso de luvas no tratamento de feridas" Viviana Gonçalves (ULS São João, Portugal)
Moderador: David Peres (ANCI, Portugal)

SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patogénicas prioritárias

15h45 Célia Caneiras (Inst. Saúde Ambiental, Faculdade Medicina da UL, Portugal)
Moderador: Bernardo Macedo (ULSSEDV, Portugal)

16h15 SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso

Anexo VI

ANEXO 6 – Vídeo: Higienização das Mãos e Contaminação Cruzada

Link de acesso:

https://drive.google.com/file/d/1l2VphTGs6tAD0atSrql5HB3yJxds_Kk/view

Anexo VII

Plano de formação no âmbito do estágio de natureza profissional inserido no 2º Curso de Mestrado em Enf. MC na área de Enf. à Pessoa em Situação Crónica									
Tema	Objetivos	Destinatários	Modalidade de formação	Organização da formação	Carga horária	Regime	Início	Fim	Local
Higienização das mãos	- Sensibilizar para a importância da correta higienização das mãos; - Relembrar os 5 momentos da higienização das mãos e a diferenciação entre lavagem das mãos e desinfecção das mãos;	Todos os colaboradores da Caledial	- Ação de sensibilização realizada por: - Vídeo (projetado) com ilustração dos erros mais frequentes no contexto de trabalho e informação sobre evidências resultantes da não adesão; - Workshop de higienização das mãos com equipamento fluorescência. - Breve apresentação oral sobre o tema. - Discussão e esclarecimento de dúvidas.	Presencial (Repetição para pequenos grupos)	10min	Laboral	10 Jan	10 Fev	Sala B da Clínica
Autocuidado com o acesso vascular (AV)	- Sensibilizar para o autocuidado do AV, nomeadamente: -Vigilância do acesso e prevenção de complicações do acesso; -Proteção do acesso	- Doentes - Enfermeiros (indiretamente)	- Ação de sensibilização realizada por vídeo (transmitido nas TVs) com ilustração e voz das boas práticas associadas à vigilância e proteção do acesso, incluindo breve fundamentação.	Presencial (Repetição por turno)	10min	Durante a diálise	10 Jan	10 Fev	Sala de diálise

Anexo VIII

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☒	☐	☐	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☒	☐	☐	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☒	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Avaliação da Formação: "Higienização das mãos e Transmissão Cruzada"

Formadora: Vera Freitas

A avaliação desta formação é fundamental para a melhoria contínua das futuras ações. Assinale com um X a opção que melhor representa o seu grau de satisfação, numa escala de 1 (Mau) a 5 (Exelente).

Clareza e organização dos conteúdos apresentados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Relevância da formação para a sua prática profissional

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Competência e domínio do tema por parte do formador

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Capacidade do formador para comunicar e esclarecer dúvidas

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Duração da formação em relação ao conteúdo abordado

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no seu dia a dia

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Meios e métodos utilizados

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Satisfação global com a formação

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☒	☐	Exelente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo IX

Conselhos dietéticos para doentes - Limitar a ingestão de líquidos

Porque preciso de controlar os líquidos que ingiro?

Mais de metade do nosso corpo é constituído por água, o que significa que uma grande parte do peso corresponde aos líquidos e o restante corresponde aos músculos, ossos e gordura. Os líquidos podem causar um aumento de peso rápido (poucos dias), já as outras estruturas do corpo precisam de mais tempo para se refletir no peso (semanas ou meses). Assim, de uma forma geral, assume-se que o aumento de peso entre dialises corresponde ao líquido acumulado, sendo 1litro correspondente a 1kg. Quando esta percentagem é superior podem surgir sintomas como:

- Olhos inchados
- Dores de cabeça
- Tensão arterial elevada
- Inchaço dos pés, tornozelos e por vezes das pernas (edema)
- Falta de ar - devido à presença de líquido nos pulmões (edema pulmonar)

Numa pessoa saudável o excesso de água e de outros elementos como o potássio e o fósforo, são eliminados principalmente pelos rins. No seu caso, esta eliminação não acontece corretamente, ficando os líquidos acumulados, no sangue, nas células e pulmões, provocando os sintomas anteriormente descritos.

