



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

**Relatório de Estágio**

**Papel do Enfermeiro no Tratamento Médico Conservador  
à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal**

**Fábio Luís Martins Rodrigues**



**Lisboa  
2021**





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

**Papel do Enfermeiro no Tratamento Médico Conservador  
à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal**

**Fábio Luís Martins Rodrigues**



Orientador: Professora Doutora Maria de Lurdes Martins Saraiva da  
Silva Nunes



**Lisboa  
2021**



## AGRADECIMENTOS

Apesar do prazer ao realizar as etapas deste trabalho, tudo se torna possível, quando alguém contribui para esse caminho:

A esse alguém, agradeço:

- ✓ À professora Saraiva, por ser uma professora ímpar e de reconhecimento inacabável.
- ✓ À minha Família.
  - Magda, sem o teu suporte era impossível.
  - Os meus pequenos, um dia, perceberão que foi por eles.
- ✓ A todos os colegas de profissão, que lutam para que a pandemia *coronavirus infectious disease – 2019* faça parte da história. Obrigado!



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANADIAL – Associação Nacional de Centros de Diálise

ARS – Administração Regional de Saúde

AV – Acesso Vascular

COVID-19 - *Coronavirus Infectious Disease – 2019*

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EAV – Enxerto Arteriovenoso

EDTNA/ERCA – *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EKHA – *European Kidney Health Alliance*

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

ISPD - *Internacional Society for Peritoneal Dialysis*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

KDIGO – *Kidney Disease Improving Global Outcomes*

NKF – *National Kidney Foundation*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIP – Pressão Intra-Peritoneal

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TMC – Tratamento Médico Conservador

TSFR – Técnica Substitutiva da Função Renal

UF – Ultrafiltração

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana



## RESUMO

O presente relatório de estágio, como etapa final do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente de Nefrologia, pretende demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem. Para tal, são utilizadas as competências do enfermeiro especialista segundo o Regulamento nº 140/2019, e específicas em nefrologia, de acordo com os critérios da *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (Chamney, 2007). O modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001) foi utilizado, pois assenta-se num modelo de aprendizagens experienciais, ideal para demonstrar as competências desenvolvidas em estágio.

Ao longo do trabalho são espelhadas situações que demonstram o desenvolvimento de competências em quatro locais de estágio. Como modelo conceptual deste trabalho, a teoria do défice do autocuidado de Orem, foi a escolhida, pela necessidade que espelha, de ajudar o doente a cuidar de si, sempre que este é incapaz de o fazer.

A doença renal crónica é um problema de saúde pública em toda a Europa e expressamente em Portugal. Quando em estágio terminal, o doente necessita de terapêutica de substituição da função renal. Entre a diálise peritoneal, o transplante renal e a hemodiálise, é possível a manutenção das funções renais, de forma compatível com a vida, a longo prazo. No entanto, na população idosa, a sobrevida aumentada, pode custar uma diminuição acrescida da qualidade de vida. O tratamento médico conservador é a opção de tratamento não substitutiva da função renal e tem como objetivo confortar a última etapa de vida e impedir a evolução da doença. É uma modalidade de tratamento ainda sem expressão, nem registo em Portugal.

Neste sentido, surge a necessidade da realização de um trabalho de investigação, intitulado: “Tratamento médico conservador como alternativa à hemodiálise nos doentes com doença renal crónica terminal: Uma revisão scoping.”

O presente trabalho contribui para a disseminação de evidência científica, em prol de melhores cuidados de saúde. No entanto, serão necessários estudos futuros sobre a operacionalização do tratamento médico conservador para o seu desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Doença renal crónica; tratamento médico conservador; sobrevida; qualidade de vida.



## **ABSTRACT**

This internship report is the final stage of the Master's and specialist degree in Medical-Surgical Nursing: Nephrology Strand, and aims to demonstrate the development of skills of specialist nurses and masters in nursing. To this end, the skills of the specialist nurse are used according to Regulation No. 140/2019, and specific in nephrology according to the specific skills framework of the European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (Chamney, 2007). Benner's (2001) skills development model was used to better demonstrate my evolution.

Chronic kidney disease is a public health problem with great expression throughout Europe and specifically in Portugal. When in the terminal stage, the patient needs renal function replacement therapy. Between peritoneal dialysis, kidney transplantation and hemodialysis, it is possible to maintain kidney functions, compatible with long-term life. However, in the elderly population and those with comorbidities, increased survival can lead to a further decrease in quality of life, which is not a priority. Conservative treatment is the non-substitutive treatment for renal function. Like palliative care, it is assuming that end of life is near, aiming to comfort the last stage of life while trying to prevent the disease progressing. It is a treatment modality that is still without expression or registration in Portugal.

Throughout the work, situations that demonstrate the development of skills in hemodialysis, peritoneal dialysis and nephrology hospitalization are reflected in 4 internship sites. In all, an analysis of conservative treatment is performed.

As a conceptual model for this work, Dorothea Orem's self-care deficit theory was chosen. Due to patient needs help to take better care of himself, whenever he is unable to do. When the patient needs to choose a therapeutic modality, he needs the best possible clarification.

In this sense, there is a need to carry out a research paper entitled: Conservative treatment as an alternative to hemodialysis in patients with end-stage renal disease: A scoping review.

This work contributes to the dissemination of available evidence, aims to better health care. As it is only part of the path, future studies will be needed about the operationalization of conservative treatment for its development.

**Key words:** End-stage renal disease; conservative treatment; survival; quality of life.



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
1. QUADRO CONCEPTUAL .....	17
1.1. Doença Renal Crônica.....	17
1.2. Modalidades Terapêuticas.....	21
1.3. Intervenção do Enfermeiro.....	24
1.4. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem .....	25
1.5. Competências do Enfermeiro Especialista .....	26
1.5.1. Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem .....	27
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	29
2.1. Estágio em Hemodiálise .....	29
2.2. Estágio em Internamento de Nefrologia.....	39
2.3. Estágio em Diálise Peritoneal .....	45
2.4. Estágio em Hemodiálise Hospitalar .....	52
2.4.1. Life Enablers .....	56
3. ESTUDO SOBRE “TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR COMO ALTERNATIVA À HEMODIÁLISE NOS DOENTES COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL: UMA REVISÃO SCOPING” .....	57
3.1. Título da Revisão Scoping.....	57
3.2. Background.....	57
3.3. Objetivo/Questão .....	59
3.4. Critérios de Inclusão .....	59
3.5. Estratégia de Pesquisa .....	60
3.6. Extração dos Resultados .....	61
3.7. Resultados.....	62
3.8. Discussão .....	63
3.8.1. Sobrevida e Qualidade de vida .....	63

3.8.2. Limitações dos estudos incluídos e da revisão scoping .....	65
3.9. Conclusões .....	66
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

## ANEXOS

ANEXO I – Formações sobre Acessos Vasculares

ANEXO II – Diploma Curso de Ecodoppler de Acesso Vascular

ANEXO III – Diploma do concurso Life Enablers

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Formação de Acessos Vasculares para Hemodiálise

APÊNDICE II – Poster de Divulgação da Formação sobre Acessos Vasculares

APÊNDICE III – Folha de Avaliação da Formação de Acessos Vasculares

APÊNDICE IV – Processo de Tomada de Decisão Ética

APÊNDICE V – Poster “Tratamento Médico Conservador no Doente Renal Crônico Terminal”

APÊNDICE VI – Folha de Avaliação da Apresentação do Poster

APÊNDICE VII – Apresentação do Projeto Life Enablers

APÊNDICE VIII – Estratégia de Pesquisa CINAHL Plus with Full Text

APÊNDICE IX – Estratégia de Pesquisa MEDLINE with Full Text

APÊNDICE X – Instrumento de Extração de Dados

APÊNDICE XI – Artigo Excluído para Elegibilidade com Base na Leitura de Texto Completo

APÊNDICE XII – Análise Detalhada dos Artigos

APÊNDICE XIII – Resultados da Revisão Scoping

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Prognóstico de DRC por TFG e Albuminúria.....	18
<b>Figura 2.</b> Fluxograma PRISMA do processo de Seleção de Estudo.....	62



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Conceitos Naturais e Conceitos Indexados de cada Base de Dados.....	61
--	----



## INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular estágio com relatório, inserida no 10º Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção Nefrológica, culmina com a elaboração do presente trabalho. Tem como principal objetivo, demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, assim como de mestre em enfermagem. Para tal, está dividido em três partes. Primeiro, o quadro conceptual, enquadrando a Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) e o Tratamento Médico Conservador (TMC). Segundo, atividades desenvolvidas em estágio e por último a realização de uma componente investigativa – Revisão *Scoping*.

Neste percurso tive por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e as competências delineadas pela *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA) para o enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007).

Para o desenvolvimento das competências foi aplicado o Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner (Benner, 2001), segundo os níveis de proficiência: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Como quadro de referência teórica na prática de enfermagem, escolhi a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), partindo da premissa de base de que a pessoa necessita de ajuda desde que seja incapaz de se cuidar.

A nefrologia tem como uma das suas especificidades a pessoa com Doença Renal Crónica (DRC). Como qualquer doença crónica, em que o objetivo é aprender a viver com a doença e não a cura, a DRC não é exceção. A DRC tem cinco estádios, consoante a capacidade do rim em manter as suas funções. Quando em estágio terminal, o rim não consegue ser autossuficiente e é necessário uma opção de tratamento. Entre as alternativas existem: a Hemodiálise (HD), a Diálise Peritoneal (DP), o transplante renal e o TMC.

Quando a escolha é o TMC, não é realizada nenhuma Técnica Substitutiva da Função Renal (TSFR). O TMC baseia-se no controlo dos sintomas e alívio do sofrimento, causado pelo síndrome urémico e demais comorbilidades (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012). Ainda é uma modalidade sem expressão no nosso país, ficando a grande maioria dos doentes em HD. Este trabalho tem como objetivo compreender o papel do enfermeiro junto do doente com DRCT em TMC.

Apesar da decisão por TMC, poder ser vista como um desinvestimento na saúde do doente, por vezes, os benefícios superam os prejuízos, existindo ganhos em saúde. O TMC deve ser visto como uma opção válida. Neste sentido, surgiu a necessidade de intitular o trabalho de investigação: TMC como alternativa à HD nos doentes com DRCT: *Scoping Review*.

A organização e formatação do presente relatório de estágio foi realizada de acordo com o guia de normas para a apresentação de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - norma APA (6ª edição), elaborado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

# 1. QUADRO CONCEPTUAL

## 1.1. Doença Renal Crônica

A DRC caracteriza-se pela deterioração progressiva e irreversível da função renal. O rim torna-se incapaz de eliminar os líquidos em excesso e as toxinas e de realizar as suas funções excretoras e reguladoras. Este comprometimento das suas funções, leva a desequilíbrios hidroeletrolíticos e ácido-base do organismo (Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green, 2010; Brooks, 2017).

A DRC é uma patologia silenciosa cuja sintomatologia geralmente surge num estágio avançado da doença. São múltiplas as etiologias da DRC, sendo as principais: doença cardíaca; diabetes *mellitus*; hipertensão arterial; pielonefrite; doença renal poliquística; glomerulonefrite; lúpus eritematoso sistémico; carcinomas; quimioterapia; radioterapia e endocardite bacteriana (Walton, 2015). Entre outros fatores que contribuem para aumentar o risco de desenvolver DRC estão: idade avançada; história familiar; etnia; exposição a determinados químicos e condições ambientais; baixo peso à nascença; reações alérgicas e excesso de analgésicos de forma contínua (Brooks, 2017). A DRC apresenta um conjunto de manifestações clínicas multiorgânicas, afetando os diferentes sistemas, (urinário, cardiovascular, hematológico, gastrointestinal, neurológico, músculo-esquelético, endócrino e cutâneo) e a sua intensidade depende do comprometimento da função renal (Monahan et al., 2010; Brooks, 2017).

Em 2002, a *National Kidney Foundation* (NKF), definiu o conceito de DRC e um sistema de classificação em cinco níveis. Esta classificação visa estabelecer consenso para a pesquisa e prática na área da nefrologia (NKF, 2002).

De acordo com a NKF (2002), a DRC é definida pela presença de lesão ou alteração da função renal, ou seja, a presença de anormalidades estruturais ou funcionais do rim levando à diminuição da função renal, avaliada através da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Um valor de TFG inferior a 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> durante, pelo menos, três meses, é indicador de presença de DRC. Em 2013, a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO), acrescentou a presença de albuminúria à definição de DRC da NKD, por considerar um importante fator de risco, preditivo da evolução da doença. A albuminúria está associada a um elevado risco de mortalidade e morbidade e é frequentemente associada a doentes com diminuição da TFG (Figura 1).

**Figura 1.** Prognóstico de DRC por TFG e Albuminúria

<b>Prognóstico de insuficiência renal crónica por GFR e categorias da albuminúria: KDIGO 2012</b>				<b>Categorias dos níveis de albuminúria</b> Descrição e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal para ligeiro aumento	Aumento moderado	Aumento grave
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorias de GFR (ml/min/ 1.73m <sup>2</sup> ) Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥90			
	G2	Diminuição ligeira	60-89			
	G3a	Diminuição moderada	45-59			
	G3b	Diminuição pouco severa	30-44			
	G4	Diminuição grave	15-29			
	G5	Falência renal	<15			

Fonte: KDIGO (2013, p.6)

No primeiro estágio a função renal é normal, mas existe alguma lesão, como por exemplo doença poliquística renal, ou diabetes *mellitus* com ligeira ou ocasional proteinúria. Consoante aumenta o estágio da DRC, diminui a TFG. O prognóstico e a severidade da doença, aumentam consoante o aumento da albuminúria. No estágio dois, existe uma redução ligeira da TFG. No estágio três, tanto pode existir um doente com um risco moderadamente aumentado, como um doente com um risco muito alto de falência renal, consoante o seu estado clínico. Como por exemplo: um doente de 81 anos com um ligeiro decréscimo da TFG e anemia, tem um risco moderadamente aumentado. Por outro lado, um doente de 44 anos, com uma TFG de 34ml/min/1.73m<sup>2</sup>, com diabetes *mellitus* e um aumento de albuminúria considerável tem um risco muito alto de falência renal (Brooks, 2017). No estágio quatro há uma perda severa da função renal e geralmente faz-se o diagnóstico tardio da doença, pelo aparecimento de sintomatologia. Neste estágio é frequente o cansaço, perda de apetite e fraqueza (Brooks, 2017). No estágio cinco há sintomas severos, derivados do síndrome urémico, como náuseas, vômitos ou alterações cognitivas. A TFG encontra-se abaixo

de 15ml/min/1.73m<sup>2</sup> não sendo compatível com a vida, acabando os doentes por precisar rapidamente de uma TSFR (KDIGO, 2013).

Cada estágio carece de um acompanhamento e de medidas específicas. Com o diagnóstico precoce e os cuidados adequados é possível retardar a progressão da doença. Sendo consensuais, desde a sua implementação em 2002 pela NKF, as *guidelines* existentes referem que se deve adaptar os cuidados de saúde ao quadro clínico de cada doente.

Apesar do consenso em torno da definição da NKF (2002) para a DRC, existem diversos artigos contrariando esta definição para a população idosa. Glasscock, Delanaye & El Nahas (2015) afirmam que pessoas com mais de 65 anos sem albuminúria, mas com TFG abaixo de 45ml/min/1.73m<sup>2</sup> devem ser diagnosticadas com DRC. A *American Nephrology Nurse Association* defende que devem ser realizados mais estudos tanto para diagnosticar a DRC com os atuais critérios ausentes, assim como, evitar o diagnóstico quando os declínios são normais para a idade (Brooks, 2017).

Quando um doente tem critérios de estágio cinco da DRC e sintomas severos, é diagnosticado DRCT. Neste momento, é necessário escolher uma modalidade terapêutica. Entre as opções existem: o transplante renal, a diálise e o TMC. Dentro da diálise existe a HD e a DP. Quando não se substitui a função renal a opção é o TMC. A escolha do TMC, enquanto alternativa a uma TSFR, ainda é controversa porque levanta questões éticas. É assumir que o fim de vida está próximo. No entanto, doentes com um elevado grau de dependência e diversas comorbidades, causadoras de sofrimento, podem beneficiar do TMC. Este, pode melhorar tanto a longevidade como a qualidade de vida, podendo ser a escolha de eleição (Echevers et al., 2016).

A *European Kidney Health Alliance* (EKHA), da qual é associada a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), afirma que a DRC é um dos principais problemas de saúde da Europa. Segundo a EKHA (2015), um em cada três europeus tem risco acrescido de desenvolver algum grau de DRC, sendo que, um em cada dez já tem a função renal prejudicada. Neste sentido, o controle das *noncommunicable diseases* é preponderante para reduzir a incidência de doentes com DRC. *Noncommunicable disease*, é o nome atribuído às doenças crónicas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), (2018).

Em 2018, 71% das mortes em todo o mundo, foram causadas pelas *noncommunicable diseases*. Este número sobe para 86%, em Portugal. Do total de

mortes em Portugal, 4% deve-se à diabetes *mellitus* e 19% a outras doenças crónicas (OMS, 2018).

Em Portugal, existem 20 640 pessoas com DRCT (cerca de 0,2% da população portuguesa), sendo 7 265 doentes transplantados com enxerto funcionante e 13 375 em diálise. Destes, 12 523 estão em HD e 852 em DP (Galvão et al., 2020). Dos 13 375 doentes em diálise, 60,4% tem mais de 64 anos e 21,3% mais de 80.

Em 2018, Portugal teve a maior incidência e prevalência de sempre de doentes a realizar diálise com 253,33 e 1264,3 pmp respetivamente. Portugal está no topo da europa quanto à incidência e prevalência de doentes renais crónicos a realizar TSFR (Galvão et al., 2020). Embora existam algumas causas para este facto, não são todas conhecidas. Algumas são abordadas por Nolasco et al. (2017):

a melhoria da prestação de cuidados de saúde em geral; recursos disponíveis para prestar atendimento a todos os pacientes com DRCT; bons resultados de sobrevivência; aumento da esperança média de vida; elevada taxa de transplantação renal; prevalência elevada de diabetes *mellitus* (3ª a nível europeu) e hipertensão e aumento da sobrevida de doentes com doenças cardiovasculares e neoplásicas (p.11).

O Retrato da Saúde em Portugal (Ministério da Saúde, 2018) revela-nos que 71,3% da população com mais de 64 anos tem hipertensão e 23,8% diabetes *mellitus*. A obesidade, fator de risco da DRC, está presente em 8 em cada 10 idosos. Estes números contribuem drasticamente para a elevada prevalência de DRC em Portugal (Galvão et al., 2020). Dos doentes que iniciaram diálise, em Portugal, em 2018, 31,5% tem como doença primária a diabetes *mellitus* e 13,9% a hipertensão arterial. Apenas estas duas doenças, representam praticamente metade dos doentes que iniciaram diálise (Galvão et al., 2020). Sendo estas, algumas explicações para a elevada incidência e prevalência da DRC, outras causas ainda estão por explicar. Neste sentido, a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL) em cooperação com a SPN, criaram um prémio de investigação em Portugal na área da nefrologia, o prémio ANADIAL-SPN. Jaime Tavares, presidente da ANADIAL, refere que este prémio: “pretende incentivar à realização de trabalhos científicos que permitam estudar e diminuir a elevada incidência de doentes com DRC em Portugal, e por outro lado, colmatar a ausência de investigações clínicas e estudos epidemiológicos nesta área” (ANADIAL, 2019, p.1).

## 1.2. Modalidades Terapêuticas

Após o diagnóstico da DRCT, na consulta de esclarecimento, o doente terá de optar por uma modalidade terapêutica. Nessa consulta, serão explicadas, as TSFR, nomeadamente HD, DP e o transplante renal. Como modalidade não substitutiva, será explicado o TMC.

A HD é a remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável, o dialisador (Thomas, 2005). Tem como principal fundamento a diálise. A diálise é o processo de depuração do sangue através de osmose e difusão, processos nos quais as substâncias se movem através de uma membrana semipermeável, para remover solutos e líquidos indesejados, restaurando assim o equilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico. Para este processo é necessário um sistema terapêutico (máquina de HD) e um circuito extracorporeal, capaz de retirar o sangue do corpo, fazê-lo passar pelo dialisador e retornar. A HD não substitui algumas funções do rim, como a produção de eritropoietina ou a regulação mineral óssea, sendo essencial terapêutica adjuvante (Brooks, 2017).