O aumento excessivo de líquido entre dialises, que é designado por ganho de peso interdialítico excessivo, resulta em aumento da quantidade de sangue e consequente tensão arterial alta e aumento do esforço cardíaco, que por sua vez, provoca um aumento do tamanho do músculo do coração. A longo prazo estas alterações causarão uma redução da capacidade do coração para bombear o sangue a que chamamos - insuficiência cardíaca e consequente redução da tensão arterial crónica, o que dificulta a remoção de líquidos na diálise, entre muitas outras limitações no seu dia a dia.

Portanto, é urgente aprender a autocontrolar a ingestão de líquidos e prevenir estas complicações!

Como posso autocontrolar a ingestão de líquidos?

1º com ajuda do seu enfermeiro, médico ou nutricionista, determine a quantidade de líquidos que pode ingerir por dia e aprenda a ajustar essa quantidade à medida que as condições se modificam.

A quantidade de líquidos que pode beber por dia depende do seu estado de saúde e do tratamento. Se tiver uma doença renal e necessitar de diálise, a sua dose de líquidos dependerá de três fatores:

- O tipo de diálise que faz

- A frequência da diálise
- O seu débito urinário diário

No seu caso, faz **hemodiálise**, os seus ganhos de líquidos entre sessões devem ser mínimos. Normalmente, a sua **dose de líquidos diária** será:

500 ml + o seu volume de urina em 24h.

Assim, se ainda urina com abundância, significa que tem função renal residual, sendo essencial que avalie a quantidade de urina em 24h regularmente para ajustar o que pode beber.

Deve também ter em conta se removeu todos os líquidos na última sessão, isto é, se atingiu o seu peso seco no final do tratamento. Caso contrário, deve subtrair o que não removeu à quantidade que pode ingerir até à próxima diálise. Por exemplo: pesa 65kg e urina em 24h 1200ml, mas o seu peso final foi 65,3kg só pode ingerir 1400ml ($1200\text{ml} + 500\text{ml} = 1700\text{ml} - 0,300\text{ml} = 1400\text{ml}$). Portanto, **mantenha-se informado sobre o seu peso seco atual e observe o seu peso na balança quando se pesar no final do tratamento.**

Regra geral, de forma a proteger o seu coração e evitar complicações durante o tratamento, como caibras, redução abrupta das tensões arteriais, mal-estar, tonturas e vômitos, nunca deve ter um aumento superior a 4,5% do seu peso seco, nem remover mais do que 10ml/kg/h de líquido durante o tratamento.

A minha dose de líquidos é de _____ ml por dia.

2º faça uma alimentação pobre em sal, pois provocam sede e dificultarão muito o seu autocontrolo.

Dicas para reduzir a quantidade de sal na sua alimentação

- Leia os rótulos dos alimentos e escolha alimentos com um teor de sal mais baixo
- Prefira alimentos frescos e naturais, sem adição de sal
- Preferencialmente não adicione sal durante a cozedura ou à mesa.
- Se não conseguir reduza gradualmente o sal adicionado na confeção de alimentos, use uma colher de sobremesa e reduza gradualmente a quantidade, em breve o seu paladar irá habituar-se.
- Substitua o sal por especiarias e ervas aromáticas, como alho fresco, cebola fresca, alho em pó, cebola em pó, pimenta preta, sumo de limão e vinagre. Tenha atenção aos substitutos do sal, pois geralmente têm muito potássio
- Opte por adicionar sal em apenas um dos acompanhamentos.
- Se precisar de comer no restaurante, peça alimentos cozinhados na hora que seja possível não adicionar sal.
- Faça refeições saudáveis a mais e congele, dessa forma, quando não tiver tempo para cozinhar, poderá evitar recorrer ao restaurante ou a refeições rápidas e pouco saudáveis.

3º Ponha em prática a autogestão de líquidos.

Para conseguir autogestão de líquidos precisa primeiro ter consciência do que são líquidos e da quantidade que ingere e que elimina. Alguns copos ou canecas podem ser enganosos, por isso aconselhamos que, inicialmente, meça a capacidade da loiça que usa habitualmente e registre cada dose ingerida e eliminada. Considere uma margem para todos os líquidos ingeridos noutras consistências, como sopas, iogurtes, cremes, gelatinas, gelado, gelo, papas, ensopados, molhos, etc.

Sugerimos também algumas **dicas para facilitar a autogestão:**

- Use uma garrafa com a dose de líquido que pode ingerir e distribua a sua dose de líquidos uniformemente ao longo do dia
- Para outras bebidas, utilize um copo ou chávena de tamanho mais pequeno e encha-o apenas até meio.
- Se sentir sede, use rodela de limão ou pastilha elástica de menta sem açúcar para aumentar a salivação e manter a boca fresca. Ou enxague a boca com elixir bucal ou água, sem a ingerir, para manter a boca humedecida.
- Mantenha os lábios hidratados com batom labial
- Tome os seus medicamentos com os alimentos, sempre que possível (exceto se o rótulo indicar o contrário), alguns comprimidos podem ser triturados, informe-se com o seu enfermeiro.

Autogestão de líquidos e a Hemodialise

O objetivo da hemodialise deve ser ajustado em função do seu aumento de peso entre dialises, que deve ser analisado pelo profissional.

7 dicas gerais para autogestão de Líquidos:

- **Informe o enfermeiro sobre todas as perdas de líquidos**, fora do habitual, que teve entre diálises, como vômitos, diarreia (ou obstipação prolongada) e transpiração excessiva.
- Informe o seu enfermeiro se teve algum dos **sintomas sugestivos de excesso de líquidos**: olhos inchados, dores de cabeça, tensão arterial mais elevada, inchaço dos pés, tornozelos e por vezes das pernas, falta de ar.
- **Conheça a margem de líquidos que pode ingerir em 24 horas** (500 ml + o seu volume de urina em 24h).
- **Conheça o seu peso seco** e preste atenção se atinge esse objetivo no final do tratamento.
- **Pese-se diariamente**, nas mesmas condições (mesma hora do dia e roupa).
- **Crie novos hábitos**: Ingira menos sal; menos líquidos e faça exercício- aumente a perda de líquido por transpiração.
- **Tome os medicamentos conforme as instruções**
- **Não falte ao tratamento e cumpra o tempo de tratamento** sempre que possível.

Lembre-se, quanto menos peso acumular menos risco de complicações terá durante o tratamento e a longo prazo!

A minha dose de líquidos é de _____ ml por dia

O que pode fazer para controlar a sede?	O que pode fazer para controlar o sal?

Anexo X

Questionário diagnostico sobre autogestão de líquidos

Assinale com um X a ou as resposta(s) certa(s).

Quais os sinais de que estou a acumular líquido no meu corpo?

Tensão arterial alta

Inchaço nos olhos, nas pernas e pés

Dificuldade em respirar, especialmente deitado;

Caibras

Quais as consequências da acumulação excessiva de líquidos?

Aumento do tamanho do coração;

Insuficiência cardíaca;

Problemas respiratórios;

Obstipação (prisão de ventre) crónica

O que deve de evitar na sua alimentação para controlar melhor a ingestão de líquidos?

Sal

Açúcar e doces

Líquidos

Batatas

O que o pode ajudar a controlar os líquidos?

Mascar pastilha elástica sem açúcar;

Chupar rodela de limão

Dissolver pedras de gelo em vez de líquido

Medir a quantidade da caneca ou copo habitual e usar sempre o mesmo

Usar um copo ou caneca grande e usar sempre o mesmo para beber

Usar uma garrafa com o limite de líquidos a ingerir por dia e beber apenas dessa garrafa;