Para a realização de HD é necessário um Acesso Vascular (AV) com capacidade de fazer chegar ao dialisador um fluxo de sangue adequado. Os AV podem ser: Fístula Arteriovenosa (FAV), Enxerto Arteriovenoso (EAV) e Cateter Venoso Central (CVC).

O tratamento standard de doentes submetidos a HD são 4 horas, 3 vezes por semana, sendo adaptado ao quadro clínico do doente. Existe uma mudança drástica da rotina familiar quando um doente inicia tratamento. Gera-se uma grande fonte de stress para o doente e família. São 12 horas de tratamento semanal, mais o tempo de transporte, os cuidados a ter com o AV e, principalmente, todas as restrições impostas, como a ingestão hídrica e alimentar (Brooks, 2017).

No caso da DP é necessário colocar um cateter abdominal intraperitoneal (cateter *Tenckhoff*) através do qual são infundidas e drenadas as soluções de diálise. As soluções de DP, por processos de difusão e osmose, permitem realizar a função renal de depuração, ou seja, a passagem de água, produtos metabólicos e toxinas do espaço intravascular para o intraperitoneal e deste para o exterior do organismo, mantendo assim a homeostasia. O peritoneu funciona como barreira semipermeável que permite a passagem seletiva de substâncias. A DP depende da capacidade do peritoneu se manter funcional, sendo a peritonite a principal complicação (DGS, 2012).

A principal vantagem da DP face à HD é a gestão do tratamento ser adaptada à vida do doente. Não carece de deslocações para a sua realização e é efetuada pelo próprio ou por um cuidador, em casa. A troca das soluções de diálise pode ser efetuada de duas maneiras: manualmente (durante o dia) ou automaticamente através de uma máquina, enquanto o doente dorme (DGS, 2012).

É essencial ter capacidade cognitiva para aprender a técnica de tratamento, sendo a ausência de capacidade, critério de exclusão.

Outra TSFR é o transplante renal. O transplante renal consiste na colocação de um rim no abdómen, proveniente de um dador cadáver ou vivo. É a modalidade terapêutica que permite obter melhores resultados em termos de sobrevivência e qualidade de vida. Sendo o primeiro ano do transplante bastante dispendioso financeiramente, torna-se, ao fim de alguns anos, a modalidade com menor encargo financeiro para o Estado (DGS, 2012). Os critérios para um doente ser elegível para transplante são rigorosos a nível de saúde. Após o transplante, é essencial a toma ininterrupta de medicação imunossupressora, com risco de falência do rim, caso não seja rigorosamente cumprida. A má adesão à terapêutica pode ser critério de exclusão para transplante. A realização desta técnica depende da disponibilidade de órgãos, sendo a oferta limitada. Relativamente ao dador cadáver, fica o doente em lista de espera a aguardar que apareça um rim compatível. Relativamente a dador vivo, já é possível, em Portugal, a realização de transplantes renais com dadores vivos aparentados ou não, ao abrigo do Programa Nacional de Doação Renal Cruzada (Portaria nº 802/2010).

Por último, como técnica não substitutiva da função renal, existe o TMC. O TMC inicia-se quando a pessoa com DRCT tem de escolher uma modalidade de tratamento (presença de síndrome urémica), ou quando se encontra a realizar uma TSFR e opta pelo seu cessamento. “O tratamento conservador consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal” (DGS, 2012, p. 30).

O TMC caracteriza-se por um acompanhamento clínico de vigilância e controlo de sintomas causadores de sofrimento, associados ao síndrome urémica. Devem fazer parte o tratamento da anemia, acidose, hipertensão arterial, hipervolemia, dor, prurido e agitação. O tratamento de qualquer outra comorbilidade, assim como o acompanhamento psicológico e social também devem ser partes integrantes do TMC (DGS, 2012; Davison et al., 2015).

Para a KDIGO, o TMC também não inclui diálise, embora considere que o cuidado deve ser holístico e centrado no doente (Davison et al., 2015). É essencial a

utilização de escalas validadas para avaliar o risco de mortalidade e melhor compreender que doentes podem beneficiar do TMC. A Escala de Karnofsky modificada é uma ferramenta que deve ser utilizada por enfermeiros (Davison, 2015). O Índice de Charlson e a Escala de Barthel, também são importantes na avaliação destes doentes (Teruel et al., 2015). O modelo desenvolvido por Cohen em 2010, “*The Integrated Prognostic Model*”, associa 5 variáveis à mortalidade: idade, albumina sérica, história de demência e doença vascular periférica, e a pergunta surpresa “Ficaria surpreso se esse doente morresse nos próximos 12 meses?”. Destas variáveis, a questão surpresa pela simplicidade de utilização e grande utilidade, deve ser sempre usada por enfermeiros para avaliar potenciais utentes para o TMC (Davison et al., 2015).

O doente, livre e esclarecido, pode optar pelo TMC em qualquer altura da DRCT. No entanto, é essencial compreender que tem uma finalidade específica. Não deve ser ponderado a par das TSFR, mas sim ficar reservado para situações graves, de mau prognóstico, em que não há aumento de longevidade ou qualidade de vida com outras modalidades de tratamento (DGS, 2012). O TMC tem como objetivo controlar a sintomatologia da DRCT, para diminuir o sofrimento e promover o bem-estar. Em Portugal, preconiza-se que esteja disponível uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais especializados em cuidados continuados e paliativos (DGS, 2012).

Segundo a Norma nº 017/2011 da DGS, são indicações para TMC: a opção consciente e informada do doente/representante legal; coma irreversível; ausência irreversível de vida de relação; estado demencial grave e irreversível; impossibilidade técnica ou clínica de realização de TSFR; curta esperança de vida e doença irreversível que se preveja severo sofrimento (DGS, 2012). Embora estejam espelhadas estas situações, os critérios não são objetivos, sendo essencial uma ponderação sensata dos princípios éticos inerente à saúde.

Em Portugal, a população em HD é cada vez mais idosa (62,5% tem mais de 64 anos e 22,5% mais de 85 anos) e, naturalmente, com um maior número de comorbilidades, com restrição da vida social, da sua independência e com maior mortalidade (Galvão et al., 2020). Torna-se essencial cuidados de saúde centrados nas características desta população e a ponderação da sua longevidade e qualidade de vida com tratamento hemodialítico. Existem casos, à conta das características da população, em que as TSFR podem não contribuir para aumentar a sobrevida dos doentes. Seguindo o mesmo pensamento, o aumento da sobrevida, pode provocar

uma diminuição severa da qualidade de vida (Piccoli, Sofronie, & Coindre, 2017). O aumento de dias de internamento, de complicações com o tratamento, com o AV e a alteração drástica da rotina, são fatores que devem ser tidos em conta. Todos podem ser causadores de sofrimento para o doente e família (DGS, 2012). A otimização do conforto em fim de vida pode passar, em alguns casos, pela escolha do TMC.

Em 2019, em Portugal, 81,1%, das pessoas com DRCT que faleceram tinham mais de 65 anos e 42,7% mais de 80 anos. Por outro lado, 3,4% das mortes que ocorreram em 2019 foram nos primeiros 90 dias.

Não existem dados sobre a incidência do TMC em Portugal. A constatação dos seus benefícios, tem sido objeto de estudo, surgindo na última década inúmeros artigos que cimentam esta posição (Kurella et al., 2009; Yong et al., 2009; Echevers et al., 2016). As conclusões são semelhantes, e parece não existir vantagens em iniciar ou manter HD em doentes idosos com diversas comorbilidades.

### **1.3. Intervenção do Enfermeiro**

O Enfermeiro tem um papel importante para promover o autocuidado da pessoa com DRCT. A consulta de esclarecimento deve ajudar o doente, de forma livre e esclarecida, a realizar a melhor escolha para si. É uma consulta multidisciplinar com vários momentos e valências: médica; enfermagem; nutrição e assistente social (DGS, 2012). O enfermeiro, como profissional de saúde e elemento estruturante desta consulta, deve ajudar o doente, retirando as suas dúvidas, assim como esclarecer das diferentes modalidades de tratamento

Aquando da decisão por TMC, tem de ser garantido um acompanhamento clínico, com o objetivo de diminuir o sofrimento. Para tal, deve ser garantido o apoio a cuidados continuados ou paliativos, em que os enfermeiros são elementos estruturantes (DGS, 2012).

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias frente a uma doença incurável. Baseiam-se na prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, alívio e tratamento da sintomatologia física, psicossocial e espiritual (Molzahn & Schick-Makaroff, 2017). É essencial também, para os cuidados paliativos, compreender o grau de lucidez do doente, a sua autonomia e capacidade funcional e a qualidade e esperança de vida espectável (DGS, 2012).

Quando o doente está em TMC, os principais agentes causadores de déficit de autocuidado estão associados à síndrome urémica. Com uma escuta ativa das necessidades do doente e família, presença genuína e interessada, diálogo aberto sobre o fim de vida e alívio dos sintomas, é possível melhorar a qualidade de vida dos doentes em TMC, comparativamente com a que teriam com uma TSFR (Molzahn & Schick-Makaroff, 2017).

O enfermeiro de nefrologia deve participar em discussões para clarificar crenças e valores inerentes ao fim de vida, com o doente e família. Deve também ponderar os princípios éticos inerente à profissão, sempre que prestar cuidados ao doente em fim de vida (Molzahn & Schick-Makaroff, 2017).

O enfermeiro de nefrologia é o profissional de saúde capacitado para aliviar o sofrimento do doente e familiares, otimizando o bem-estar, conforto e qualidade de vida. Deve ainda estabelecer uma relação terapêutica, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e ao acompanhamento no luto (Chamney, 2007; Molzahn & Schick-Makaroff, 2017). Para tal, deve ser esclarecido e compreender o TMC.

#### **1.4. Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem**

Dorothea Orem, defende que a pessoa tem capacidade natural para se autocuidar, sendo o objetivo de enfermagem, contribuir para a manutenção dessa capacidade (Orem, 2001). O enfermeiro colabora junto do doente, sempre que exista algum déficit de autocuidado. Deve igualmente, interligar todos os sistemas e recursos disponíveis em prol do bem-estar do doente.

Segundo Orem (2001), o autocuidado é uma atividade aprendida pelos indivíduos, dirigida e com um objetivo. O autocuidado tem como objetivo a pessoa beneficiar da vida, da saúde e do bem-estar. Focando-se na intervenção do enfermeiro para ajudar o doente a atingir este objetivo, Orem desenvolveu a Teoria do Déficit do Autocuidado. Esta teoria subdivide-se em três teorias, consoante a intervenção do enfermeiro e as necessidades do doente: a teoria do autocuidado; a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas (Orem, 2001). A teoria do autocuidado, baseia-se no pressuposto de que a pessoa aprendeu a cuidar de si e mantém as habilidades e o conhecimento para o fazer. A teoria do déficit do autocuidado é estruturante na teoria de enfermagem de Orem, definindo a importância da intervenção do enfermeiro. Por último, a teoria dos sistemas de enfermagem diz-

nos como o enfermeiro, em conjunto com o doente, responde às suas necessidades de autocuidado. Sempre que existir um défice de autocuidado, ou seja, uma incapacidade do doente em manter o seu bem-estar e autonomia é exigida intervenção de enfermagem. O sistema de enfermagem, deve ser baseado nas necessidades e capacidades que o doente apresenta no desempenho das atividades de autocuidado (Orem, 2001).

Quando em TMC, o doente para poder continuar a beneficiar da vida, necessita da ação do enfermeiro. Existe um défice das suas capacidades, ou seja, é essencial reaprender a cuidar de si. Por esta necessidade de ajuda e reaprendizagem, face as novas necessidades, a teoria do défice do autocuidado ajuda a compreender onde pode o enfermeiro ajudar o doente em TMC.

Orem (2001), na sua teoria definiu também três requisitos de autocuidado (ações dirigidas à provisão do autocuidado): requisitos universais; requisitos de autocuidado no desvio da saúde e requisitos de autocuidado de desenvolvimento.

## **1.5. Competências do Enfermeiro Especialista**

Para o desenvolvimento de competências irei basear-me nas competências comuns de enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE), publicadas em Diário da República (Regulamento nº 140/2019). Estas competências estão divididas em 4 domínios: A – responsabilidade profissional, ética e legal; B – melhoria contínua da qualidade; C – gestão dos cuidados; e D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para as competências específicas de enfermeiro especialista em nefrologia, visto que não é considerada uma especialidade autónoma pela OE e, por consequente não estarem definidas, irei ter por base as competências emanadas pela EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), que considera vital serem desenvolvidas pelo enfermeiro de nefrologia. Estas competências dividem-se consoante a área onde são desenvolvidas: internamento de nefrologia, HD, DP e transplante renal. O objetivo é generalizar as competências em nefrologia pela europa, existindo necessidade de adaptar a cada contexto (Chamney, 2007). Neste sentido irei selecionar as competências que se enquadram na minha prática clínica.

### 1.5.1. Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem

Com a finalidade de desenvolver as competências anteriormente referidas, desenvolvi um percurso assente no Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner (Benner, 2001). Este Modelo centra-se na aprendizagem experiencial da prática de enfermagem, juntando o desenvolvimento da prática clínica ao conhecimento inerente. O desenvolvimento de competências é adquirido ao longo do tempo e à medida que se acumulam aprendizagens experienciais. Partindo deste pensamento, Benner, aplicou o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências à Enfermagem, estabelecendo cinco níveis de competências (o *framework* de competências da EDTNA também se baseia nestes cinco níveis). Os níveis de competências são: iniciado; avançado; competente; proficiente e perito.

Não tendo qualquer experiência, apenas conhecimento teórico, em DP, considero estar no nível iniciado, necessitando desenvolver competências de base, técnicas, para iniciar a minha evolução. Tenho como objetivo de estágio atingir o nível de competente. Em internamento de nefrologia, considero estar no nível avançado. Tenho 4 anos de experiência em internamento cirúrgico, o que me confere alguma independência, no entanto, doentes da área da nefrologia são raros no serviço. Neste sentido, pretendo atingir também aqui, o nível de competente. Quanto à HD, considero estar no nível de proficiente. Trabalho há seis anos em HD, sempre com exercícios de reflexão, com vista ao desenvolvimento pessoal. Estabeleço a prioridade de cuidados consoante os princípios que já tenho enraizados, não tendo objetivamente que pensar nas normas para as cumprir e superar. Tenho experiência a identificar e resolver eventos adversos relacionados com o tratamento. Tenho como objetivo continuar a desenvolver competências para compreender se me estarei a tornar perito.



## **2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO**

Neste capítulo serão apresentadas as atividades realizadas nos locais de estágio, bem como a sua relação com o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista. Assim, foram selecionados vários campos de estágio, para a concretização da aquisição e aprofundamento do conhecimento sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com alteração da eliminação renal. Estes conhecimentos são a base para o desenvolvimento de competências. As atividades desenvolvidas vão ao encontro dos objetivos estipulados em cada estágio. Os estágios decorreram durante 18 semanas, entre 23 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020.

Irei efetuar uma análise, com base nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019) e o quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007), pelos diferentes campos de estágio, recorrendo a exemplos ilustrativos de análise e reflexão.

Segundo o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001), as aprendizagens experienciais permitem-nos atingir um novo patamar de desenvolvimento. É essencial o confronto com as situações. Assim, a prestação de cuidados não se baseia apenas em pressupostos abstratos, mas sim em ideias concretas de experiências anteriores, o que nos permite desenvolver competências.

### **2.1. Estágio em Hemodiálise**

O primeiro estágio, foi numa clínica de HD (23 de setembro - 18 de outubro). Visto trabalhar em HD, preconizei dois ensinamentos clínicos em serviços de HD. Consigo assim ter maior consciência e centrar-me em aspetos que não, apenas, a prestação direta de cuidados. Encarei esta escolha como uma opção arriscada. Desenvolver 50% do estágio onde tenho mais experiência exige um desenvolvimento e amadurecimento de conhecimentos e competências para alcançar um nível avançado de competências. Pela experiência que tenho em HD, considero estar no nível proficiente, tendo como objetivo desenvolver competências para me tornar perito. Para tal, estabeleci alguns objetivos consoante as minhas áreas de interesse e necessidades formativas: realizar uma análise estrutural e funcional da clínica do ponto de vista legal; compreender a gestão dos AV; utilizar um modelo de tomada de decisão, numa situação específica, para melhorar o meu processo de tomada de

decisão; conhecer e compreender como lida a equipa multidisciplinar com o TMC, sempre que detetem algum caso que dele pode beneficiar.

A clínica de HD onde desenvolvi o estágio é central em Lisboa, sendo uma das maiores e mais antigas do país. Nesta clínica são prestados cuidados diferenciados e aligeirados, segundo a Portaria nº 347/2013. Existe também um Centro de Acessos Vasculares e uma Unidade de HD Domiciliária. Todos independentes, com equipas diferentes, apesar de pertencerem à mesma empresa.

Existem 286 doentes em programa regular de tratamento e 7 em HD autónoma noturna. O estágio desenvolveu-se junto da equipa e com os doentes em regime convencional, diurno, de tratamento. A equipa de enfermagem é composta por 40 enfermeiros, sendo 15 contratados a tempo inteiro e 25 em regime de prestação de serviços. A clínica é composta por 4 salas de HD num total de 68 postos de tratamento. A sala 1 com 27 postos, sala 2 com 25, salas 3 e 4 com 8 postos cada. Na sala 1 existem 6 máquinas, numa área segregada da sala, para doentes com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e 7 para doentes com Vírus Hepatite C (VHC). A sala 4 funciona em regime de isolamento, exclusiva para doentes com Vírus da Hepatite B (VHB). Todos os restantes postos são para doentes sem nenhuma destas virologias. Do ponto de vista organizacional, a equipa de enfermagem é escalada uniformemente não existindo distinção entre quem fica com doentes com VHB/VHC/VIH quanto ao rácio de doentes por enfermeiro. O rácio geralmente é seis doentes por enfermeiro, para estes doentes, quando deveria ser, quatro a cinco. Só em 2019 ficou registado em Diário da República, logo com valor legal o referido rácio (Regulamento nº 743/2019). No entanto, o guia orientador de boas práticas da OE, já o referia (OE, 2016). O rácio enfermeiro/doente varia entre 5 e 6 doentes por enfermeiro, nos restantes doentes (dotação de 0.2 enfermeiros/doente sensivelmente).

Quanto à prática de enfermagem, existe a obrigatoriedade de pelo menos 3 meses de experiência, através da aptidão do curso de HD da própria empresa, creditado pela EDTNA/ERCA. Existem sempre dois enfermeiros chefes de sala escalados, sem doentes, que apesar de terem funções específicas, dão apoio onde e quando necessário. Fazem parte das funções dos chefes de sala, gestão de horários, gestão dos AV, entrada e saída dos doentes das salas de HD, integração de novos enfermeiros, supervisão clínica, assim como demais assuntos burocráticos (transferências de utentes, internamentos, gestão de medicação). Os enfermeiros chefes de sala são, por norma, os elementos mais antigos da clínica, nomeados pela enfermeira chefe.

A clínica caracteriza-se do ponto de vista legal como periférica, por não estar integrada num hospital. De um modo geral, cumpre com os requisitos legais de funcionamento, baseando-se num regulamento interno para as normas de funcionamento e também num manual interno de boas práticas, para a prestação de cuidados. Existe também cobertura médica permanente, fora do horário de laboração, através de contacto telefónico (Portaria nº 347/2013). É também respeitada a existência de uma central de tratamento de águas, lavandaria, armazém e arquivo.

Do ponto de vista estrutural e organizacional as medidas são rigorosamente cumpridas, de acordo com os requisitos legais (Portaria nº 347/2013). Esta análise responde às unidades de competências C2.1 e C2.2 do domínio C – gestão dos cuidados, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019). O conhecimento e aplicação de legislação, políticas e procedimentos é inerente à otimização do trabalho.

Relativamente ao segundo objetivo de estágio, dediquei parte dos turnos realizados, à gestão do AV. É possível relacionar a eficácia dialítica com grande parte do quadro clínico, sinais e sintomas do doente, assim como ao funcionamento do AV (Parisotto & Pancirova, 2015). Para a avaliação da eficácia dialítica é utilizado o método de avaliação Kt/V, automaticamente pelo monitor de tratamento, após introduzirmos o volume de distribuição de ureia, do doente. Este é o método de avaliação recomendado pelo Colégio de Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos (Ordem dos Médicos, 2017). A eficácia dialítica é uma das principais avaliações em HD, pois permite-nos saber se a função depurativa renal está a ser compensada de forma compatível com vida e com qualidade de vida. O bom funcionamento do AV é diretamente proporcional a uma boa eficácia dialítica. Sendo “a linha de vida” do doente com DRCT, é simultaneamente o seu “calcanhar de Aquiles”. É impossível a realização de HD sem AV. Dos acessos disponíveis, a FAV é o que oferece melhor prognóstico e longevidade, menos complicações, menos custos e conseqüentemente menos idas ao hospital. O CVC, é o que está associado a mais comorbidades e menor patência, sendo o EAV o AV, de características intermédias, entre estes dois (Parisotto & Pancirova, 2015).

Portugal tem sido relativamente semelhante nos últimos dez anos de registos (2009-2019) quanto à maior utilização do CVC no início da HD, sempre acima de 50%. Em 2019, 50,9%, dos doentes, iniciariam HD com CVC tunelizado, face a 41,1% por FAV. No entanto, se avaliarmos qual o AV mais utilizado nos doentes prevalentes, a FAV é a mais utilizada com 74,2% (Galvão et al., 2020). Fazendo a comparação com

a clínica de HD onde estagiei, a realidade é semelhante, existindo de momento 45 doentes com CVC, 39 com EAV e 211 com FAV (71,5% com FAV).

O AV tem um grande potencial de agravamento de doenças cardiovasculares, sendo estas, as principais causas de morte dos doentes em HD. Torna-se essencial a sua monitorização e vigilância (Kellum et al., 2012). A FAV, por ser o AV mais utilizado, assim como pela influência nas doenças cardiovasculares, foi um tema que me despertou a atenção. Durante os estágios, realizei dois cursos sobre a gestão do AV – avaliação básica e avançada. Participei também num *workshop* para pessoas de referência, *key persons*, na gestão do AV (Consultar Anexo I).

Pela pertinência e importância do tema, abordei a equipa sobre a necessidade ou não da realização de uma formação sobre AV. Existem diversas avaliações que se devem realizar diária, semanal ou mensalmente e que não estavam a ser realizadas. Não existiam estetoscópios visíveis nas salas de HD, e as avaliações de débito dos AV eram todas mensais e não adaptadas a cada AV.

Desde a abordagem inicial que, quase toda a equipa se demonstrou motivada com uma possível formação. A vigilância e monitorização do AV, pela sua componente técnica, é um assunto cativante para a maioria dos profissionais que trabalham em HD. Um comentário que me marcou, foi um enfermeiro chefe de sala dizer: “achas que ainda há alguma coisa que se aprenda sobre acessos?”. Falámos um pouco e rapidamente o cativei a, pelo menos, estar presente na formação que iria realizar (Consultar Apêndice I). Algumas interrogações que me chegavam, estavam relacionadas com a existência ou não de conhecimento novo: há mais alguma forma de avaliar débito dos acessos? Vamos ter uma máquina nova? Devemos usar sempre estetoscópio? vamos aprender a sentir o frémito outra vez? Sempre que ouvia interrogações, ficava convicto da pertinência da formação.

Como futuro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na vertente nefrológica, a mobilização contínua de conhecimentos e habilidades visando a melhoria contínua de cuidados, deve ser uma preocupação e uma competência em desenvolvimento constante (Regulamento nº 140/2019). Neste sentido, senti-me responsável por partilhar conhecimento especializado com os colegas. Realizei um poster que expus na clínica a dar conhecimento da sessão (Consultar Apêndice II). No dia da sessão, compareceram 15 colegas, num total de 38% de adesão.

O *feedback* de todos foi muito positivo e a folha de avaliação da sessão espelha-o, com uma pontuação média de 4.63 de 0 a 5 (Consultar Apêndice III). Passei a ver na sala de HD diversos estetoscópios. Recebi contactos de alguns

enfermeiros, que me pediram para repetir a sessão, incluindo de outras clínicas, o que demonstra que houve “passa a palavra”. Considero que existiram fatores fundamentais para o sucesso da sessão: o tema cativante; abordagem de dois casos clínicos de doentes da clínica com problemas atuais; exposição de conteúdo explicativo com sons e vídeos.

Toda a monitorização e vigilância do AV deve ser rigorosa e criteriosa. Após a construção, este demora, pelo menos, 6 semanas até ficar pronto para iniciar punção, caso contrário deve ser encaminhado ao centro de acessos vasculares (Parisotto & Pancirova, 2015). No entanto, existem métodos que nos ajudam a compreender se o AV irá maturar ou não desde as primeiras 24h, com o auxílio de avaliação com ecodoppler (Dixon, 2006). O desafio e a preocupação para com o bem-estar dos doentes, fez-me frequentar um curso para avaliação de FAV e EAV com ecodoppler, visto ter a possibilidade de utilizá-lo no local onde trabalho (Consultar Anexo II).

O enfermeiro especialista deve ter um conhecimento aprofundado na sua área de ação. Compreender fenomenologicamente os acontecimentos, procurando conhecimento radical, ou seja, desde a sua raiz, permite olhar para uma mesma situação com distanciamento, de diferentes perspetivas e com mais segurança. A avaliação de um AV deve ter em consideração o historial clínico do doente, a sua opinião e os acessos prévios. É essencial relacionar estas variáveis com as decorrentes da avaliação objetiva, sejam: pulso; frémito; sopro; variâncias ao longo do acesso; o teste de elevação do braço; o teste de aumento de pulso; a observação cuidadosa e rigorosa do membro e do membro contralateral; avaliação do tórax; a cor, temperatura e existência de sinais de isquemia (Dixon, 2006; Parisotto & Pancirova, 2015; Lok et al., 2020).

A avaliação longitudinal no tempo, permite compreender alterações no AV que são impercetíveis ou desvalorizadas num ato único. A diminuição do Kt/V, em pelo menos 0,2, em dois tratamentos consecutivos é preditivo de estenose (69%) (Lok et al., 2020). Esta avaliação, demonstra a importância da existência de um responsável pela gestão do AV, que avalie estes dados. Neste sentido, a EDTNA/ERCA e a KDIGO, recomendam a nomeação de um coordenador de AV (Kellum et al., 2012; Parisotto & Pancirova, 2015). Como futuro enfermeiro EEMC e pelas competências que desenvolvi e que aqui estão espelhadas, sinto-me mais apto e capacitado para desempenhar este papel. A atividade descrita permite o desenvolvimento das unidades de competência B1.1, B2.1, B2.2, do domínio B – melhoria contínua da

qualidade, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Outra atividade por mim desenvolvida, visando o terceiro objetivo de estágio, foi a aplicação de um modelo de ajuda no processo de tomada de decisão (Apêndice IV). A tomada de decisão está relacionada com os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e diretamente abordada em três (A;C;D) (Regulamento nº 140/2019). De acordo com uma particular vivência na clínica, decidi abordar a temática do assédio sexual e aplicar o Modelo DECIDE para uma hipotética resolução de um dilema ético. Pela pertinência e atualidade do tema, realizei também um enquadramento teórico e concetualização (Apêndice IV).

Um processo de tomada de decisão, fundamentado e estruturado, ajuda-me a conseguir melhor agir e respeitar o doente vulnerável. Ajuda-me também na gestão de situações de conflitos, de forma idónea e isenta de juízos de valor. O processo de tomada de decisão está presente no dia-a-dia do enfermeiro. Todas as ações, desde as mais básicas, como a forma de dirigir ao doente, às mais complexas, passam por um processo de tomada de decisão, por vezes automatizado (Gândara, 2004).

Em situações mais complexas de cuidados, como a situação do Apêndice IV, é essencial estarmos munidos de conhecimentos e ferramentas que nos ajudem a decidir a melhor opção e conseqüentemente, o melhor agir. Devo, enquanto enfermeiro, agir em conformidade com o respeito pela dignidade humana e de forma personalizada a cada doente, ou seja, ser um agente moral responsável (Thompson, Melia, & Boyd, 2004).

A nível teórico, quando refletimos sobre os princípios éticos geralmente existe consenso. A conceptualização do princípio da Justiça, Beneficência, não Maleficência, Autonomia e Vulnerabilidade é amplamente aceite, de forma objetiva, dentro das ciências da saúde. No entanto, quando em contexto prático é necessário a objetivação e a translação destes princípios, de forma a gerarem um processo de tomada de decisão e uma ação, as opiniões podem ser muito diferentes. A melhor escolha, dentro das possibilidades, é complexa e subjetiva. O nosso propósito de vida influencia a forma como lidamos e encaramos o mundo, tendo como futuro enfermeiro EEMC o dever de ser eticamente competente (Regulamento nº 140/2019).

Em casos de assédio é difícil ver, de forma intuitiva, os direitos do infrator. Embora a igualdade de género seja um caminho relativamente consensual na nossa sociedade e cada vez mais abordado, existem pessoas mais firmes e convictas de que a prática de assédio é completamente intolerável. No entanto, para outras,

embora considerem que não deva acontecer, é um mal menor. Esta dualidade de critérios transpõe-se para a Assembleia da República pois, já existiram diversas tentativas partidárias para considerar o assédio um crime, no entanto, foram todas reprovadas, continuando a ser “apenas” uma contraordenação muito grave ao Código Penal (Lei nº 73/2017, 2017).

Os profissionais de saúde por vezes são vítimas de assédio, sem que assim o considerem, por falta de intencionalidade do agressor (Friborg et al., 2017) . Existem doentes, que pela sua vulnerabilidade, estando com demência ou desorientados no tempo e no espaço, cometem situações de assédio. Estas situações são banalizadas e desvalorizadas, não sendo essa a melhor (não) reação. Deve ser sempre demonstrado desagrado, tanto ao doente prevaricador, como aos restantes que estejam presentes (Torres, Costa, Sant'Ana, Coelho & Sousa, 2016). A inimputabilidade, mesmo que apenas moral, por um doente estar desorientado, face a situações de assédio, leva sempre a situações de difícil resolução.

A utilização do Modelo DECIDE ajudou-me a estruturar o pensamento e a compreender os fatores que influenciam a tomada de decisão. O estudo prévio e a aplicação deste Modelo, permitiu-me aprofundar a problemática do assédio em Portugal, nas instituições de saúde, o estudo da legislação vigente, bem como, a identificação de instituições que dão apoio à vítima.

A realização desta análise ao tema, contribuiu para melhor lidar com situações semelhantes. Visto que pertenço a uma equipa de 18 enfermeiros, a consciencialização de como atuar nestas situações, favorece um melhor desempenho da equipa. Consigo agora, com mais confiança e conhecimento, reconhecer as melhores estratégias e debatê-las em equipa. Estratégias que vão desde: o reconhecimento da necessidade de educação sobre prevenção de violência; o reconhecimento de uma cultura que elimine a culpa dos enfermeiros pós incidentes violentos; disseminação dos serviços de aconselhamento; assistência no desenvolvimento de métodos de trabalho de qualidade e acima de tudo seguros (Zampieron, Saraiva, Pranovi, Laskari & Buja, 2010). A situação problematizada, deu-me orientações éticas, morais, deontológicas e jurídicas relativas ao melhor caminho a tomar perante o dilema experienciado. Esta atividade contribui para o desenvolvimento das unidades de competência A1.1, A1.2, A1.3 e A2.2 do domínio A – responsabilidade profissional, ética e legal, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), baseadas na tomada de decisão ética e deontológica.

O último objetivo para este estágio envolve o TMC. Na clínica, quando um doente altera para TMC, é perdido todo o contacto com o mesmo. Foi-me referido que nestas condições nos últimos 3 anos, apenas existiram 2 casos (não foi possível aceder a dados sobre esses doentes). Consideramos aqui o TMC como abdicar da HD, desconhecendo os cuidados que se sucederam.

É estabelecido a nível nacional a realização de 4h de HD, padronizadas para a maioria dos doentes, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013). A Ultrafiltração (UF) é definida pelo nefrologista em percentagem do peso corporal e de acordo com o estado clínico do doente (Ordem dos Médicos, 2017). No entanto, na clínica, existem algumas medidas específicas para doentes em fim de vida, em sofrimento, de forma a não prolongar/piorar o sofrimento com o tratamento. Algumas dessas medidas são: encurtamento do tempo de cada sessão de tratamento para 3 horas; diminuição para 2 dias de tratamento por semana; diminuição ou ausência de UF; acompanhamento semanal pela nutricionista; apoio da psicóloga para o doente e para a família; possibilidade de receber visitas de familiares durante o tratamento; reajuste terapêutico consoante sintomatologia e escuta ativa para compreender o que mais se pode fazer para que este se sintam bem. Perante estas medidas e à luz das recomendações da KDIGO considero que o trabalho que se realiza é positivo. Segundo as *guidelines* da KDIGO (2013) é essencial evitar HD que seja prejudicial ou com ausência de benefícios.

Os doentes com DRCT que necessitem de cuidados paliativos, experienciam sintomas físicos e emocionais severos, assemelhando-se aos doentes oncológicos internados em unidades de cuidados paliativos (Saini et al., 2006). É importante compreender que TMC e cuidados paliativos não são sinónimos. O TMC, além dos cuidados paliativos, centra-se em diminuir a progressão da doença e no controlo ativo de sintomas. Os cuidados paliativos ajudam o doente em TMC, a ter melhor qualidade de vida, menos idas às urgências e menos internamentos. Em oncologia, os cuidados paliativos estão associados a maior sobrevivência, o que torna espectável que um doente em TMC tenha maior sobrevivência com o apoio dos cuidados paliativos (KDIGO, 2013).

Alguns sintomas comuns na DRCT como a dor, agitação, dispneia ou náuseas, podem diminuir drasticamente quando se decide parar a HD (Molzahn & Schick-Makaroff, 2017). É uma decisão clinicamente difícil, devendo os enfermeiros estar despertos para esta realidade. Para tal é essencial o corpo de conhecimentos adequado para agir em prol do doente, o que nalguns casos significa, suspender o

tratamento. Desenvolvendo competências para lidar com estas situações permite-me não me sentir culpado por colaborar na suspensão de HD e ao mesmo tempo evitar a distanásia.

Pela conceptualização do TMC a nível nacional, não o estamos a praticar desde que, se continue a realizar HD. O TMC é uma opção não dialítica (DGS, 2012). No entanto, sem dúvida que as medidas praticadas na clínica e a atenção para com doentes em fim de vida, são uma ponte para o TMC e uma vertente dos cuidados paliativos centrada no alívio do sofrimento.

A possibilidade de realização de sessões de HD esporádicas e de acordo com a sintomatologia para doentes em fim de vida é uma possibilidade (Van Loon et al., 2019), embora não espelhada na Norma nº 017/2011 da DGS (2012). A ausência de uma nomenclatura única para TMC a nível internacional dificulta a homogeneização e o seu desenvolvimento. Conceitos como “*conservative management*”, “*conservative care*”, “*supportive care*” são termos semelhantes utilizados para o mesmo tratamento (Song, 2016).

O tratamento dialítico padrão pode ser excessivamente penoso e não ir ao encontro das prioridades do próprio doente. Nesses casos sem dúvida que uma abordagem paliativa para a HD é colocar o doente e suas vontades no centro do cuidado (Tentori, Hunt, & Nissenson, 2019).

Para terminar, encontrei alguns fatores que dificultam o encurtamento de barreiras entre o tratamento hemodialítico padrão e o tratamento personalizado e adequado aos doentes em fim de vida. Todas as clínicas de HD deste grupo, cerca de 40 a nível nacional, estabelecem um *ranking* entre si, de forma a incentivar e demonstrar que as clínicas atingem os objetivos propostos internamente, tais como: cumprimento de 4h de tratamento; Kt/V superior a 1,4; níveis de hemoglobina 10-12 mg/dl; ferritina 200 e 800 mg/ml; fosforo 3,5 e 5,5mg/dl. Este método é baseado na metodologia *Balanced Scorecard*. Todos estes indicadores são importantes para ter uma visão geral da saúde dos doentes, do nível de adesão ao tratamento e da monitorização de objetivos e metas em HD. Por outro lado, padronizam os tratamentos, dificultando a necessidade de atender à especificidade de cada doente. Ou seja, quando um doente passa a realizar apenas 2 tratamentos por semana, ou 3 horas por tratamento, a clínica pode ser penalizada. Este exemplo demonstra e justifica o atrito e a renitência que existe face à adequação do tratamento às necessidades da pessoa em fim de vida.

Estes indicadores abordados são semelhantes aos *reports* obrigatórios pelas clínicas de HD, à Administração Regional de Saúde (ARS). Os objetivos do *report* à ARS, através do registo de informação na Plataforma de Gestão Integrada da Doença, são: apoiar a faturação através da metodologia do preço compreensivo e avaliar o desempenho da clínica (ACSS, 2013). Toda esta avaliação de desempenho não tem indicadores sensíveis às necessidades dos doentes em fim de vida. É essencial a adequação dos objetivos das clínicas de HD a um programa de diálise paliativa ou cuidados paliativos renais (Tentori et al., 2019).

Foi importante durante o estágio debruçar-me sobre estes fatores, com a equipa de enfermagem. A partilha e a reflexão geram desenvolvimento de competências. Abordar o TMC permitiu-me desenvolver as unidades de competência D2.1, D2.2 e D2.3, do domínio D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). O enfermeiro, segundo estas unidades de competência deve ser facilitador do processo de aprendizagem e de conhecimento novo.

O cruzamento da arte de enfermagem, com a proximidade com o doente e com os conhecimentos adequados, permite compreender as forças motrizes, assim como as de atrito ao desenvolvimento do TMC. O conhecimento do modo de funcionamento dos serviços contribui para atuar junto da natureza do problema, o que facilita a mudança.

Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 1.4,1.10,1.21, 2.1 e 2.2.

Pelas atividades desenvolvidas e reflexões aqui espelhadas considero ter atingido os objetivos a que me propus no início do estágio, avançando no caminho de proficiente a perito em HD.

## 2.2. Estágio em Internamento de Nefrologia

Este estágio desenrolou-se num hospital de abrangência dos Concelhos de Amadora e de Sintra com uma população de 600 mil habitantes. Foi realizado no serviço denominado Especialidades Médicas. Trata-se de um hospital acreditado internacionalmente pela *Caspe Healthcare Knowledge System*.

O serviço dispõe de 33 camas de internamento, das quais, 6 são de cuidados intermédios. Existe uma sala de HD com 8 postos de tratamento, uma sala de técnicas, uma sala de observação, um gabinete de consultas, onde são realizadas as consultas de esclarecimento e dois gabinetes de DP, médico e de enfermagem. São prestados cuidados especificamente a doentes com necessidades do foro nefrológico, o que me permite desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em contexto de internamento em nefrologia.

Como enfermeiro numa clínica de HD, pretendi atingir alguns objetivos que vão ao encontro da minha prática clínica: acompanhar um utente em processo de início de HD; colaborar na colocação de CVC; prestar cuidados na unidade de cuidados intermédios, estreitando conhecimentos com o início ou agudização da DRC; conhecer e refletir sobre a consulta de esclarecimento, relativamente à abordagem do TMC.

A sala de técnicas é utilizada para a realização de biopsias renais, de tecido adiposo e colocação de CVC de curta ou longa duração. Existe um ecógrafo para quando são necessários procedimentos eco guiados. A sala de observação possibilita permanências de curta duração (ambulatório), seja para administração de terapêutica, colheitas de espécimes, ou apenas vigilância.

A enfermeira chefe de equipa não tem, por norma, doentes atribuídos cabendo-lhe a permanência na sala de técnicas quando necessário e a gestão da equipa de enfermagem e do serviço. O sistema informático utilizado, *S. Clinic*, permite a contabilização do número de horas de cuidados de enfermagem para ajustar a dotação segura para a prática de enfermagem.