Beber leite em vez de água

Se comer o molho de uma refeição, ingerido sempre ensopado no pão

Comer gelatina para saciar a sede, em vez de beber

Anexo XI

Objetivo Geral: Desenvolver competências para capacitar a pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRCT para a gestão de líquidos	
Guião de estratégias para desenvolver competências para promover adesão à gestão de líquidos e promover a autogestão de líquidos	
Estratégia	Racionalização
Executar escuta ativa - Domínio: Sistema Cardiovascular; autogestão do regime medicamentoso; Volume de líquidos; padrão alimentar;	Identificar barreiras na adesão (Sequeira, 2014).
Avaliar padrão ingestão hídrica habitual (entrevista) – Domínio: Padrão alimentar	Identificar oportunidades de ajuste do padrão de ingestão hídrica (Amado, 2021; KDOQI, 2006)
Avaliar significados associados à ingestão hídrica (entrevista) – Domínio: Padrão alimentar	Compreender o impacto do contexto e dos hábitos culturais e sociais (Nerbass FB et al., 2017; Pereira & Leite, 2022; Sequeira, 2014)
Avaliar o nível de consciencialização relacionado com a necessidade de autogestão da ingestão hídrica e da relação desta com as possíveis complicações e desafios (entrevista) – Domínio: Padrão alimentar	Identificar potencial para aumentar a consciencialização (Cheung et al., 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014; Stevens et al., 2024)
Avaliar o nível de conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos e respetivas complicações associadas à não adesão. (questionário) – Domínio: Padrão alimentar	Identificar potencial para aumentar o conhecimento (Cheung et al., 2021; Freitas et al., 2019a; KDOQI, 2006; NKF, 2017; Sequeira, 2014; Stevens et al., 2024)
Avaliar adesão ao regime medicamentoso (antihipertensor) - Domínio: Autogestão do regime medicamentoso	A toma de lasix interfere com a eliminação urinária. Por outro lado, a hipertensão pode sugerir hipervolemia, sendo essencial perceber se existe outra causa (não adesão) e avaliar outros sinais de hipervolemia (Buono et al., 2017; Esteves, 2023; Sequeira, 2014)
Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso- Domínio: Autogestão do regime medicamentoso	Auxiliar na autogestão (Esteves, 2023; Sequeira, 2014)
Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso - Domínio: Autogestão do regime medicamentoso	Favorecer adesão ao regime medicamentoso e aumento do débito urinário e consequente conforto (Esteves, 2023; Sequeira, 2014)
Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso - Domínio: Autogestão do regime medicamentoso	Identificar potencial para melhorar a autogestão do regime medicamentoso (Esteves, 2023; Freitas et al., 2019b; Sequeira, 2014)
Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso - Domínio: Autogestão do regime medicamentoso	A autoeficácia está relacionada com adesão pelo que convém contribuir para o seu desenvolvimento e pode servir de indicador para provável sucesso na adesão (Pereira & Leite, 2022)
Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso- Domínio: Autogestão do regime medicamentoso	Identificar possíveis barreiras à adesão (Sequeira, 2014)

Avaliar evolução do padrão alimentar (sódio e açúcares ingeridos) – Domínio Padrão alimentar	Dietas ricas em sódio e em açúcar (menor interferência) provocam sede e aumento da ingestão de líquidos (Freitas et al., 2019b; Ikizler et al., 2020; NKF, 2017)
Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos – Domínio Padrão alimentar	Favorecer adesão à restrição de líquidos (Ikizler et al., 2020; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014)
Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético – Domínio Padrão alimentar	Identificar barreiras à adesão à restrição de sódio e açúcar (Sequeira, 2014)
Analisar peso seco com base na tensão arterial, avaliação clínica (presença de edemas), resultado do BCM, tolerância à ultrafiltração, evolução do peso de saída comparativamente com o peso seco – Domínio: Sistema cardiovascular; volume de líquidos	Identificar indicadores de necessidade de ajuste do peso seco, é essencial manter o peso seco ajustado para manter a diurese residual o maior tempo possível, o que proporciona conforto ao doente devido a implicar menos limitações dietéticas (Amado, 2021; KDOQI, 2006)
Avaliar evolução de líquidos eliminados. (colheita de urina 24h) – Domínio volume de líquidos	Quantificar a função renal residual para ajustar o regime de ingestão hídrica e os parâmetros da HD (Peso seco e ultrafiltração) (Amado, 2021; KDOQI, 2006)
Avaliar evolução de entrada de líquidos. (registo em grelha efetuado pelo doente durante as 24h de colheita de urina) – Domínio volume de líquidos	Identificar adaptação com sucesso ou dificuldade na mesma. (Amado, 2021; KDOQI, 2006)
Avaliar evolução do balanço hídrico – Domínio volume de líquidos	Quantificar a função renal residual para ajustar o regime de ingestão hídrica e os parâmetros da HD (Peso seco e ultrafiltração) (Amado, 2021; KDOQI, 2006)
Avaliar evolução da consciencialização sobre regime de ingestão de líquidos (entrevista) – Domínio padrão alimentar	Avaliar adaptação ou potencial para nova intervenção. (Amado, 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014)
Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos (oral e escrito usando métodos: chunk e check (pequenos blocos de informação) e teach back (pedir para repetir o que compreendeu) adaptados ao doente) – Domínio Padrão alimentar	Avaliar adaptação ou potencial para nova intervenção. (Freitas et al., 2019a)
Assistir cliente a analisar o significado dificultador - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer adesão ao regime medicamentoso e dietético (Sequeira, 2014)
Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer adesão ao regime medicamentoso e dietético (Amado, 2021; Cheung et al., 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014)
Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer adesão ao regime medicamentoso e dietético (Amado, 2021; Cheung et al., 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014)