A orientadora de estágio, a Enf. D., é EEMC e enfermeira chefe de equipa/subchefe do serviço, duas vertentes que ajudaram a enriquecer esta minha passagem. Enquanto chefe de equipa e de acordo com o meu desenvolvimento de competências foi interessante analisar o seu comportamento. O interesse por esta análise e pelo debate com a própria sobre este assunto, cresceu ao longo do estágio, não sendo um objetivo à partida. Trata-se de uma pessoa de estatura pequena, de

tom de voz sempre baixo e doce, muito afável com todos os colegas. Todas estas características juntando à grande afetividade para com toda a equipa e visto ter sido colega de internamento durante anos, fizeram-me questionar se não teria dificuldade em impor-se como chefia. Ao longo do estágio foram diversas as situações que, como chefe, foi necessário a afirmação e o distanciamento das relações pessoais para melhor agir profissionalmente e que sempre o fez. O ser especialista, com um julgamento clínico cuidado de todas as situações, com um conhecimento abrangente e um reconhecimento entre a equipa multidisciplinar foram fatores preponderantes. A frieza e distanciamento ao analisar situações, visualizando o maior número de aspetos sobre cada situação, também foram fatores interessantes de observar. A enfermeira D. estava habituada, treinada e experiente na análise de situações. Recordo-me de um doente com 62 anos, sexo masculino, incapaz de se alimentar, que iria ter alta médica com sonda nasogástrica para o domicílio e a cuidadora, a esposa, trabalhava 12 horas/6 dias por semana. Teria de ser sempre a esposa a alimentar o senhor. Estava já com alta médica para o domicílio, embora com discordância da equipa de enfermagem, por não haver solução para a alimentação do senhor, durante as horas de trabalho da esposa. Foi a enfermeira D., após contactar com a assistente social e com a equipa médica que, conseguiu protelar a alta até existirem condições. Esta situação demonstra também a capacidade de contribuir por um eficaz trabalho em equipa, uma competência específica do enfermeiro de nefrologia, (Chamney, 2007). Outro exemplo foi, após uma biópsia renal de uma doente, cujo protocolo refere 4 horas em decúbito dorsal, num total de 12 horas no leito, e já decorrido este período, preparava-se para realizar levante. Após se sentar na cama referiu: “tenho um ligeiro desconforto nas costas, mas não é quase nada, é normal de certeza”. A enfermeira D. disse-me não estar confiante em realizar o levante. Foi chamado o nefrologista, que, na sala de técnicas, confirmou um hematoma peri-renal ligeiro. A doente manteve-se internada, e em decúbito dorsal até ao dia seguinte.

Estas situações demonstram um nível de perícia avançado, de quem já teve experiências anteriores, com situações semelhantes, e que, mesmo não objetivando nenhum fator de alarme, intuitivamente percebeu algo não estar bem. Não foi apenas a norma ou o protocolo de gestão da dor, que gerou este alarme à enfermeira D., aliás um desconforto dorsal após uma punção renal é perfeitamente normal, às vezes.... Não foi o caso. Tal como afirma Benner (2001), a gestão intuitiva das situações, agindo rapidamente e de acordo com as necessidades existentes no momento caracterizam a enfermeira perita. É fácil reconhecer uma enfermeira perita entre as

demais (Benner, 2001), e esse reconhecimento era perceptível. Esta análise ajuda-me a desenvolver as competências C1.1, C1.2, C2.1 e C2.2 do domínio C – gestão dos cuidados, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Um dos objetivos de estágio, foi poder acompanhar alguém em processo de início de HD. Na clínica de HD onde presto cuidados, os doentes ou fazem indução e nestes casos conhecemo-nos no dia da indução, ou já realizaram a indução no hospital, e são reencaminhados para a clínica após a terceira sessão de tratamento.

Neste sentido, aquando da entrada no serviço da Senhora S. de 62 anos para colocação de CVC e indução dialítica, decidi conversar, sem uma entrevista estruturada, de forma livre, apenas para compreender como vive este processo. Sabia que era seguida em nefrologia há 7 anos. Pretendia ter algum *feedback* sobre o seu atual conhecimento em HD e a sua perspetiva de vida com a nova rotina. Sabendo que não existe um acompanhamento de enfermagem até à véspera ou ao dia da indução dialítica, refletir e amadurecer a opinião com sentido construtivo sobre a real necessidade de existir.

Desde o primeiro contacto com a senhora S., percebi que tinha conhecimento sobre a necessidade urgente em realizar HD. Sabia que estava para breve, pelas palavras do médico que a acompanhava, no entanto, a seu ver, mantinha-se assintomática. Referia não ter sintomas diferentes dos últimos meses. O médico tinha-lhe explicado que as análises demonstravam os rins praticamente “parados”, mas vivia uma grande angústia e revolta por, no seu entender, ainda estar bem sem HD. Incentivei-a, num longo diálogo a falar com os médicos que estavam no serviço e que não devia iniciar tratamento enquanto não esclarecesse todas as dúvidas. De seguida, a senhora foi chamada para a sala de HD e recusou. Neste momento fiquei nervoso, por saber que as minhas palavras tinham ajudado a ter esta atitude. E neste dia a senhora não realizou tratamento ficando agendado falar com o seu nefrologista no dia seguinte. Fui ver o seu processo e chamou-me a atenção alguns dados: creatinina 7,2mg/dL; ureia 300 mg/dL; TFG 12ml/min; perda ponderal no último mês de 3,3kg. Estes dados são indicativos de comprometimento da função renal. No entanto é a entrada no estágio 5T, ou seja, a presença de sintomas extremos, que impossibilitam continuar sem diálise (Kellum et al., 2012). Compreendi aqui a complexidade da decisão. Iniciar ou não HD?

No dia seguinte, fui cumprimentar a senhora, já conformada a realizar HD, referindo ter falado com o seu nefrologista. Foi quando decidi também falar com o

nefrologista. Compreendi a ambiguidade que existe entre não ter sintomas/iniciar tratamento. Iniciar tratamento quando a pessoa ainda se sente plena das suas faculdades e é capaz de realizar a sua vida de forma independente, permite não correr riscos de piorar e necessitar de internamento de urgência. Manter as funções e a independência ajuda a aceitar o início de tratamento. Por outro lado, quando o início de tratamento é tardio, podem existir edemas, cansaço extremo ou dispneia, que afetam a independência e a autoestima, fatores difíceis de recuperar, ao mesmo tempo que o risco de sobrecarga e descompensação cardíaca aumentam. Todos estes fatores dependem de pessoa para pessoa e de situação para situação.

As *guidelines* existentes, (Kellum et al., 2012), objetivam a necessidade de diálise, no entanto, quando em confronto com uma situação, com o doente, compreendemos que servem para facilitar e ajudar a tomar decisões.

O enfermeiro tem um papel importante no acompanhamento do doente em início de HD, seja para retirar dúvidas, ser ouvinte, favorecer o otimismo ou simplesmente estar presente. É essencial o conhecimento diferenciado sobre a doença renal para compreender a vivência do doente nesta fase. Todos os valores analíticos, de situação para situação, mesmo que iguais podem ter significados diferentes. O conhecimento e a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica ajuda a realizar uma correta avaliação das necessidades do doente. Foi esclarecedor e produtivo, poder acompanhar a pessoa no início desta caminhada que pode durar a vida toda. Compreender receios e angústias assim como os conhecimentos existentes nesta fase, irão certamente ajudar-me a melhor cuidar, de uma forma personalizada e especializada em situações futuras. Esta atividade contribui para o desenvolvimento das unidades de competência A1.1, A1.2, A2.1 e A2.2 do domínio A – responsabilidade profissional, ética e legal, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Colaborar na sala de técnicas também foi uma etapa que fez parte dos meus objetivos, nomeadamente na colocação de CVC. Presenciei também a realização de biopsias renais ajudando na admissão e preparação do doente, assim como o acompanhamento durante o procedimento.

Como elemento extra na sala de técnicas, foi possível colaborar em procedimentos ecoguiados (biopsias renais), compreendendo a importância da correta colocação da sonda para diminuir margens de erro e acontecimentos adversos, sendo o principal, a hemorragia interna no local da biopsia. Tendo realizado

o curso ecodoppler para avaliação do AV, foi interessante conhecer a técnica utilizada, semelhante a uma punção ecoguiada.

Ao estar na sala de técnicas estreitei os conhecimentos entre as patologias mais frequentes em doentes a iniciar diálise, o seu meio de diagnóstico e consequentes ações. Uma das indicações para biópsia renal, parte da presença do síndrome nefrótico, caracterizado por edemas, hipertensão, proteinúria, hipoproteinémia (Thomas, 2005).

Também na sala de técnicas colaborei na colocação de CVC. Diversas são as vezes que os doentes do meu local de trabalho, são encaminhados para o hospital para colocar CVC por falência de AV. Esta experiência permite-me compreender o que vão fazer ou sentir. Antes, sabendo que iam ao hospital era de uma forma abstrata que lhes dizia o que iriam fazer. Agora, de forma esclarecida consigo explicar consoante o grau de entendimento e curiosidade do doente, gerindo assim a sua ansiedade. Consigo explicar-lhes para onde vão, o que vão ver, quem vai estar presente, onde poderá ser colocado o CVC, riscos inerentes á sua colocação e cuidados a ter. Desta forma, é mais fácil diminuir fatores ansiogénicos, pois a colocação de um CVC é um momento delicado e de apreensão.

A atividade descrita permite o desenvolvimento das unidades de competência B2.1 e B2.2, do domínio B – melhoria contínua da qualidade, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Tive também oportunidade de acompanhar durante três dias, doentes na unidade de cuidados intermédios, pertencente ao serviço, de forma a atingir um objetivo de estágio. As patologias mais presentes eram descompensações cardíacas, pelo agravamento da função renal. As doenças cardiovasculares são uma consequência da DRC, que se agrava com a evolução do estágio da doença (Thomas, 2005). Doentes com síndromes cardiorenais também são frequentes na unidade. O contacto com estes doentes ajudou-me a aprofundar a agudização da doença, desenvolvendo o meu pensamento crítico. Os doentes, nesta unidade, podem necessitar de uma sessão de HD isolada, assim como desenvolver DRCT e iniciarem tratamento. As ideias ainda obscuras sobre TSFR, a incerteza do que significa fazer HD, a veracidade se será ou não para toda a vida, faz desenvolver um momento de crise na vida do doente. Pela minha experiência profissional, ao acompanhar dois doentes na unidade de cuidados intermédios nestes três dias, foi possível ter vários diálogos produtivos para ambos. Ao afirmar que trabalhava em HD, surgiam imensas perguntas e alguns mitos. Senti aqui, que o conhecimento desenvolvido era benéfico

para os doentes, consegui ajudar com imensas dúvidas que tinham, seja horas de tratamento, hemostase ou alteração da autoimagem pela presença de FAV ou EAV. Este sem dúvida é o papel do enfermeiro especialista: ter um conhecimento diferenciado sobre uma área de ação para conseguir explicar de forma simples, algo bastante complexo e penoso para o doente. Prestar cuidados na unidade de cuidados intermédios permitiu-me desenvolver as unidades de competência D2.2 e D2.3, do domínio D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019)

Como último objetivo de estágio pretendi conhecer e refletir sobre a consulta de esclarecimento, relativamente à abordagem do TMC. A consulta de esclarecimento é um momento crucial na vida do doente com DRC. Baseada na Norma nº 017/2011 da DGS (2012), tende a ser uniforme em todos os serviços de saúde onde é realizada. Neste caso, é realizada inteiramente por nefrologistas, não existindo um espaço temporal próprio para a consulta de enfermagem. Pelas competências em nefrologia, assim como pela proximidade ao doente, durante as TSFR, é de extrema importância existir um momento de ligação com a equipa de enfermagem. A consulta de esclarecimento, tem esse propósito. O enfermeiro tem um papel ímpar de proximidade e de relação terapêutica. É o principal intermediário, facilitando a “ligação” entre doente e sistema terapêutico.

A consulta de enfermagem, integrada na consulta multidisciplinar de esclarecimento, é um direito do doente, que deve ser preservado. Durante o estágio percebi que era realizado algum esforço pela equipa de enfermagem neste sentido, existindo, por vezes, a presença, física, de um enfermeiro, na consulta médica. No entanto, era um momento desconfortável para a grande maioria dos enfermeiros, pelo papel secundário, de apoio apenas quando solicitado.

É também na consulta de esclarecimento que deve ser abordado o TMC. Uma frase que ouvi no serviço e que resume grande parte dos diálogos com a equipa de enfermagem foi: “já houve casos de encaminhamento para cuidados paliativos assim como já construímos fistulas, 48horas antes do doente falecer”. Esta afirmação demonstra a dificuldade que existe quando é necessário investir em cuidar ou paliar. Sendo um momento delicado, a opção por TMC, é sempre a mais difícil de tomar. É vista como um desinvestimento, como me disse um nefrologista “estudámos muitos anos para salvar as pessoas”. Neste sentido, com o apoio da chefe de serviço, e da orientadora de estágio, decidi realizar um poster (Apêndice V) para o serviço, intitulado: “Tratamento Médico Conversador na DRCT”. O objetivo foi expor evidência

científica recente que demonstre o TMC, não como uma escolha, mas como a melhor escolha em situações específicas. A partilha de informação científica é uma competência do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). Pela recetividade da equipa médica e de enfermagem e pelos debates gerados em torno do tema, estou convicto que contribuí para o desenvolvimento de competências de todos, em volta do TMC. A folha de avaliação da apresentação do poster encontra-se no Apêndice VI, tendo obtido uma classificação média de 4,60 numa escala de 0 a 5.

A partilha de evidência científica está expressa na unidade de competência D2.2, do domínio D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), pelo que a realização e exposição do poster contribuiu para o seu desenvolvimento.

Pelas atividades realizadas assim como pelas reflexões demonstradas considero ter atingido os objetivos de estágio a que me propus. Estou convicto da minha evolução de avançado para competente. O acompanhamento realizado ao DRC em contexto de internamento passou a ser uma experiência por mim vivida e não apenas conhecimento teórico. São as aprendizagens experienciais que permitem desenvolver competências. Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 1.3,1.4,1.7,1.9, 1.19 e 1.23.

### **2.3. Estágio em Diálise Peritoneal**

A unidade de DP, selecionada para estágio, é umas das maiores do país, quanto ao número de doentes. Situada num serviço de diálise e transplantação renal, fisicamente tem a proximidade da sala de HD, sala de técnicas, e demais gabinetes médicos e de enfermagem. Existem um enfermeiro e um médico destinados em exclusivo à DP, sendo substituídos ou auxiliados por outros dois colegas sempre que necessário.

Em HD são frequentes as vezes que os doentes questionam o que é a DP, quais os riscos ou cuidados a ter. Encontrando-me no nível de iniciado, é importante adquirir conhecimentos e desenvolver competências nesta área. O facto de existir um enfermeiro EEMC na vertente nefrológica, em exclusividade na DP e na consulta de esclarecimento, foi um fator determinante para a minha escolha. Os meus objetivos para este estágio passam por: conhecer os princípios básicos da DP, cateter *Tenckoff*, soluções de DP e modalidades terapêuticas; compreender como é avaliada a eficácia

dialítica, reconhecer principais complicações; colaborar nos ensinamentos realizados e analisar a consulta de esclarecimento do ponto de vista do TMC.

Por vezes a DP é apelidada de “parente pobre da diálise”, ou técnica antiquada, com muitas infeções. Foi neste estágio que consegui compreender e desmistificar essas ideias erróneas. É este o papel do enfermeiro especialista numa equipa. Ter conhecimento aprofundado, para dar respostas aos problemas, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019). Os ensinamentos realizados ao doente em DP e todo o processo de ensino foram também pontos-chave deste estágio.

Em Portugal em 2019, existiam 852 doentes a realizar DP, um aumento de 8.2% face ao ano anterior, mantendo a tendência crescente dos últimos 20 anos (Galvão et al., 2020). Todos estes doentes realizam DP com acompanhamento no Serviço Nacional de Saúde, em serviços de nefrologia não existindo convenção para clínicas descentralizadas, como na HD.

Atualmente a unidade acompanha 57 doentes, tanto em DP manual como em DP automática. Em DP manual, a DP contínua ambulatória é a mais utilizada. Em DP Automática, as mais frequentes são: DP cíclica contínua, DP noturna intermitente, e DP *tidal*.

Na unidade de DP, foi criado pelo orientador de estágio, um Manual de Apoio ao Doente em DP, entregue no início do acompanhamento do doente. Este guia, além de dar a conhecer o serviço, é a base de todo o processo de ensino, como um suporte de ajuda para o doente usar sempre que necessário. É uma importante ferramenta para transmitir conforto e confiança. Aborda desde como realizar colheitas no domicílio, sexualidade, gestão do material e quando recorrer à urgência.

Para iniciar DP, é necessário a colocação de um cateter para acesso à cavidade peritoneal – Cateter *Tenckoff*. Este cateter é colocado cirurgicamente. Após a alta, o doente é encaminhado para a Unidade de DP onde haverá continuidade dos cuidados. A avaliação do orifício de saída do cateter de DP, faz parte do dia-a-dia do enfermeiro. Realizei, por diversas vezes, o penso ao orifício de saída, avaliando as suas características: endurecimento, rubor, dor, exsudado ou tecido de granulação. A avaliação é baseada na escala de Twardowski (Twardowski & Prowant, 1996).

Enquanto praticamente todos os doentes são elegíveis para HD, para DP, existem algumas limitações, tais como: cirurgias abdominais anteriores, ter animais de estimação, ter hérnias abdominais/inguinais, analfabetismo ou cuidados de higiene diminuídos (Kelman & Watson, 2017).

A DP utiliza a capacidade semipermeável do peritoneu, para servir de filtro do organismo. É inserida uma solução (infusão) no peritoneu, que permanece algum tempo (permanência) e de seguida é drenada (drenagem). Estas três fases da DP, são ajustadas a cada doente, consoante a dose de diálise necessária e as suas características. Durante a permanência, o doente é dialisado através de três princípios fundamentais: osmose, difusão e convecção (Kelman & Watson, 2017).

Existem diferentes soluções de DP, sendo essencial um agente osmótico capaz de realizar UF (remoção de água) para compensar a diminuição de produção de urina. A glucose é o principal agente osmótico. No entanto, durante um tratamento, são utilizadas várias soluções, sendo também utilizada uma solução à base de aminoácidos e outra de icodextrina (Kelman & Watson, 2017). Durante o estágio prestei cuidados a doentes com todas estas soluções, compreendendo a necessidade de constantemente reajustá-las. Lembro-me de um doente que começou a sentir-se mais cansado, edemaciado e a ter que dormir sentado. Foi necessário mudar uma solução de glucose a 1.36% para uma de 2.27% (soluções Baxter existem com glucose a 1.36%, 2.27% e 3.86%), para aumentar a UF.

Durante o estágio, em seguimentos de rotina, colaborei nos cuidados, tanto a doentes a realizar DP com máquina, como DP manual. Quando em DP automática, tornei-me cada vez mais autónomo a identificar problemas, através do acompanhamento remoto que é realizado na unidade de DP. No Senhor A., após verificar que o tempo de drenagem era bastante superior ao esperado, compreendi que a solução seria aumentar o *tidal*. Na modalidade DP automática *tidal*, é mantido um volume residual, o que possibilita reduzir a dor que a drenagem pode causar assim como otimizar os tempos de drenagem (Li et al., 2016). Colaborei também durante o estágio, nos procedimentos que ajudam a compreender a dose de diálise necessária a cada doente. Sendo o mais importante a avaliação clínica, o Kt/V é também essencial para ajudar a calcular a eficácia dialítica. Em DP, existe uma vantagem face à HD, visto que o cálculo do Kt/V, semanal, resulta da soma do Kt/V obtido pela função renal residual com o da diálise. Realizei também, a colheita dos produtos para esta avaliação: amostra do dialisado de 24h, urina 24h, e colheita de sangue. Por duas ocasiões durante o estágio, verifiquei que, a eficácia não era a desejada. Nestas situações existem algumas opções a tomar: aumentar o volume de dialisante, seja em infusões ou ciclos; otimizar o funcionamento do cateter Tenckoff; alterar as soluções prescritas ou adequar o tempo de permanência às características da membrana peritoneal (Li et al., 2016). A atividade descrita permite o desenvolvimento das

unidades de competência B1.1 e B2.2, do domínio B – melhoria contínua da qualidade, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Para conhecer as características da membrana peritoneal realiza-se um teste de equilíbrio peritoneal. Realizei este procedimento durante o estágio, explicando, aos doentes a sua necessidade. Este exame permite classificar o peritoneu, quanto ao tipo de transporte e capacidade de UF. O peritoneu pode comportar-se como alto, médio-alto, médio-baixo ou baixo transportador de moléculas (Kelman & Watson, 2017). A leitura das características do peritoneu não é objetiva e durante o estágio, batalhei para conseguir compreender e adaptar as características deste, à UF e soluções desejadas. Se após 4h de permanência com a solução glicosada de maior concentração, a UF for inferior a 400ml, consideramos que há falência do peritoneu e o doente tem de mudar de modalidade terapêutica (Li et al., 2016).

Ao realizar o teste de equilíbrio peritoneal, ao senhor D., este era considerado um alto transportador. Nestes doentes a capacidade de UF é reduzida, pela rápida absorção da glucose com conseqüente perda de agente osmótico. A decisão passou por reduzir tempos de permanência das soluções e colocação de icodextrina durante o dia.

Durante o estágio também pude presenciar algumas complicações. As complicações dividem-se em infecciosas (peritonite e infeção do orifício de saída) e não infecciosas (leak, hérnia, disfunção do cateter, hemoperitoneu ou dor) (Kelman & Watson, 2017). A mais grave de todas é a peritonite, sendo a maior causa de abandono da técnica e conseqüente transferência para HD. A taxa de peritonites permite-nos ter uma ideia global do número de infeções de um centro face à taxa nacional. Neste serviço, a taxa de peritonites é de 0,19 episódios/doente/ano, sendo a media nacional 0,31. Este valor é um bom indicador do trabalho realizado.

Durante o estágio, o senhor S. após ter ligado a referir que o efluente (líquido que sai do peritoneu) estava turvo, foi prontamente encaminhado à unidade de DP para a realização de colheitas e despiste de peritonite. Um efluente turvo é preditivo de peritonite em 99%, juntamente com a sensibilidade abdominal são os dois principais sintomas (Kelman & Watson, 2017). Realizei de imediato a drenagem do efluente, colheita assética do mesmo, colheita de sangue e lavagens peritoneais para alívio dos sintomas, tal como recomendado (Kelman & Watson, 2017). Um dos procedimentos que também realizei e que contribui para minimizar a ocorrência de complicações, foi a medição da Pressão Intra-peritoneal (PIP). Permite o ajuste de

volumes de infusão, pois um aumento excessivo da PIP pode causar leak, hérnias e mesmo hidrotórax (Kelman & Watson, 2017). As experiências apresentadas contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência A1.3, A2.1 e A2.2 do domínio A – responsabilidade profissional, ética e legal, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Um objetivo deste estágio foi também colaborar nos processos de ensino, compreendendo a importância do ensino ao doente. Em DP, a maioria dos cuidados são realizados pelo doente no domicílio (Kelman & Watson, 2017). Este facto expressa a importância do treino na realização de procedimentos por parte do doente para obter bons resultados. O ensino e o treino têm o propósito do doente realizar procedimentos em segurança, reconhecer e gerir complicações e saber reportar informação importante para a equipa que o acompanha (Li et al., 2016). A *Internacional Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD), aconselha o seguimento de um plano estruturado de ensino (Szeto et al., 2017). As *guidelines* da ISPD atentam à duração do ensino e de cada sessão, recomendam ser em dias consecutivos e não superior a 30 minutos. A duração do ensino é até o doente ser autónomo e realizar o tratamento no domicílio. Deve atender às características das pessoas sendo influenciada pela idade, nível educacional ou estado de ansiedade. Realizei também um processo de avaliação a um doente. É com a aprovação destes processos que se considera que o doente está pronto e autónomo. A avaliação envolve interpelação e observação de procedimentos e a aplicação de teste oral ou escrito (facultativa) (Li et al., 2016). Existe evidência quanto à necessidade de reensino, seja logo aos seis meses (50% já não lava as mãos corretamente) ou após 33 meses (uso de máscara ou cuidados ao orifício deficitários) (Dong & Chen, 2010).

Foi enriquecedor para o desenvolvimento de competências educacionais, ter observado e colaborado nos ensinamentos realizados aos doentes. O meu orientador, experiente, faz sempre uma análise do seu comportamento, visando a melhoria contínua. Fiz o mesmo com a sua ajuda para melhor saber educar e ensinar os doentes, futuramente. A mestria com que utilizava os princípios da educação de adultos em muitas das suas ações era notória. Grande parte do sucesso da DP, deve-se a um bom processo de ensino. A evidência científica faz referência a alguns aspetos que favorecem o ensino, como por exemplo: ensino individual (1:1), mesmo enfermeiro em todo o ensino, eliminação de barreiras físicas, orgânicas, ambientais e psicossociais (Szeto et al., 2017).

Este é um ponto-chave que desenvolveu a minha prática clínica. O processo de ensino é fulcral no dia-a-dia dos enfermeiros. Com os ensinamentos realizados durante o estágio, aperfeiçoei a minha técnica, aprofundei conhecimentos e compreendi as variáveis que influenciam o ensino. Num dos ensinamentos realizados, um barulho de uma chave no bolso, foi motivo de distração, noutra, o simples facto do doente ser esquerdino, também dificultou o treino. A otimização das condições de ensino, é primordial para o seu sucesso. O objetivo de todo o ensino é que o utente consiga manter a sua capacidade de autocuidado. Segundo Orem (2001), as formas de reconhecer e satisfazer as necessidades não são inatas, são aprendidas tendo em conta as crenças, os hábitos e a cultura. Uma das práticas da ciência de enfermagem, segundo Orem (2001), é o sistema apoio-educativo. Neste sistema, a pessoa é capaz de assegurar o autocuidado, mas necessita de acompanhamento e educação para a saúde.

Todas as informações partilhadas, assim como os cuidados prestados, eram baseados nas *guidelines* da ISPD. Apenas quando o nível de evidência era mais baixo é que os procedimentos podiam variar. Por exemplo, na atualidade colocava-se penso impregnado com Mel – *L-Mesitran*, no orifício de saída. Um teste, perante as características do mel, ideais à cicatrização, sendo a recomendação da ISPD, de penso seco (Szeto et al., 2017).

Colaborar no processo de ensino ajudou-me a desenvolver as unidades de competência C1.1 e C2.2 do domínio C – gestão dos cuidados, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

O último objetivo para este estágio, foi analisar a consulta de esclarecimento com enfoque no TMC. Participei na realização de 9 consultas de esclarecimentos. A realização multidisciplinar, estava implementada. O doente, primeiro, tem a consulta médica e após o nefrologista selecionar as opções elegíveis para o doente, segue-se a consulta de enfermagem para explicá-las. Sendo um serviço de DP, na proximidade da sala de HD, havia facilidade em conseguir mostrar, visivelmente *in loco*, as opções aos doentes. Embora o TMC não fosse uma opção elegível ou referenciada pelo médico, o enfermeiro fazia sempre questão de a mencionar, alertando que estava reservada para situações específicas.

Tive alguns debates e trocas de ideias, com o orientador clínico sobre a importância do TMC. Existe ainda um certo tabu ao abordar este assunto. Está impregnado de negativismo, como a “não opção” em vez de ser visto com um investimento não dialítico. A própria Norma nº 017/2011 (DGS, 2012) que estabelece

a consulta de esclarecimento tem como assunto no cabeçalho: “Tratamento Conservador Médico na Insuficiência Renal Crónica Estádio V” (p.1), que demonstra a tomada de posição, como opção viável. Embora esteja destinado a situações excepcionais, também o diz que basta a vontade do doente, parecendo ser ambíguo neste aspeto. O ceticismo existente com este assunto, também tem que ver com o que estamos realmente a oferecer ao doente. É um plano de acompanhamento estruturado? Envolve ou não diálise? É acompanhado por médicos e enfermeiros? A ausência de respostas a estas perguntas, dificultam a abordagem e consequente escolha pelo TMC, mesmo quando poderia ser a opção mais benéfica em termos de qualidade de vida. A estrutura do programa de acompanhamento de pessoas em TMC não é explícita com exatidão. Nos locais de estágio por onde passei a referência para cuidados paliativos é praticamente inexistente.

O TMC é uma opção de tratamento abrangente que deve incorporar cuidados paliativos, pois o conforto em fim de vida é primordial para doentes e familiares. Não deve o TMC ser confundido com cuidados paliativos, pois visa também retardar a progressão da doença (Song, 2016). Os cuidados paliativos deixam a doença evoluir naturalmente, amparando e confortando (Molzahn & Schick-Makaroff, 2017).

É essencial o desenvolvimento do TMC, para proporcionar, em casos específicos, maior qualidade de vida ao doente. Para tal acontecer, e pela não uniforme nomenclatura, diversos autores abordam a necessidade de criação de unidades específicas para prestação de cuidados paliativos renais (Crail, Walker, & Brown, 2013).

A Norma nº 017/2011 (DGS, 2012), é clara ao abordar o TMC como opção terapêutica. Afirma, que começa no dia em que é preciso optar por uma modalidade terapêutica. No entanto, na primeira página da Norma, tanto é referido TMC como tratamento conservador médico. No anexo II, da mesma Norma, entregue ao doente, diz existirem três modalidades terapêuticas: a diálise, a transplantação e o tratamento conservador (e não TMC). Estas diferentes nomenclaturas espelham a ausência de diretrizes precisas quanto ao que oferecer ao doente que opta por TMC. É essencial compreendermos quais as situações em que realmente o doente beneficia do TMC, em vez de diálise.

Refletir e debater sobre a consulta de esclarecimento contribuiu para o meu desenvolvimento das unidades de competência D1.1, D1.2, D2.1 e D2.2, do domínio D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Expostas as reflexões e as atividades realizadas ao longo do estágio, considero ter atingido os objetivos propostos o que contribui para uma boa evolução no meu nível de competências, passando de iniciado para competente. Tive já contacto com a realidade e futuramente irei basear-me nas experiências anteriores concretas e não em pressupostos abstratos.

Relativamente às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007), considero, com as atividades apresentadas, ter desenvolvido as competências 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4, relacionadas com a prestação direta de cuidados em DP.

## **2.4. Estágio em Hemodiálise Hospitalar**

O último estágio, desenvolveu-se numa Unidade de Diálise Hospitalar, num hospital de Lisboa, na área de abrangência de Odivelas e Loures. O serviço funciona como um hospital de dia médico com diálise. É realizado o acompanhamento de doentes com DRC, embora não exista um internamento de nefrologia. O estágio teve em conta vários objetivos: conhecer um serviço de HD hospitalar; iniciar e gerir o tratamento a doentes instáveis; compreender e analisar como é gerido e abordado o TMC neste contexto e, mais propriamente, na consulta de esclarecimento.

O estágio, decorreu ao longo de quatro semanas. O serviço é composto por gabinetes médicos e de enfermagem, sala de técnicas, sala de HD, gabinete de DP, e pelo hospital de dia. No hospital de dia realizam-se tratamentos em ambulatório, principalmente administração de óxido de ferro sacarosado (*Venofer*) endovenoso e profilaxia da nefropatia induzida por contraste, utilizado em exames imagiológicos. O *Venofer* é uma terapêutica recorrente na DRC. A deficiência de ferro é uma das principais causas de anemia, e ocorre pelo aumento do processo inflamatório do organismo com o agravar da doença, sendo menos absorvido a nível intestinal. Este aumento do processo inflamatório também reduz a vida útil dos glóbulos vermelhos, aumentando a anemia (Evans, 2017). A profilaxia da nefropatia induzida por contraste, é essencial quando existe compromisso da função renal. Os meios de contraste iodados causam lesão renal, sendo a terceira causa mais comum de lesão renal aguda em ambiente hospitalar (Odom, 2017). A profilaxia centra-se em duas medidas: hidratação endovenosa e administração de bicarbonato de sódio. Hidratação antes e após o procedimento, para diluir e estimular a produção de urina e consequente libertação do contraste. A administração de bicarbonato de sódio torna o sangue e

urina mais alcalinos, diminuindo a produção de radicais livres de oxigénio e preservando assim a função renal (Odom, 2017). Compreender as práticas realizadas no hospital de dia, revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, o que demonstra o desenvolvimento da unidade de competência D2.3, do domínio D – desenvolvimento das aprendizagens profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Relativamente à DP, o facto de não existir um elemento dedicado em exclusivo é uma contrariedade ao seu desenvolvimento. Quando é necessário prestar cuidados a algum doente ou realizar uma consulta de esclarecimento é um enfermeiro da sala de HD que acumula essa função. A inexistência de um enfermeiro de referência para os doentes em DP, aliado a serem apenas seis doentes que são acompanhados em programa regular de tratamento, impossibilita e atrasa o desenvolvimento de rotinas e a acumulação de experiência. É frequente um enfermeiro estar destinado à DP, uma vez por semana ou por mês. A escassez de tempo útil em contacto com a técnica é sentida e verbalizada pela equipa. A questão embora reconhecida pela chefia é de difícil resolução. No entanto, estão a ser tomadas algumas medidas como formação em serviço e desenvolvimento de protocolos com outras instituições públicas.

Relativamente à HD, existe uma sala principal com 13 postos de tratamento, dois de isolamento de contacto e uma sala pequena com 4 postos para doentes com serologias positivas para VIH, VHB, VHC. São respeitados todos os cuidados a ter, já referidos no primeiro relatório de HD, relativamente à necessidade de isolamento destes doentes. No total, realizam HD, 63 doentes em regime de ambulatório, mais doentes internados, consoante a necessidade. De apoio, existe a sala de técnicas para colocação de CVC, tunelizados ou não. Sempre que necessário também há apoio da cirurgia, em bloco operatório para construção ou revisão de AV.

Durante os turnos na sala de HD, percebi que as necessidades dos doentes são acrescidas. Antes das preocupações com a qualidade do tratamento, dose de diálise adequada ou com o AV, estão as preocupações relacionadas com a condição clínica que levou o doente ao internamento. Essas causas, durante o estágio, variaram desde algias intensas, pré ou pós cirurgia; infeções localizadas ou sistémicas e descompensações hidroeletrólíticas relacionadas com a DRC. Pela versatilidade de conhecimento necessário, considero que esta experiência foi essencial para o meu percurso como enfermeiro especialista. Recordo-me de realizar tratamento de HD ao senhor D. de 80 anos, submetido a uma colocação de prótese da anca. Além da imobilização do membro inferior esquerdo, estava monitorizado, com linha arterial e

com terapêutica em perfusão contínua. A possibilidade de descompensação hemodinâmica no senhor D. é superior a qualquer doente que geralmente cuida na clínica de HD. Tinha realizado duas unidades de sangue, por perdas hemáticas no bloco operatório, ainda sem resultado de controlo pós transfusional. Diabético e em jejum há praticamente 24 horas. A maior possibilidade de eventos adversos exige mais do enfermeiro, que como especialista, deve estar preparado para atuar em contextos específicos da sua área de ação (Regulamento nº 140/2019). A capacidade de conjugar toda a informação clínica disponível em prol de um tratamento seguro, com uma vigilância apertada foi uma competência que desenvolvi ao longo do estágio. Por duas vezes colaborei, junto do orientador clínico, com a equipa de reanimação do hospital. Foram cuidados prestados em situações agudas de doença, onde a cooperação e a coordenação de toda a equipa é essencial para prestar bons cuidados de enfermagem. Estas experiências ajudaram-me a desenvolver as competências C1.1, C1.2, C2.1 e C2.2 do domínio C – gestão dos cuidados, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

Os problemas relacionados com AV são um dos principais motivos de internamento dos doentes com DRCT. No serviço, é realizada uma avaliação periódica, do débito do AV por método de avaliação indireto (*Blood Temperature Monitor*). O enfermeiro orientador (subchefe de serviço) é o enfermeiro de referência para a gestão dos AV. Percebi nas suas palavras que além da vasta experiência, mantém um grande interesse em estar a par da atualidade científica, sempre preocupado com a atualização das *guidelines* do serviço. Por diversas ocasiões quando debatíamos alguma questão sobre AV, procurávamos artigos publicados nas bases de dados científicas, sobre esse tema. A título de exemplo, eu tinha pouco conhecimento sobre um novo AV existente o *HeRO graft*. Embora tivesse já lidado com este AV, o orientador de estágio fez-me pesquisar sobre o tema. Apesar de existir ainda pouca evidência, é a “junção” entre um CVC e um EAV, ideal para colmatar falha de AV por estenoses centrais (Vieira et al., 2016). A constante atualização sobre AV, visando a melhoria contínua de cuidados, em prol da saúde dos doentes, espelha o desenvolvimento das unidades de competência B1.1, B2.1 e B2.2, do domínio B – melhoria contínua da qualidade, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019)

Realizando este processo de procura e de partilha de saberes ao mesmo tempo que prestava cuidados, tornei-me mais confiante para lidar com situações semelhantes no futuro.

No serviço é realizado um grande esforço para a realização da consulta de esclarecimento. Apresentando-se como multidisciplinar, por vezes é difícil conseguir cumprir com todos os requisitos. Tanto a assistente social como a nutricionista não estão presentes ou disponíveis todos os dias. A nível de enfermagem a consulta é sempre realizada. No estágio de DP que realizei, primeiro, era o médico a expor as opções elegíveis e depois o enfermeiro ajuda a esclarecer essas opções. Neste estágio, por vezes, primeiro é o enfermeiro a fazer essa abordagem. Nem sempre existe um trabalho de equipa e um esclarecimento entre a informação transmitida pelas várias fases da consulta. No entanto e já com experiência noutros locais, pareceu-me ser, pela equipa de enfermagem, o mais esclarecedora possível. Existe uma preocupação, em colher toda a informação pertinente, para compreender em que fase iniciar a consulta. Assisti a uma consulta que existia dúvida na elegibilidade de DP, pela realização de uma cirurgia abdominal recente. Optou-se por não abordar de imediato esta possibilidade, sendo explicado ao doente que, primeiro essa dúvida seria esclarecida pelo seu nefrologista.

O TMC no serviço é uma realidade pouco abordada. Na consulta de esclarecimento apenas é dito que existe “não sendo aplicável no caso em questão”, seja ele qual for. Existe desconforto na abordagem e uma rápida mudança de assunto. A importância e o papel do TMC, junto de pessoas que dele podem beneficiar deve ser esclarecida com a devida importância. Mesmo que, nas situações que presenciei, não fosse opção, a forma como se aborda o TMC, demonstra a insegurança vivida, em termos de evidência científica e do que realmente estamos a oferecer ao doente. É essencial esclarecer, que existem situações em que o TMC pode ser uma opção.

Quando questionados, os colegas do serviço são perentórios em afirmar que já presenciaram casos de início de HD com falecimento poucas horas depois, em que o TMC teria sido a melhor opção. No entanto, quando em reuniões clínicas, embora todos pensem da mesma forma, é difícil tomar essa decisão, como se iniciar HD fosse dar mais uma “oportunidade” ao doente. Esta análise à forma como é abordado no serviço o TMC, promove o desenvolvimento das unidades de competência A1.1, A1.2, A1.3, A2.1 e A2.2 do domínio A – responsabilidade profissional, ética e legal, correspondente às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019)

Pelas atividades que realizei irem ao encontro dos objetivos estipulados, considero tê-los atingido. Relativamente às competências do quadro de competências

específicas do enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007), desenvolvi as competências 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.6, direccionadas à prática de enfermagem em HD.

#### **2.4.1. Life Enablers**

Durante o último estágio, tive conhecimento da iniciativa *life enablers*, numa das pesquisas que realizei com o orientador. Esta iniciativa, organizada pela farmacêutica TAKEDA, pretende dar voz a jovens empreendedores universitários, sobre ideias inovadoras em saúde. Decidi então organizar uma equipa para nos candidarmos.

O transporte de órgãos, em terra, por carro, tem vários riscos, tanto para a equipa que leva o órgão, como para as restantes pessoas que circulam nas estradas. O trânsito, acidentes e horas de ponta, são fatores impossíveis de contornar. A alta velocidade praticada por carros que transportam órgãos é igualmente um fator de risco acrescido. Por outro lado, a taxa de utilização de órgãos em Portugal tem sido constante nos últimos anos, em torno dos 84%. A nível financeiro, o investimento num transporte mais seguro e eficaz pode compensar. Um estudo realizado por Rocha et al., (2012), comparou o custo financeiro de um doente em HD, com um doente transplantado. A conclusão foi que, ao fim de 10 anos, um doente transplantado custa menos 157 696,10€ ao Serviço Nacional de Saúde, do que se mantivesse em HD.

Neste sentido, após contactar com dois engenheiros aeronáuticos, surgiu a ideia de construir um drone para comunicações inter-hospitalares, nomeadamente para o transporte de órgãos. O drone permite um transporte mais eficiente, reduzindo riscos inerentes ao transporte por terra, diminuindo margens de erro e fracassos e aumentando a rapidez. A ideia submetida e apresentada a júri (Consultar Apêndice VII), junto com o plano de negócio e desenvolvimento, mereceu o primeiro lugar do concurso, com a atribuição de uma bolsa de 4000 euros (Anexo III).

A identificação de oportunidades de melhoria, baseada numa sólida base de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, é uma competência da prática especializada de enfermagem. Com este trabalho foi possível dinamizar novo conhecimento, visando ganhos em saúde para os doentes, espelhando o desenvolvimento da competência referida (Regulamento nº 140/2019).