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer adesão ao regime medicamentoso e dietético (Amado, 2021; Cheung et al., 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014)
Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer adesão ao regime medicamentoso e dietético (Amado, 2021; Cheung et al., 2021; KDOQI, 2006; Sequeira, 2014)
Elogiar o desempenho do cliente - Domínio: Sistema Cardiovascular; autogestão do regime medicamentoso; Volume de líquidos; padrão alimentar;	Motivar o doente (Fernandes & Marinho, 2023; Sequeira, 2014)
Analisar com o cliente os resultados alcançados - Domínio: Sistema Cardiovascular; autogestão do regime medicamentoso; Volume de líquidos; padrão alimentar;	Consciencializar e Motivar o doente (Fernandes & Marinho, 2023; Sequeira, 2014)
Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos – Domínio Padrão alimentar	Consciencializar e Motivar o doente (Fernandes & Marinho, 2023; Sequeira, 2014)
Executar técnica de entrevista motivacional - Domínio: Sistema Cardiovascular; autogestão do regime medicamentoso; Volume de líquidos; padrão alimentar;	Consciencializar e Motivar o doente (Fernandes & Marinho, 2023; Sequeira, 2014)
Ensinar sobre hipertensão - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer aumento do conhecimento (Cheung et al., 2021; DGS, 2011; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021; Kreutz et al., 2024)
Ensinar sobre complicações da hipertensão - Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer aumento do conhecimento (DGS, 2011; Kreutz et al., 2024; Cheung et al., 2021; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021a)
Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso – Domínio Autogestão do regime medicamentoso	Favorecer aumento do conhecimento (Esteves, 2023)
Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância- Domínio: Sistema Cardiovascular	Favorecer aumento do conhecimento (DGS, 2011)
Ensinar sobre autogestão do regime dietético - Domínio Padrão alimentar	Favorecer aumento do conhecimento (APIR, 2024; Ikizler et al., 2020; Nephrocare, 2024; NKF, 2017, 2022)
Ensinar sobre regime dietético - Domínio Padrão alimentar	Favorecer aumento do conhecimento (APIR, 2024; Ikizler et al., 2020; Nephrocare, 2024; NKF, 2017, 2022)
Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos - Domínio Padrão alimentar	Favorecer aumento do conhecimento (NKF, 2017, 2022)
Ensinar sobre ingestão de líquidos - Domínio Padrão alimentar	Favorecer aumento do conhecimento (NKF, 2017, 2022)

Bibliografia:

Amado, M. L. F. (2021). Norma de Orientação Clínica: Intervenções de enfermagem na sobrecarga hídrica em pessoas com DRC 5D num serviço de urgência.

APIR. (2024). Receitas. APIR. <https://www.apir.org.pt/nutricao/receitas/>

Buono, E., Vrijens, B., Bosworth, H., Liu, L. Z., Zullig, L., & Granger, B. (2017). Coming full circle in the measurement of medication adherence: Opportunities and implications for health care. *Patient Preference and Adherence*, Volume 11, 1009–1017.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S127131>

Cheung, A. K., Chang, T. I., Cushman, W. C., Furth, S. L., Hou, F. F., Ix, J. H., Knoll, G. A., Muntner, P., Pecoits-Filho, R., Sarnak, M. J., Tobe, S. W., Tomson, C. R. V., & Mann, J. F. E. (2021). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 99(3), S1–S87.

<https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>

DGS. (2011). Hipertensão Arterial: Definição e classificação.

Esteves, S. L. (2023). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento.

Fernandes, L. G. D., & Marinho, Â. E. M. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de enfermagem.