### **3. ESTUDO SOBRE “TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR COMO ALTERNATIVA À HEMODIÁLISE NOS DOENTES COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL: UMA REVISÃO *SCOPING*”**

Neste capítulo, vou expor a componente investigativa. Esta componente é essencial para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

#### **3.1. Título da Revisão *Scoping***

Tratamento Médico Conservador como alternativa à Hemodiálise nos Doentes com Doença Renal Crónica Terminal: uma Revisão *Scoping*.

#### **3.2. *Background***

A DRC caracteriza-se pela deterioração progressiva e irreversível da função renal. O rim torna-se incapaz de eliminar os líquidos e as toxinas em excesso e de realizar as suas funções excretoras e reguladoras. Este comprometimento das suas funções leva ao desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base do organismo (Monahan et al., 2010; Brooks, 2017).

A DRC é uma patologia silenciosa cuja sintomatologia geralmente surge num estágio avançado da doença. São múltiplas as causas de DRC entre as principais: doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial (Brooks, 2017). A idade avançada e a história familiar também são fatores de risco para desenvolver a doença (Brooks, 2017). A DRC apresenta um conjunto de manifestações clínicas multiorgânicas, afetando os diferentes sistemas, (urinário, cardiovascular, gastrointestinal, neurológico, músculo-esquelético, endócrino e cutâneo) e a sua intensidade depende do comprometimento da função renal (Monahan et al., 2010; Brooks, 2017). Em 2002 a NKF, estabeleceu um sistema de classificação da DRC em cinco estádios, consoante a TFG e mais tarde acrescentou a proteinúria (KDIGO, 2013). Quando em estágio cinco, a TFG é inferior a 15ml/min/1.73m<sup>2</sup> e neste momento existem sintomas severos como náuseas, vômitos e alterações cognitivas. É essencial nesta fase a escolha de uma modalidade terapêutica. Existem entre as possibilidades, as TSFR: o transplante renal, a HD e a DP. A opção não substitutiva da função renal é o TMC.

O transplante renal devido à diminuída oferta de órgãos, é limitado, permanecendo a maioria dos doentes em diálise. Uma larga maioria em todo o mundo, opta pela HD. Os doentes em HD embora revertam o síndrome urémico, mantêm uma carga de sintomas elevada, o que também pode dificultar a escolha aquando da opção de tratamento (Echevers et al., 2016).

O TMC não sendo uma TSFR, não permite a manutenção da vida a longo prazo, devendo ficar a sua escolha reservada quando o início de uma TSFR não aumenta a longevidade ou a qualidade de vida. A opção pelo TMC, enquanto alternativa à HD, ainda é controversa por levantar questões éticas. É assumir que o fim de vida está próximo. No entanto, em doentes com um elevado nível de dependência e com severas comorbilidades, pode ser a escolha de eleição (Echevers et al., 2016). O TMC tem como objetivo controlar a sintomatologia da DRCT para diminuir o sofrimento e promover o bem-estar do doente. Em Portugal, preconiza-se que esteja disponível uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais especializados em cuidados continuados e paliativos (DGS, 2012).

Segundo a DGS (2012), em Portugal, são indicações para TMC: opção consciente e informada do doente/representante legal; coma irreversível; ausência irreversível de vida de relação; estado demencial grave e irreversível; impossibilidade técnica ou clínica de realização de TSFR; curta esperança de vida e doença irreversível em que se preveja severo sofrimento (DGS, 2012). Embora estejam espelhadas estas situações, os critérios não são objetivos, sendo essencial uma ponderação ética adequada e sensata do doente ou representante legal com o apoio de uma equipa multidisciplinar.

Em Portugal a população em HD é cada vez mais idosa. 62,5% tem mais de 64 anos e 22,5% mais de 85 anos (Galvão et al., 2020). Com o aumento da longevidade surgem um maior número de comorbilidades, com restrição da vida social, da sua independência e com maior mortalidade. Torna-se assim essencial, cuidados de saúde centrados nas características desta população e a ponderação da sua longevidade e qualidade de vida com tratamento hemodialítico. Existem casos, à conta das características da população, em que as TSFR podem não contribuir para aumentar a sobrevida dos doentes (Verberne et al., 2018). Seguindo o mesmo pensamento, o aumento da sobrevida pode causar uma diminuição severa da qualidade de vida. O aumento do número de dias de internamento, de complicações com o tratamento e com o AV e a alteração drástica da rotina, são fatores que devem

ser tidos em conta. A perturbação que causam não só na saúde da pessoa, como do seu enquadramento familiar é um importante fator de ponderação (DGS, 2012).

Em 2019 em Portugal, 81,1 % dos 1533 doentes em HD que faleceram tinha mais de 65 anos e 42,7% mais de 80 anos. Podemos concluir que, a população idosa em HD, naturalmente, é a que apresenta maior taxa de mortalidade. Por outro lado, 3,4% das mortes que ocorreram em 2019 foram nos primeiros 90 dias.

A constatação dos benefícios do TMC tem feito surgir artigos comparativos com a HD (Yong et al., 2009; Kurella et al., 2009; Echevers et al, 2016). As conclusões de alguns artigos são semelhantes ao já abordado, ausência de vantagens em iniciar ou manter HD em grupos específicos. No entanto, são consensuais ao referirem a necessidade de mais evidência científica. Com vista a sistematizar a informação já existente sobre esta temática foi realizada a presente Revisão *Scoping*.

Numa pesquisa inicial na base de dados *Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, não foi encontrado qualquer tipo de revisão *scoping* (publicadas ou a ser realizadas) sobre a temática em questão. Desta forma, decidi realizar uma revisão *scoping*, orientada pela metodologia proposta pelo JBI para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020), com o objetivo de mapear a evidência relativamente às vantagens do TMC como alternativa à HD nos doentes com DRCT. Mais especificamente, esta revisão *Scoping*, pretende dar resposta à seguinte questão: quais as vantagens do TMC como alternativa à HD nos doentes com DRCT?

### **3.3. Objetivo/Questão**

O objetivo desta revisão *scoping* é mapear a evidência relativamente às vantagens do TMC como alternativa à HD nos doentes com DRCT. A revisão *scoping* focar-se-á na seguinte questão: quais as vantagens do TMC como alternativa à HD nos doentes com DRCT?

### **3.4. Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão desta revisão *scoping* são a base sobre a qual as pesquisas foram consideradas. Esses critérios foram sendo justificados durante o *background* e são aqui definidos com o intuito de fornecer um guia ao leitor para

entender o que é proposto na revisão e, mais importante, um guia para os leitores sobre como foram tomadas as decisões sobre as fontes a serem incluídas na revisão.

A revisão *scoping* assenta na estratégia de definição participantes, conceito e contexto (PCC). Relativamente aos participantes, a revisão *scoping* será guiada de modo a incluir estudos que incluam pessoas com DRCT, maiores de 18 anos. Relativamente ao conceito, pretende-se a inclusão de estudos focados na avaliação da qualidade de vida ou sobrevida. Não será critério de exclusão estudos que apenas abordem um dos conceitos. Quanto ao contexto serão considerados estudos comparativos de doentes em HD e em TMC. Apenas serão considerados estudos em que o TMC seja uma alternativa à HD, sendo critério de exclusão estudos com doentes em estágio da DRC 1-4. Estudos que não abordem HD e TMC, simultaneamente, serão excluídos.

Respeitante aos tipos de fontes, esta revisão *scoping* irá considerar estudos quantitativos, qualitativos, revisões sistemáticas da literatura e literatura cinzenta.

### **3.5. Estratégia de Pesquisa**

A estratégia de pesquisa visou encontrar estudos publicados, tendo sido realizada por três etapas. Numa pesquisa inicial, com conceitos naturais, utilizámos a plataforma *EBSCO*, efetuando-a nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, separadamente. Foram selecionadas estas bases de dados, por serem sugeridas pelo JBI e por possuírem o banco de dados de pesquisa de saúde mais abrangente do mundo. Nessa mesma pesquisa é realizada uma análise das palavras contidas no título e resumo, e dos termos indexados, usados para descrever os estudos. Numa segunda pesquisa, nas mesmas bases de dados, separadamente, utilizámos as palavras-chave e os conceitos indexados, respetivos. De seguida, foi executado um cruzamento das pesquisas realizadas anteriormente.

Estudos publicados em inglês, espanhol e português foram considerados para inclusão nesta revisão. Definiu-se como período de estudo, 20 anos (2001-2021). Serão considerados estudos que apenas consigam ser recuperados em texto completo após contacto com os autores, se necessário.

As palavras-chave/conceitos naturais utilizados são os seguintes: Doença renal crónica terminal, hemodiálise, tratamento médico conservador, sobrevida e qualidade de vida.

As palavras-chave/conceitos naturais em inglês são as seguintes: end-stage renal disease, chronic kidney disease, hemodialysis, conservative management, conservative treatment, conservative care, survival e quality of life.

Nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, os conceitos naturais e indexados, respetivamente, são os seguintes:

**Tabela 1.** Conceitos Naturais e Conceitos Indexados de cada Base de Dados.

		Base de dados <i>CINAHL Plus with Full Text</i>	Base de dados <i>MEDLINE with Full Text</i>
PCC	Conceitos naturais	Conceitos indexados	Conceitos indexados
<b>População</b>	Chronic kidney disease End-stage renal disease	Kidney failure, Chronic Renal insufficiency, Chronic	Renal insufficiency, Chronic Kidney Failure, Chronic
<b>Conceitos</b>	Survival	Survival Survival Analysis	Survival Survival Analysis
	Quality of life	Quality of life Quality- Adjusted Life Years	Quality of life Quality- Adjusted Life Years
<b>Contexto</b>	Conservative management Conservative treatment Conservative care	-----	Conservative treatment
	Hemodialysis	Hemodialysis Dialysis Patients	Renal dialysis

A estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *CINAHL Plus with Full Text* é apresentada no Apêndice VIII e a estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *MEDLINE with Full Text* é apresentada no Apêndice IX.

Os artigos pesquisados serão avaliados quanto à relevância, com base nas informações fornecidas no título e resumo. Os artigos completos serão recuperados para todos os estudos que preencheram os critérios de inclusão.

### 3.6. Extração dos Resultados

Os dados serão extraídos dos artigos selecionados, com recurso a um instrumento de extração de dados, alinhado com o objetivo e questão da revisão

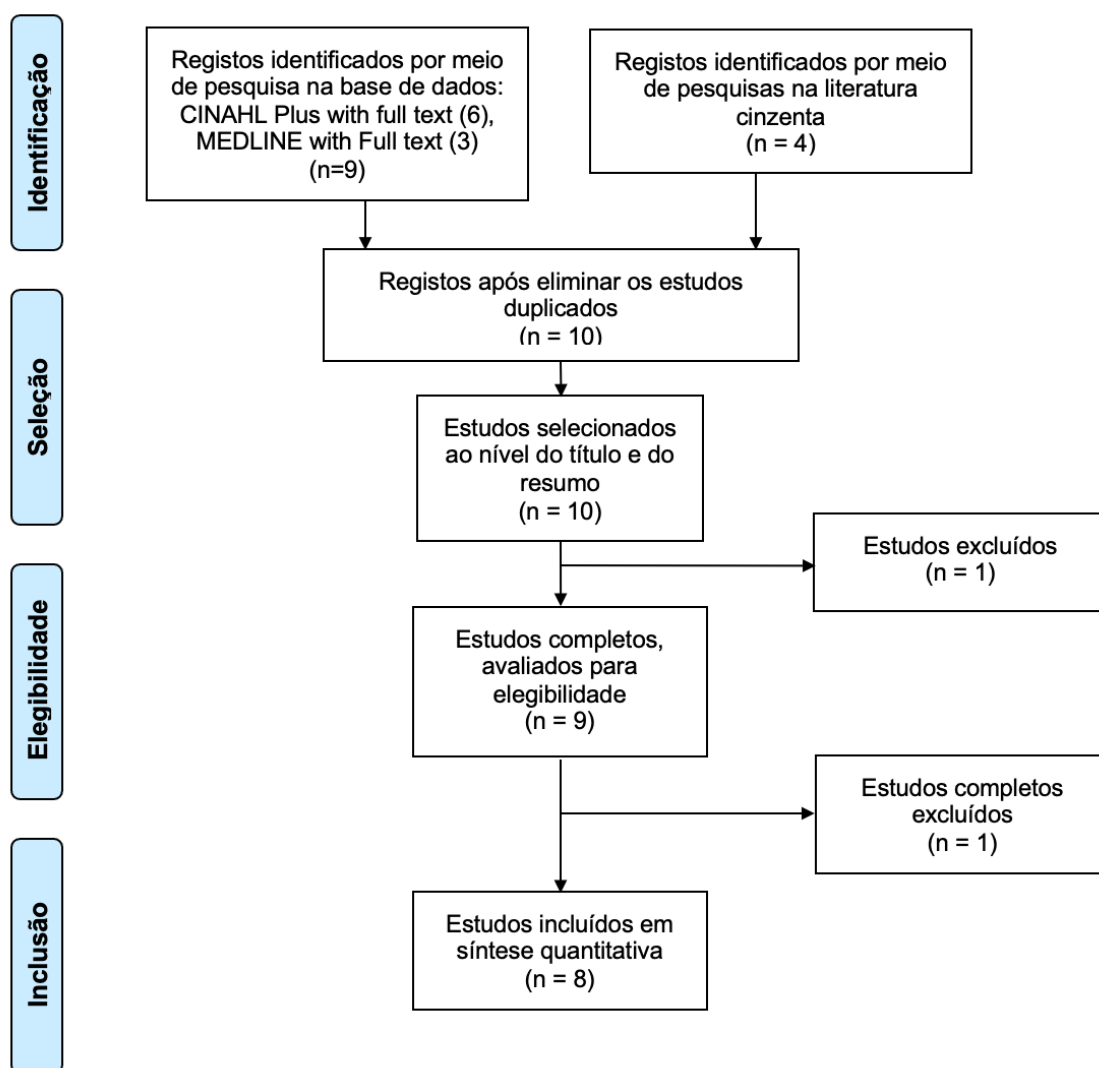
scoping (Apêndice X). Este instrumento está conforme indicado pela metodologia proposta pelo JBI para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020).

Os dados extraídos irão fornecer os detalhes específicos relativos à população, desenhos dos estudos e resultados relevantes para a questão de pesquisa e objetivo.

### 3.7. Resultados

De um total de 13 artigos encontrados, após remoção dos duplicados, foram identificados 10 artigos. Desses, um foi excluído com base na leitura do título e do resumo. Outro artigo foi excluído após leitura integral do artigo (motivo da exclusão no Apêndice XI). Uma análise detalhada dos estudos está no apêndice XII. De seguida encontra-se o fluxograma de decisão de pesquisa.

**Figura 2.** Fluxograma PRISMA do processo de Seleção de Estudo.



Fonte: Adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman (2009).

Dos oito artigos encontrados, seis abordaram a qualidade de vida e seis a sobrevida, sendo que, em simultâneo, as duas variáveis foram abordadas em quatro artigos (Apêndice XIII - Tabela I). A sobrevida foi abordada sobre a forma de sobrevida média ou taxa de sobrevivência em quatro artigos. Os outros dois artigos abordaram a expectativa de vida e uma análise ética. Para avaliar a qualidade de vida foram utilizadas escalas de avaliação de qualidade de vida (QoLSF-36; KDQoL-SF36; EuroQoL-5D-3L) em quatro artigos, uma análise ética e, um estudo numa experiência de escolha discreta selecionou respostas/escolhas dos pacientes relativamente à sua qualidade de vida (Apêndice XIII - Tabela II). Outras variáveis, foram abordadas em alguns estudos, de forma isolada, para ajudar a melhor compreender a qualidade de vida dos doentes tanto em TMC como em HD. Não sendo análises diretas da qualidade de vida ou sobrevida, ajudam a compreender como vivencia o doente esta fase de vida (Apêndice XIII - tabela III).

### **3.8. Discussão**

Os artigos selecionados variaram desde uma experiência de escolha discreta, um estudo de caso, um estudo de cohort observacional e retrospectivo, uma análise longitudinal, duas análises retrospectivas e duas revisões sistemáticas da literatura (Apêndice XIII - tabela IV). Destes, três são originários dos Países Baixos, dois da China, e um de Austrália, Espanha e Itália (Apêndice XIII - tabela V). Variaram desde 2012 a 2019 (Apêndice XIII - tabela VI). As publicações surgiram tanto em revistas europeias como americanas (Apêndice XIII - tabela VII). As características das populações dos estudos estão no Apêndice XIII tabela VIII, sendo maioritariamente homens, com idade mais avançada em TMC. As amostras são sempre maiores em HD. As ideias chave de cada artigo estão na tabela IX do Apêndice XIII.

#### **3.8.1. Sobrevida e Qualidade de vida**

Dos seis estudos que abordam a sobrevida, quatro objetivam a ausência de vantagens em iniciar HD em doentes acima dos 80 anos ou com comorbilidades severas (Echevers et al., 2016; Verberne et al., 2016, 2018; Van Loon et al., 2019). A comorbilidade foi avaliada pelo índice de comorbilidade de Charlson, score de comorbilidade de Davies e a escala de avaliação cumulativa de doenças geriátricas (*CIRS-G*). Um artigo demonstra que o tempo de seguimento em consulta de nefrologia

e a função renal residual influenciam positivamente a sobrevida. Na mesma linha de pensamento, afirma também que as vantagens em iniciar HD, podem ser neutralizadas se forem subtraídos os dias de internamento e HD aos dias de vida remanescente (Echevers et al., 2016). Resultados compatíveis com dois outros estudos que referem que os doentes em HD passam mais dias internados que os doentes em TMC, mesmo sendo mais novos (Van Loon et al., 2019; Verberne et al., 2018). Estes estudos afirmam ainda que, embora os doentes em HD tenham menos dor ou desconforto, a qualidade de vida em ambas, as modalidades terapêuticas, é semelhante. Existe ainda um menor cansaço do tratamento quando em TMC (Verberne et al., 2018). Um estudo analisa quais as características que levam os doentes a preferir HD ou TMC, chegando à conclusão de que o TMC é a escolha de eleição se a HD aumentar o número de dias de internamento e for um forte entrave a viajar. Estão na disposição de abdicar de meses de vida, por uma melhor qualidade de vida (Morton et al., 2012).

Os princípios éticos também foram abordados nesta revisão *scoping*, num artigo. A decisão final da escolha de tratamento, cabe sempre ao doente (princípio da autonomia), na eventualidade de ter ambas as opções à sua escolha (princípio da justiça). É essencial conhecer as suas necessidades e preferências, para um esclarecimento total (Piccoli et al., 2017). Partindo do pressuposto que a imparcialidade para uma livre escolha é impossível, cabe ao princípio da beneficência e não maleficência, tender para que o seja. Se a base da avaliação clínica forem as necessidades e expectativas do doente, respeitando os princípios da beneficência/não maleficência, a escolha terapêutica pode ser um misto entre HD e TMC. E só assim estamos a elevar a análise ética sem ideias preconcebidas (Piccoli et al., 2017). Uma sessão de HD semanal 2:30h/3h – pode manter o doente estável de acordo com as suas necessidades e expectativas. Não significa ser uma escolha terapêutica daqui em diante para todos os doentes. Apenas demonstra que é possível centralizar o bem-estar do doente e chegar a uma escolha terapêutica, que respeita as suas necessidades e expectativas (Piccoli et al., 2017).

Dos artigos que abordam exclusivamente a qualidade de vida, surgem duas revisões sistemáticas da literatura com resultados similares. Nos estudos comparativos incluídos nestas revisões, a qualidade de vida é semelhante em HD e TMC (Tsai, Chao, Chang, & Hung, 2017; Ren et al., 2019). Num estudo, os doentes em TMC tiveram a sua qualidade de vida melhorada após início do tratamento, sendo que, não existe diferença com significado estatístico. Os distúrbios de sono foram

associados a fadiga e outros fatores que não a modalidade terapêutica. Os doentes mais idosos estão dispostos a sacrificar vantagens de sobrevida, por uma maior qualidade de vida (Ren et al., 2019). Ambas as revisões sistemáticas da literatura encontram valores mais altos de qualidade de vida relacionados à saúde mental em doentes em TMC, e relativos à saúde física, em HD. Um estudo aborda a maximização do tratamento conservador, mesmo depois da altura ideal para iniciar diálise. Embora com a diálise exista menos dor ou desconforto, o cansaço do tratamento é maior, e mesmo os doentes mais novos, passam mais dias internados. No final, a qualidade de vida não aumenta com a diálise (Ren et al., 2019; Van Loon et al., 2019; Verberne et al., 2018).