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019a). CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS LITERACIA EM SAÚDE REPÚBLICA PORTUGUESA [Dataset]. Unpublished.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019b). CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS LITERACIA EM SAÚDE REPÚBLICA PORTUGUESA [Dataset]. Unpublished.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021). Boa pressão arterial. Fundação Portuguesa Cardiologia. <https://www.fpcardiologia.pt/pela-sua-saude-cuide-de-si/boa-pressao-arterial/>

Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J.-J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Yee-Moon Wang, A., & Cuppari, L. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3), S1–S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>

KDOQI. (2006). NKF KDOQI Guidelines.

https://kidneyfoundation.cachefly.net/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/hd_guide5.htm

Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., De Pinho, R. M., Albini, F. L., Boivin, J.-M., Dumas, M., Nemcsik, J., Rodilla, E., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Agnelli, G., Benetos, A., Hitij, J. B., Cífková, R., ... Mancia, G. (2024). 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, 126, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033>

Nephrocare. (2024). Nephrocare—Receitas. <https://www.nephrocare.pt/doentes/a-sua-alimentacao/receitas>

Nerbass FB, Correa D, Santos RGD, Kruger TS, Sczip AC, Vieira MA, & Morais JG. (2017). Perceptions of hemodialysis patients about dietary and fluid restrictions. *Jornal brasileiro de nefrologia*, 39(2), 154–161. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170031>

NKF. (2017). Expert Tips on Managing Thirst and Fluid Intake on Dialysis | National Kidney Foundation. <https://www.kidney.org/news-stories/water-water-everywhere-and-not-drop-to-drink>

NKF. (2022). CKD Fluid Restriction Guidelines | National Kidney Foundation. <https://www.kidney.org/news-stories/learning-to-follow-your-dialysis-fluid-restrictions>

Pereira, C. V., & Leite, I. C. G. (2022). Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30(3), 349–360. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230030012>

Sequeira, C. (2014). 1 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL.

Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K.,
Herrington, W. G., Hill, G., Inker, L. A., Kazancioğlu, R., Lamb, E., Lin, P., Madero, M.,
McIntyre, N., Morrow, K., Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., Shlipak, M.,
... Levin, A. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and
Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 105(4), S117–S314.
<https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Anexo XII

ANEXO 14 – Vídeo: Pela Sua Vida Proteja o Seu AV

Link de acesso:

<https://drive.google.com/file/d/1puVsedjpfOoTPluSrebvJcfLFWXrxLn8/view>

Anexo XIII

Maximizar o ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRCT, na vigilância e patência do AV	
Desenvolver competências no âmbito da prevenção de aneurismas e patência do AV	
Estratégia	Racionalização
Identificar o tipo de acesso e respetivo local de construção	Com base no tipo de acesso e local de construção prever complicações mais frequentes (Quencer & Arici, 2015)
Avaliar (observar, auscultar e palpar) e monitorizar o AV (vigiar eficácia da HD através do KT/v e valores séricos principalmente da ureia)	Detetar precocemente as complicações (Fielding et al, 2021; Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020)
Ensinar sobre o autocuidado do acesso, respetivos sinais de alarme, como agir em conformidade, complicações possíveis e formas de tratamento	Empoderar a autonomia do doente para prevenir complicações e detetar as mesmas precocemente(Ordem dos Enfermeiros, 2016; Sousa, 2014).
Identificar barreiras à adesão ao regime terapêutico (RT), nomeadamente a técnica de canulação e outras boas práticas de prevenção de complicações.	A não adesão é por vezes um entrave para a prevenção de aneurismas (Amorim Evaristo & Marques, 2018; Pereira & Leite, 2022; Sequeira, 2014; Sousa, 2014)
Intervir no sentido de atenuar ou eliminar as barreiras à adesão ao RT e incentivar à mesma.	Desconstruir significados dificultadores e resolver outros problemas como, dor na canulação ou dificuldade na hemóstase (Al Amer et al, 2017; Alzaatreh et al, 2020; Sequeira, 2014)
Intervir na correção de eventuais promotores de risco de infeção, hematoma ou trombose identificados, comunicando os resultados da avaliação ou realizando ensino e sensibilizações aos doentes ou enfermeiros (hipocoagulação desadequada; hipotensão: ajuste de antihipertensor, do peso seco, da ultrafiltração, alterações na avaliação física do doente, uso de roupa ou acessórios apertados, má fixação das agulhas, má técnica de canulação, falha na lavagem do braço ou na visibilidade das agulhas, etc)	Contribuir para prevenção de complicações ou complicações major; Contribuir para o envolvimento multidisciplinar garantindo elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados. (Fielding et al, 2021; Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020)
Monitorizar a evolução tamanho dos aneurismas	No caso de aumento rápido do aneurisma é essencial referencial a consulta de AV (Fielding et al, 2021; Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020)
Garantir que toda a equipa mantém uma boa prática na canulação (evitar a técnica em área e preferir a técnica em escada)	Vigiar a técnica de canulação adotada e realizar formação ou sensibilização, se necessário para colmatar eventuais falhas (Fielding et al, 2021; Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020).
Canular preferencialmente usando a técnica escada ou na sua impossibilidade	Segundo as guidelines nacionais e internacionais, a técnica em escada está

usar a técnica botoeira se o cliente tiver critérios para a mesma.	associada a menor desenvolvimento de aneurismas e outras complicações, seguida da técnica botoeira. A técnica em área deve ser evitada pois está associada ao desenvolvimento e crescimento de aneurismas (Fielding et al, 2021; Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020).
Garantir que o acesso vascular é intervencionado em tempo útil, no caso de estenose identificada, se o balanço entre o risco-benefício o justificar.	Após angioplastias repetidas, o risco de recidiva aumenta. No entanto, as estenoses a montante do local de canulação, contribuem para o desenvolvimento de aneurismas e para o aumento do seu tamanho dos aneurismas existentes e consequentemente para o aumento da fragilidade vascular e risco de desenvolvimento de outras complicações, nomeadamente risco de rutura, impossibilidade de manter técnica correta em escada (Fielding et al, 2021; Harduin et al., 2023; Kumwenda, et al, 2015; Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Silva, 2020)

Bibliografia:

- Al Amer, H., Dator, W., Abunab, H., & Mari, M. (2017). Cryotherapy intervention in relieving arteriovenous fistula cannulation-related pain among hemodialysis patients at the King Khalid Hospital, Tabuk, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 28(5), 1050. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.215141>
- Alzaatreh et al. (2020). Management Strategies for Pain Associated with Arteriovenous Fistula Cannulation: An Integrative Literature Review. *Hemodialysis International*, 24(1), 3–11. <https://doi.org/10.1111/hdi.12803>
- Amorim Evaristo, A., & Marques, P. (2018). Perfil De Autocuidado Do Doente Em Tratamentos Com Hemodiálise: Estudo Descritivo Transversal. *Onco.news*, 11(37), 43–51. <https://doi.org/10.31877/on.2018.37.06>
- Fielding et al. (2021). *Recomendações de prática clínica para o agulhamento de fístulas arteriovenosas e enxertos para hemodiálise*.
- Harduin, L. de O., Barroso, T. A., Guerra, J. B., Filippo, M. G., de Almeida, L. C., de Castro-Santos, G., Oliveira, F. A. C., Cavalcanti, D. E. T., Procopio, R. J., Lima, E. C., Pinhati, M. E. S., Dos Reis, J. M. C., Moreira, B. D., Galhardo, A. M., Joviliano, E. E., de Araujo, W. J. B., & de Oliveira, J. C. P. (2023). Guidelines on vascular access for hemodialysis from the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery. *Jornal vascular brasileiro*, 22, e20230052. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202300522>
- Kumwenda, et al. (2015). *DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE*.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., & Roberts, C. (2020). *DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA DO KDOQI PARA O ACESSO VASCULAR: ACTUALIZAÇÃO DE 2019*. 75.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*.

Pereira, C. V., & Leite, I. C. G. (2022). Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30(3), 349–360. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230030012>

Quencer, K. B., & Arici, M. (2015). Arteriovenous Fistulas and Their Characteristic Sites of Stenosis. *American Journal of Roentgenology*, 205(4), 726–734. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.14650>

Schmidli, J., Widmer, M. K., Basile, C., De Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C. P., Haage, P., Hamilton, G., Hedin, U., Kamper, L., Lazarides, M. K., Lindsey, B., Mestres, G., Pegoraro, M., Roy, J., Setacci, C., Shemesh, D., Tordoir, J. H. M., Van Loon, M., ... Roca-Tey, R. (2018). Editor's Choice – Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(6), 757–818. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.02.001>

Sequeira, C. (2014). *1 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL*.

Silva, E. (2020). *Validação da checklist de avaliação e monitorização da fístula arteriovenosa, em contexto de hemodiálise*.

Sousa, C. N. (2014). *CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA*.