Alguns estudos abordam a necessidade de ter uma equipa multidisciplinar para ajudar o doente a gerir o TMC. A ansiedade, fragilidade, dor, e gestão dos recursos presentes na sociedade, são fatores preditivos da necessidade da existência de um enfermeiro experiente. Deve ser capaz de fazer face às necessidades específicas do doente em tratamento, assim como ensinar a gerir comportamentos e cuidados a ter, como por exemplo: gestão dos líquidos ou ingestão proteica (Ren et al., 2019). O enfermeiro de nefrologia é essencial para ajudar a esclarecer o doente sobre a melhor escolha terapêutica (Verberne et al., 2018). Sendo os enfermeiros elementos-chave na explicação das modalidades terapêuticas, devem ter em linha de conta a sua completa imparcialidade (Piccoli et al., 2017). Por último, deve o doente, sempre que tiver dúvidas ter a possibilidade de falar com um enfermeiro especialista (Verberne et al., 2016).

### **3.8.2. Limitações dos estudos incluídos e da revisão *scoping***

As limitações devem ser relatadas para fornecer informações para futuros estudos de pesquisa. A qualidade metodológica dos estudos incluídos não é relevante para uma revisão *scoping* e, portanto, não foi avaliada.

Para considerar o início do TMC, existem diferentes critérios nos estudos incluídos, tornando assim difícil a objetivação e comparação de resultados. Este início, tanto foi considerado quando a TFG baixa de 20mL/min/1.73m<sup>2</sup> (Verberne et al., 2018), como de 15mL/min/1.73m<sup>2</sup> (Echevers et al., 2016; Van Loon et al., 2019), ou por outros critérios que não a TFG.

Outra limitação tem que ver com a utilização de diferentes escalas de avaliação da qualidade de vida, sendo que, nem sempre foram usadas escalas adaptadas a doentes com DRCT.

Por último, o facto de ser um tema recente, com diferentes nomenclaturas para com o TMC, dificulta o conceito da pesquisa.

### **3.9. Conclusões**

Esta revisão *scoping* teve como objetivo mapear a evidência relativamente às vantagens do TMC como alternativa à HD nos doentes com DRCT. Oito estudos foram incluídos na revisão *scoping* e abordaram a sobrevida e qualidade de vida com DRCT em ambos os tratamentos. Demonstrou-se que o TMC pode ser uma opção válida como alternativa à HD. Os doentes põem a hipótese de abdicar de uma maior sobrevida para viver com mais qualidade e menos restrições. No caso específico da população com mais de 80 anos ou comorbilidades severas, o TMC pode ser encarado como a opção de eleição em casos específicos, desde que seja garantido o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar.

São necessários mais estudos qualitativos e quantitativos de elevada evidência científica, com amostras populacionais maiores para compreendermos o espaço do TMC na DRCT. A escolha ideal para o doente é a que responder às suas necessidades sem ideias pré-estabelecidas por parte da equipa de saúde. A presença do enfermeiro junto da pessoa em TMC é importante para ajudar a gerir o tratamento.

A maioria dos estudos foram realizados em doentes em transição da DRC para a DRCT e, portanto, no momento de optar por um tratamento. Recomenda-se para a investigação, o acompanhamento, em futuros estudos, de uma forma longitudinal no tempo, para minimizar possíveis vieses de comparação entre tratamento conservador em estádios precoces e em estádio terminal da DRC.

A revisão *scoping* permitiu mapear dados objetivos de comparação entre duas modalidades de tratamento, tendo uma significativa importância prática na vida dos doentes com DRCT. Ajudou a colmatar a evidência quanto à melhor escolha terapêutica para o doente, fornecendo dados objetivos e potenciando mais uma opção terapêutica com pouca expressão nacional e internacional.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC é uma doença com grande expressão no contexto nacional e internacional, existindo de ano para ano, cada vez mais pessoas em DRCT, a necessitar de TSFR. Com o aumento da esperança média de vida, existem pessoas a ter que optar por uma modalidade de tratamento, em idade avançada. Com este trabalho, foi possível contribuir para a disseminação de conhecimento sobre o TMC, sendo o papel do enfermeiro, preponderante para um melhor esclarecimento do doente.

Ficou espelhado que, tanto pelas pesquisas realizadas como pelos locais de estágio por onde passei, ainda existe uma generalizada negação do TMC, o que demonstra a importância da abordagem do tema.

A Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, foi um fio condutor para este trabalho. O doente em estágio terminal necessita de apoio para decidir sobre a modalidade terapêutica escolhida sendo incapaz de o fazer sozinho, incapaz de se autocuidar.

As competências desenvolvidas com a elaboração deste trabalho, enquanto futuro enfermeiro especialista permitir-me-ão intervir em prol do doente, de uma forma mais personalizada. Irei prestar cuidados baseando-me em pressupostos assertivos, gerindo momentos de crise vivenciados pelo doente. Considero-me preparado para integrar equipas de implementação e desenvolvimento do TMC.

Este tema foi ao encontro da minha identidade como enfermeiro, com um papel assertivo, crítico e construtivo em prol da inovação nos cuidados de saúde, centralizando o bem-estar do doente.

Com o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019) e das competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia (Chamney, 2007), consegui atingir níveis de competência mais elevados, em cada campo de estágio, do que, os que tinha à partida.

O trabalho de investigação elaborado demonstrou que a qualidade de vida e a sobrevivência da pessoa com DRCT, pode ser potenciadas, quando a abordagem do TMC é considerada. Ajudou-me também a cimentar conhecimentos de investigação, facilitando estudos futuros.

Como fatores facilitadores, a minha motivação inabalável foi preponderante num tema ainda controverso. Outro fator facilitador e preponderante foi a experiência

e o gosto pela enfermagem de todos os orientadores de estágio com que privei. O facto de serem especialistas, enriqueceu o meu percurso. Como fator dificultador, a pandemia causada pela *coronavirus infectious disease – 2019* (COVID-19), sem dúvida que causou atrito ao normal desenrolar do trabalho. O stress pelo desconhecido, assim como as infindáveis horas extras de trabalho realizadas, privaram-me do tempo disponível, assim como da proximidade da maior força motriz existente – a família.

Para terminar, considero desenvolvidas as competências-chave, para a obtenção do grau de enfermeiro EEMC e mestre em enfermagem.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Circular Normativa nº 12-2013 - DPS de 28 de março - Registo na Plataforma de Gestão Integrada da IRC.pdf*.
- Associação Nacional de Centros de Diálise. (2019). *Regulamento do prémio de Investigação ANADIAL - SPN. ANADIAL*. Disponível em: [https://www.anadial.pt/wpcontent/uploads/2018/10/Regulamento\\_Premio\\_Investigacao.pdf](https://www.anadial.pt/wpcontent/uploads/2018/10/Regulamento_Premio_Investigacao.pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito Tradução de Ana Albuquerque Queirós com a colaboração de Belarmina Lourenço*. coimbra: quarteto editora.
- Brooks, D. H. (2017). Chronic Kidney Disease: Diagnosis, Classification, and Management. In S. M. Bodin (3º Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (p. 101-130). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Chamney, M. J. (2007). Competency framework. Sweden: EDTNA/ERCA.
- Crail, S., Walker, R., & Brown, M. (2013). Renal supportive and palliative care: position statement. *Nephrology*, 18(6), 393–400
- Davison, S. N., Levin, A., Moss, A. H., Jha, V., Brown, E. A., Brennan, F., ... Obrador, G. T. (2015). Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: Developing a roadmap to improving quality care. *Kidney*, 88(3), 447–459. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- Dixon, B. S. (2006). Why don't fistulas mature? *Kidney International*, 70(8), 1413–1422. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5001747>
- Dong, J., & Chen, Y. (2010). Impact of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. *Peritoneal Dialysis International*, 30(4), 440–447. doi:10.3747/pdi.2009.00117
- Echevers, Y. M., Gaibor, N. G. T., Pérez, N. N., Martin, F. B., Delgado, R. M., & Riscos, M. Á. G. (2016). Supervivencia de pacientes de edad avanzada (≥70 años) con enfermedad crónica estádios 4-5: diálisis vs tratamiento conservador. *Nefrología*, 36(3), 283–291. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.11.006>
- European Kidney Health Alliance. (2015). *Recommendations for Sustainable Kidney Care*.

- Evans, E. C., (2017). Anemia. In S. M. Bodin (3<sup>o</sup> Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (p. 387-402). New Jersey: American Nephrology Nurses Association
- Friberg, M. K., Hansen, J. V., Aldrich, P. T., Folker, A. P., Kjær, S., Nielsen, M. B. D., ... Madsen, I. E. H. (2017). Workplace sexual harassment and depressive symptoms: A cross-sectional multilevel analysis. 7603 Danish employees from 1041 organizations. *BMC Public Health*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4669-x>
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Lopes, J. A., Amoedo, M., & Silva, G. (2020). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2019*. Ed. virtual.
- Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. C. P. Neves, & S. Pacheco (Coords.). *Para uma ética da enfermagem – desafios* (p. 403-416). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Glasscock, R., Delanaye, P., & El Nahas, M. (2015). An Age-Calibrated Classification of Chronic Kidney Disease. *Journal of the American Medical Association*, 314 (6), 559–560. Doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2015.6731>
- Kellum, J. A., Lameire, N., Aspelin, P., Barsoum, R. S., Burdmann, E. A., Goldstein, S. L., ... Uchino, S. (2012). Kidney disease: Improving global outcomes. KDIGO clinical practice guideline. *Kidney International Supplements*, 2(1). <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.1>
- Kelman, E. & Watson, D. (2017). Peritoneal Dialysis. In S. M. Bodin (Eds.), *Contemporary nephrology nursing* (pp. 209 – 285). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3 (1). Doi:10.1038/kisup.2012.76.
- Kurella, T. M., Covinsky, K.E., Chertow, G.M., Yaffe, K., Landefeld, C.S., & McCulloch C. E. (2009) Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *New England Journal Medicine*, 361, 1539–1547.
- Lei nº 73/2017 (2017). Reforça o quadro legislativo para a prevenção da prática de assédio. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2017), 4715-4717. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/73/2017/08/16/p/dre/pt/html>
- Li, P. K.-T., Szeto, C. C., Piraino, B., Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E. ... Johnson, D. W. (2016). ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*. 36 (5), 481-508.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., ... Valentini, R.

- P. (2020). KDOQI Clinical Practice for Vascular Access: 2019. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), 1–164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Parisotto, M. T., & Pancirova, J. (2015). Acesso Vascular: Canulação e Cuidado. Manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa. EDTNA/ERCA (2a ed). Suíça. Retrieved from [https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular\\_Access\\_book\\_pt.pdf](https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf)
- Ministério da Saúde (2018) *Retrato da Saúde em Portugal 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Molzahn, A. E., & Schick-Makaroff, K. (2017). Supportive Care of Patients with Chronic Kidney Disease. In S. M. Bodin (3º Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (p. 625-636). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. (8ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W., & Howard, K. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *Cmaj*, 184(5), 277–284. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111355>
- National Kidney Foundation (2002). KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Clasification and Stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 39. Doi:10.1634/theoncologist.2011-S2-45.
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Sá, H., Sampaio, S., Matias, A. (2017) *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Nefrologia*. República portuguesa.
- Odom, B. (2017). Acute kidney injury. In S. M. Bodin (Ed.), *Contemporary nephrology nursing* (pp. 637 – 678). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica terminal em Hemodiálise. Guia Orientador de Boa Prática (Vol. 1). Retrieved from <https://pelorim.pt/wp-content/uploads/2017/11/Cuidados-à-pessoacom-DRC-terminal-em-hemodiálise.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*. Retrieved from [http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas\\_Praticas\\_de\\_Dialise\\_Crónica\\_OM\\_2017.pdf](http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Crónica_OM_2017.pdf)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Noncommunicable diseases country profiles*

2018. Geneva. ISBN: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIMES-20-12* JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Piccoli, G. B., Sofronie, A. C., & Coindre, J. P. (2017). The strange case of Mr. H. Starting dialysis at 90 years of age: Clinical choices impact on ethical decisions. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0219-4>
- Portaria nº 347/2013 (2013). Cria o novo regime jurídico para unidades privadas de saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 231 de 28-11-2013), 6594-6607.
- Portaria nº 802/2010 (2010). Cria o Programa Nacional de Doação Renal Cruzada. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 163 de 23-08-2010), 3679-3680. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/802/2010/08/23/p/dre/pt/html>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 743/2019 (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 184 de 25-09-2019), 128-155.
- Ren, Q., Shi, Q., Ma, T., Wang, J., Li, Q., & Li, X. (2019). Quality of life, symptoms, and sleep quality of elderly with end-stage renal disease receiving conservative management: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1146-5>
- Rocha, M. J., Ferreira, S., Martins, L. S., Almeida, M., Dias, L., Pedroso, S. ... Cabrita, A. (2012). Cost analysis of renal replacement therapy by transplant in a system of bundled payment of dialysis. *Clinical Transplantation*. 26, 529-531
- Saini, T., Murtagh, F. E. M., Dupont, P. J., McKinnon, P. M., Hatfield, P., & Saunders, Y. (2006). Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. *Palliative Medicine*, 20(6), 631–636. doi:10.1177/0269216306070236
- Song, M. K. (2016). Quality of Life of Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Receiving Conservative Care without Dialysis. *Seminars in Dialysis*, 29(2), 165–169. <https://doi.org/10.1111/sdi.12472>
- Szeto, C. C., Li, P. K. T., Johnson, D. W., Bernardini, J., Dong, J., ... Brown, E. A. (2017). ISPD Guidelines: 2017 update. *Peritoneal Dialysis International*

- Tentori, F., Hunt, A., & Nissenson, A. R. (2019). Palliative dialysis: Addressing the need for alternative dialysis delivery modes. *Seminars in Dialysis*, Vol. 32, pp. 391–395. <https://doi.org/10.1111/sdi.12820>
- Teruel, J. L., Vion, V. B., Couto, A. G., Gorrín, M. R., Fernández-Lucas, M., Mendiola, N. R., & Quereda, C. (2015). Choosing conservative therapy in chronic kidney disease. *Nefrologia*, 35(3), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.05.005>
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª edição). Loures: Lusociência.
- Torres, A., Costa, D., Sant´Ana, H., Coelho, B., & Sousa, I. (2016). *Assédio sexual e moral no local de trabalho em Portugal* (CITE). Lisboa: Portugal.
- Tsai, H. Bin, Chao, C. Ter, Chang, R. E., & Hung, K. Y. (2017). Conservative management and health-related quality of life in endstage renal disease: A systematic review. *Clinical and Investigative Medicine*, 40(3), E127–E134. <https://doi.org/10.25011/cim.v40i3.28392>
- Twardowski, Z. J. & Prowant, B. F. (1996) Classification of normal and diseased exit sites. *Peritoneal Dialysis International*. 16 (suppl. 3), S32-S50.
- Van Loon, I. N., Goto, N. A., Boereboom, F. T. J., Verhaar, M. C., Bots, M. L., & Hamaker, M. E. (2019). Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients. *BMC Nephrology*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1268-3>
- Verberne, W. R., Dijkers, J., Kelder, J. C., Geers, A. B. M., Jellema, W. T., Vincent, H. H., ... Bos, W. J. W. (2018). Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: A cohort study. *BMC Nephrology*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1004-4>
- Verberne, W. R., Tom Geers, A. B. M., Jellema, W. T., Vincent, H. H., van Delden, J. J. M., & Bos, W. J. W. (2016). Comparative survival among older adults with advanced kidney disease managed conservatively versus with dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(4), 633–640. <https://doi.org/10.2215/CJN.07510715>
- Vieira, M. B., Ferreira, T., Fortes, A., Martins, P., Ministro, A., & Ferreira, H. (2017). *Hemodialysis Reliable Outflow (HeRO) Graft device: a lifesaving solution in multiple vascular access failure in haemodialysis patients*. *Port J Nephrol Hypert* 2016; 30(3): 217-222.

- Walton, B. (2015). Chronic Kidney Diseases: Stages and Nursing Care. *Ohio Nurse*, 15, 5.
- Yong, D. S., Kwok, A. O., Wong, D.M., Suen, M. H., Chen, W. T., & Tse, D. M. (2009) Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliat Med*, 23, 111–119.
- Zampieron, A., Saraiva, M., Pranovi, R., Laskari, A., & Buja, A. (2010). Survey on violence and aggression prevention and management strategies in European renal units. *Journal of Renal Care*. 36 (2), 60-67.





**ANEXOS**



## **ANEXO I – Formações sobre Acessos Vasculares**

# OVERCOMING CHALLENGES



## Workshop Key-Persons do Acesso Vascular

PORTO  
3 Maio 2019  
Hotel Beta Belver

AGENDA		
HORÁRIO	TEMA	ORADORES MODERADORES
14:15   14:45	Sessão de Abertura Competências do Key-Person AV	Alexandra Seabra João Fazendeiro
14:45   16:00	Apresentação dos Participantes Workshop: Papel e Desafios do Key-Person AV	Ana Filipa Martins Alexandra Seabra Bruno Pinto João Fazendeiro Ricardo Peralta Telmo Carvalho
16:00   16:30	Coffee Break	
16:30   17:00	Programa de Monitorização   Vigilância Acessos vasculares	Bruno Pinto
17:00   17:30	Exame Físico	Ricardo Peralta
17:30   18:20	Referenciação   Casos Práticos	Ana Filipa Martins Patrícia Manujo Telmo Carvalho
18:20 – 18:30	Encerramento	João Fazendeiro
20:00	Jantar (Local a definir)	

## CERTIFICADO

(Decreto Regulamentar. nº 35/2002)



Certifica-se que, **Fábio Luís Martins Rodrigues**, natural de Lisboa, nascido a 14 de julho de 1990, nacionalidade portuguesa, sexo masculino, portador do cartão de cidadão n.º 13709946, concluiu com aproveitamento, o Curso de Formação Profissional

***Curso Avançado de Acesso Vascular para Hemodiálise: Capacitar a Tomada de Decisão***

Que decorreu dias 8 e 9 de março de 2019, com a duração total de **20 horas**.

Lisboa, 9 de março de 2019.

O Responsável pela Entidade Formadora,



**CURSO AVANÇADO DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE: CAPACITAR A TOMADA DECISÃO**

**ÁREA:** da Saúde

**OBJETIVO:** Aprofundar o conhecimento e desenvolver a capacidade de tomada de decisão na gestão dos cuidados à pessoa com acesso vascular, desenvolver o espírito de análise crítica do contexto de ação, de forma a adequar estratégias facilitadoras da tomada de decisão que promovam a patência do acesso vascular; Capacitar para o desenvolvimento de novas abordagens de intervenções com o acesso vascular, de forma a adequá-las aos novos desafios das unidades de diálise.

**DURAÇÃO:** 20h

**CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:**

- Estratégias de Preservar a rede vascular
- Avaliar a maturação do acesso arteriovenoso
- Exame físico do acesso arteriovenoso – casos clínicos
- Otimizar a canulação do acesso arteriovenoso
- Programas de monitorização/vigilância do acesso arteriovenoso
- Ecógrafo na sala de diálise
- Complicações do acesso arteriovenoso – casos clínicos
- Fisiopatologia da formação do biofilm do acesso venoso (cateter venoso central)
- Fisiopatologia da trombose do acesso venoso (cateter venoso central)
- Processo de disfunção do acesso venoso (cateter venoso central)
- Estratégias para zero infeções no acesso venoso (cateter venoso central)
- Programa de educação do acesso vascular

## CERTIFICADO

(Decreto Regulamentar. n.º 35/2002)



Certifica-se que, **Fábio Luís Martins Rodrigues**, natural de Lisboa, nascido a 14 de julho de 1990, nacionalidade portuguesa, sexo masculino, portador do cartão de cidadão n.º 13709946, concluiu com aproveitamento, o Curso de Formação Profissional

***Curso Básico de Acesso Vascular para Hemodiálise: da Teoria à Prática Clínica***

Que decorreu dia 02 de março de 2019, com a duração total de **8 horas**.

Lisboa, 2 de março de 2019.

O Responsável pela Entidade Formadora,



Certificado n.º 21 /2019

**CURSO BÁSICO DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE: DA TEORIA À PRÁTICA CLÍNICA**

**ÁREA** :da Saúde

**OBJETIVO:** Adquirir conhecimento na área da gestão dos cuidados à pessoa com acesso vascular, com a finalidade de desenvolver o espírito de análise crítica no contexto clínico e desenvolver intervenções individualizadas e adaptadas com o acesso vascular.

**DURAÇÃO:** 8h

**CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:**

Rede vascular/localização e tipo de acesso arteriovenoso

- Processo de maturação do acesso arteriovenoso
- Exame físico do acesso arteriovenoso
- Técnicas de canulação do acesso arteriovenoso
- Monitorização/vigilância do acesso arteriovenoso
- Complicações do acesso arteriovenoso
- Fatores que Predispõem a Disfunção e Duração do Acesso Venoso (Cateter Venoso Central)
- Processo de disfunção do cateter venoso central
- Complicações do Acesso Venoso (Cateter Venoso Central)
- Prevenir a Disfunção no Acesso Venoso (Cateter Venoso Central)

**ANEXO II – Diploma do Curso de Ecodoppler de Acesso Vascular**





ECO  
DOPPLER  
DE ACESSO VASCULAR

Certifica-se que

## Fábio Luís Martins Rodrigues

Participou no Curso de EcoDoppler de Acesso Vascular, com a duração de 11,5 horas, realizado nos dias 22 e 23 de novembro de 2019, no Hotel Holiday Inn Porto Gaia.

*Pela Comissão Organizadora*

Ana Ventura

Clemente Sousa



COMISSÃO ORGANIZADORA



GRUPO DE  
ESTUDOS  
VASCULARES





**ANEXO III – Diploma do concurso Life Enablers**



# Certificado

---

**Fábio Luís Martins Rodrigues**

fez parte da equipa vencedora da 2ª edição da Life Enablers.

A Life Enablers é uma iniciativa dirigida a estudantes universitários que pretende acelerar a geração de ideias que melhorem a qualidade de vida de doentes e das suas famílias.

Na final da Life Enablers, cinco equipas finalistas tiveram a oportunidade de apresentar em detalhe a viabilidade dos seus projetos e de entregar um Business Plan da sua solução.

Lisboa, 09 de dezembro 2020

Miguel Gonçalves  
Comandante Executivo @ Spark Agency

**APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Formação de Acessos Vasculares para Hemodiálise**

# Acessos Vasculares para Hemodiálise: Overcoming Challenges

18 de Outubro de 2019

Autor: **Vein**  
Fábio Rodrigues nº 2412

**Key-Persons do Acesso Vascular**



## SUMÁRIO

- Objetivos
- Key-Persons do Acesso Vascular
- Rede Vascular
- Monitorização clínica
- Canulação do Acesso Vascular
- Complicações do Acesso Vascular
- Vigilância do Acesso Vascular
- Sugestões Key-persons
- Conclusões

# OBJETIVOS

Aumentar os ganhos em saúde dos utentes, sensibilizando a equipa de enfermagem para uma uniformização da prática de cuidados baseados na melhor evidência científica disponível

Descrever o papel dos key-persons

Otimizar a realização do exame físico

Saber Identificar complicações do Acesso Vascular

Rever e relacionar as ferramentas disponíveis para a Vigilância clínica



2

# KEY-PERSONS DO ACESSO VASCULAR

- 1 **Experiência profissional** na área da Hemodiálise não inferior a **3 anos**;
- 1 Conhecimentos avançados em **exame físico** do acesso vascular;
- 1 Competências avançadas na **canulação** de acessos vasculares;
- 1 **Competência de formação** (Curso Formação Formadores);
- 1 Espírito de **iniciativa, dinamismo**, boa capacidade de **comunicação** e **relacionamento** interpessoal;
- 1 Competências em **liderança** e **gestão de equipas**;
- 1 Conhecimentos de **Informática** como utilizador;
- 1 Conhecimentos de **Inglês**.



3

## KEY-PERSONS DO ACESSO VASCULAR

- Implementar **protocolos e orientações corporativas** para a gestão do acesso vascular no Centro;
- Elaborar **plano mensal de vigilância** dos acessos vasculares de acordo com os protocolos e orientações;
- Promover a **avaliação diária e respectivos registos** nas ferramentas definidas a nível corporativo.
- Solicitar sempre que se justifique e em articulação com o Enfermeiro Chefe, Nefrologistas e Diretor Clínico, **alterações à prescrição de agulhas, técnicas de canulação e outros**;
- Coordenar **programa de monitorização e vigilância** dos acessos vasculares no Centro;
- Assegurar a **formação e aquisição/actualização de conhecimentos** sobre acessos vasculares por parte da equipa de enfermagem;
- Promover a **educação da pessoa doente** para a preservação e monitorização do acesso vascular para hemodiálise

## KEY-PERSONS DO ACESSO VASCULAR

- Monitorizar as **infecções e eventos adversos** relacionadas com o acesso vascular;
- Promover a **discussão de casos clínicos** com a equipa multidisciplinar;
- Orientar os **enfermeiros de referência**, na avaliação, monitorização dos acessos vasculares;
- Promover a vigilância e avaliação dos **acessos vasculares em maturação** e a respetiva canulação em articulação com Enfermeiro Chefe, Nefrologistas e Diretor Clínico;
- Suportar a equipa de enfermagem em situações de pessoas doentes com **acessos vasculares de difícil canulação e em complicações** relacionadas com o cateter venoso central;
- Articular com o Enfermeiro Chefe, Nefrologistas e Diretor Clínico a **referenciação do doente** ao Centro de Acessos Vasculares e Hospitais de referência;

## KEY-PERSONS DO ACESSO VASCULAR

- Avaliar **acesso vascular com punção recente** e identificar necessidades de remoção de cateter venoso central, após articulação com o Enfermeiro Chefe, Nefrologistas e Diretor Clínico
- Analisar **relatórios** das bases de dados EuClid e AV online **relativos aos acessos vasculares**;
- Avaliar **indicadores de qualidade** relativos aos acessos vasculares estabelecidos nível corporativo e institucional;
- Fornecer os **resultados dos indicadores à equipa multidisciplinar**.

## KEY-PERSONS DO ACESSO VASCULAR

### Nursing Section

#### Overview of the Role of a Vascular Access Nurse Coordinator in the Optimization of Access Care for Patients Requiring Hemodialysis

Lesley C. Dinwiddie

A DAY IN THE LIFE OF A

# VASCULAR — ACCESS — COORDINATOR

### VASCULAR ACCESS

#### Investing in the Lifeline: The Value of a Vascular Access Coordinator

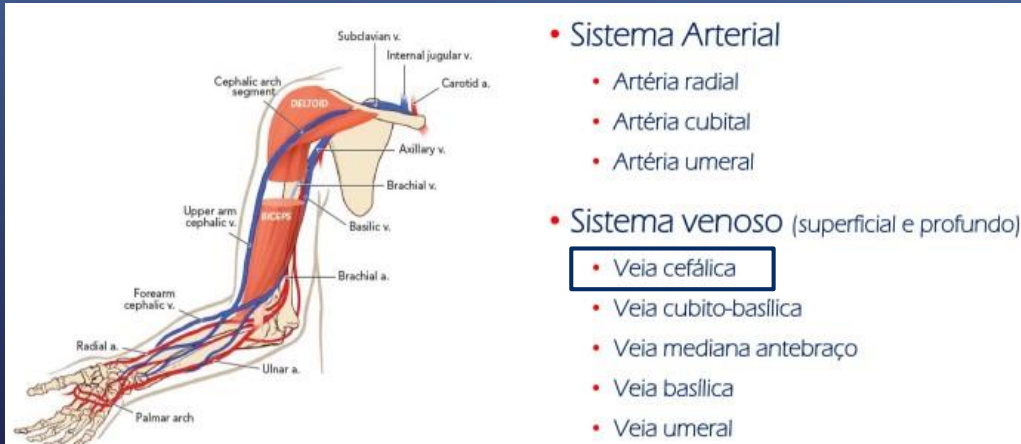
#### Using Evidence-Based Practice and an Educational Intervention to Improve Vascular Access Management: A Pilot Project

CNE  
Continuing Nursing  
Education

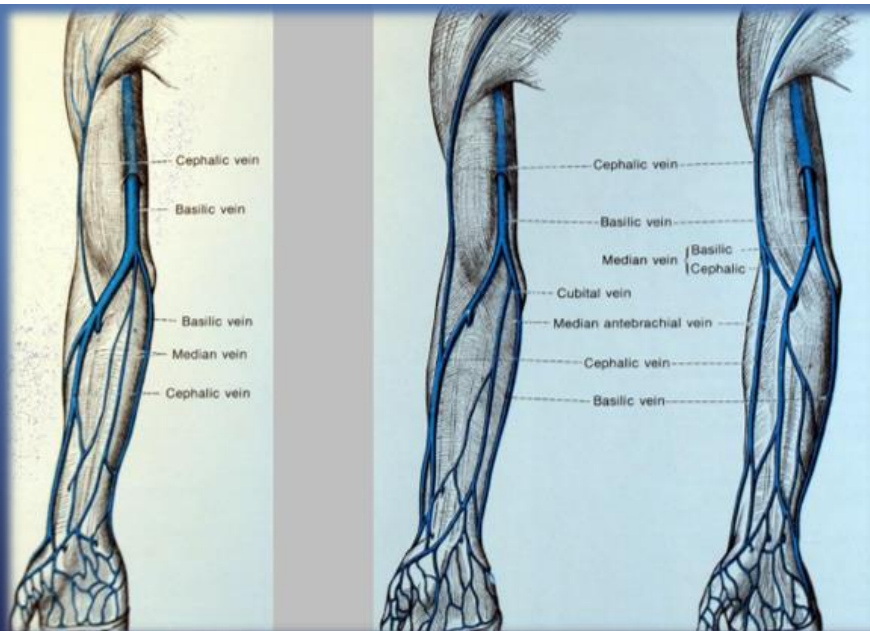
Stephanie M. Wright

... ..

## REDE VASCULAR



8



(Sousa, 2019)

9

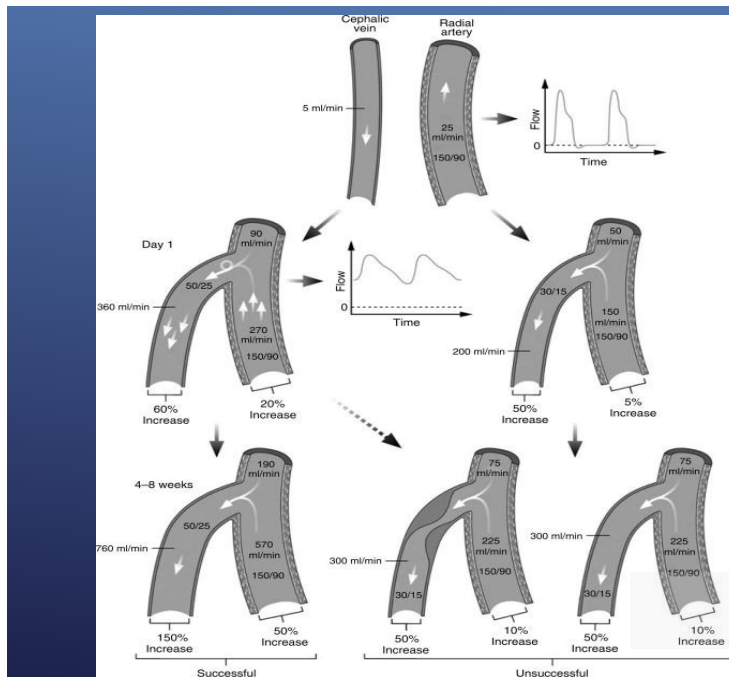
# MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

## Problemas detetados durante a canulação e/ou diálise:

- Dificuldades de canulação;
- Aspiração de coágulos;
- Incapacidade de alcançar o débito de sangue desejado;
- Tempo de hemostase prolongado (76% de predição);
- Discrepância entre as pressões venosas e arteriais.



(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019) 10



## Maturação da fístula

Débito Cardíaco

Fluxo Arterial

Fluxo Venoso

PULSO FRÉMITO SOPRO

(Dixon, 2006)

11

# MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

## EXAME FÍSICO

### PULSO

**Hiperpulsátil**  
(em martelo, difícil de  
comprimir manualmente)

O fluxo tenta ultrapassar  
uma estenose a jusante

Não normal



**Suave**  
(facilmente compressível)

Normal



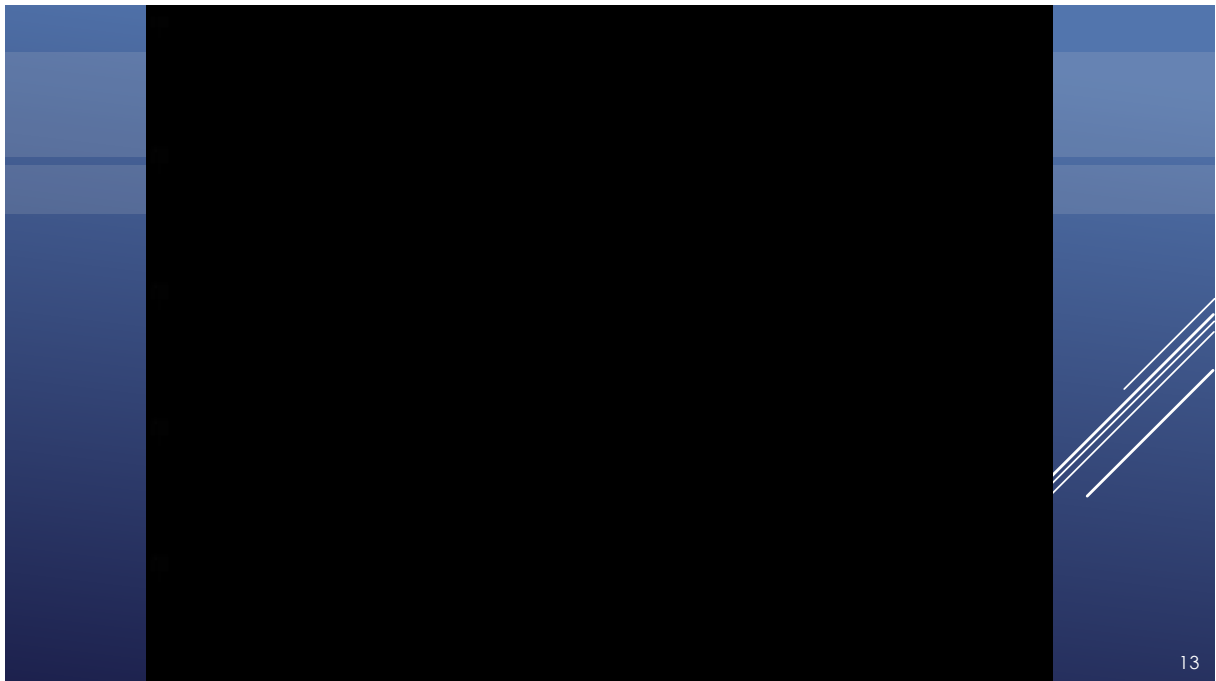
**Hipopulsátil**  
(pulso fraco, acesso flat)

Há estenose a montante que  
impede o fluxo no acesso

Não normal

12

(VIDEO)



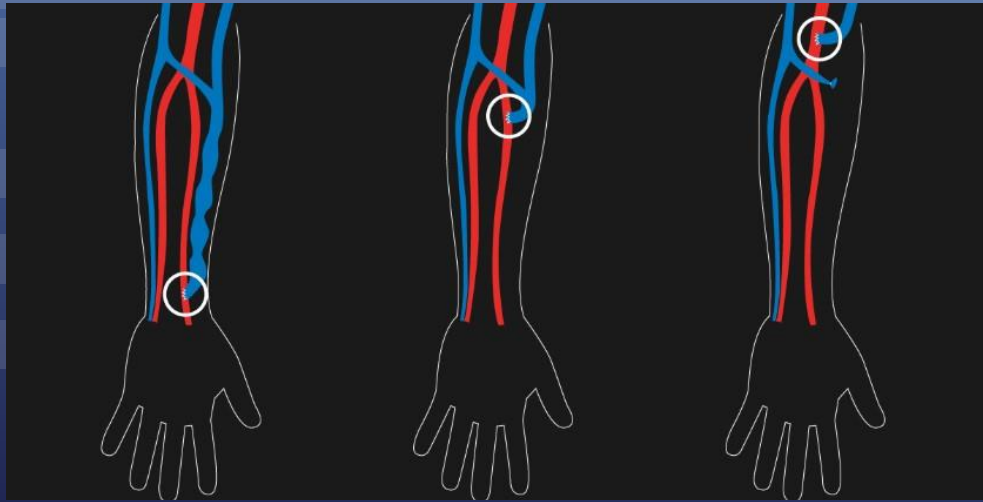
13

## MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

FRÉMITO

SOPRO

PULSO



14

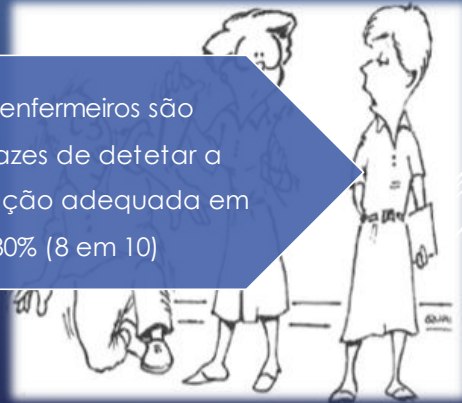
## MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

### FAV PUNCIONÁVEL

Regra dos Seis:

- Mínimo 6mm de diâmetro
- Máximo 6mm de profundidade
- Fluxo sanguíneo de 600ml/min
- Avaliar 4/6 semanas para despiste de não maturação
- 6cm de área puncionável

Os enfermeiros são capazes de detetar a maturação adequada em 80% (8 em 10)



15

## MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

### EXAME FÍSICO

- Avaliação de Sinais de Infecção
- Avaliação da Veia Drenagem
- Avaliação da Mão
- Avaliação de Sinais de Estenose Venosa Central
- Teste da Elevação do Braço
- Teste de Aumento do Pulso

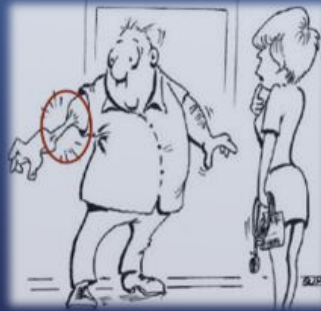


16

## MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

### AVALIAÇÃO DA VEIA DE DRENAGEM

- Estreitamento
- Colateralidade
- Tortuosidade
- Diminuição abrupta do sopro/frémito



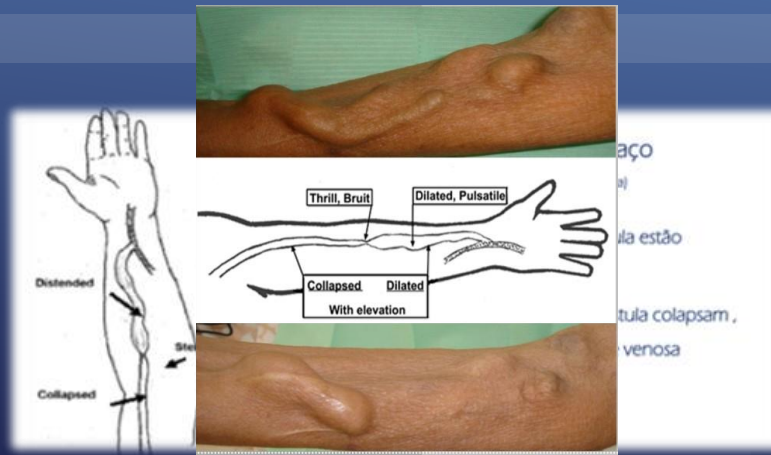
### AVALIAÇÃO DE ESTENOSE CENTRAL

- Edema no Tórax/pescoço
- Ingurgitamento/presença de veias acessórias

ESTENOSE É CAUSA DE DISFUNÇÃO EM MAIS DE 80% DOS ACESSOS

17

## MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

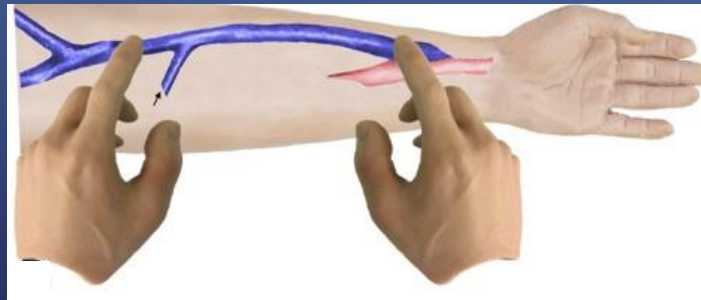


(Sousa, 2019)

18

## MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

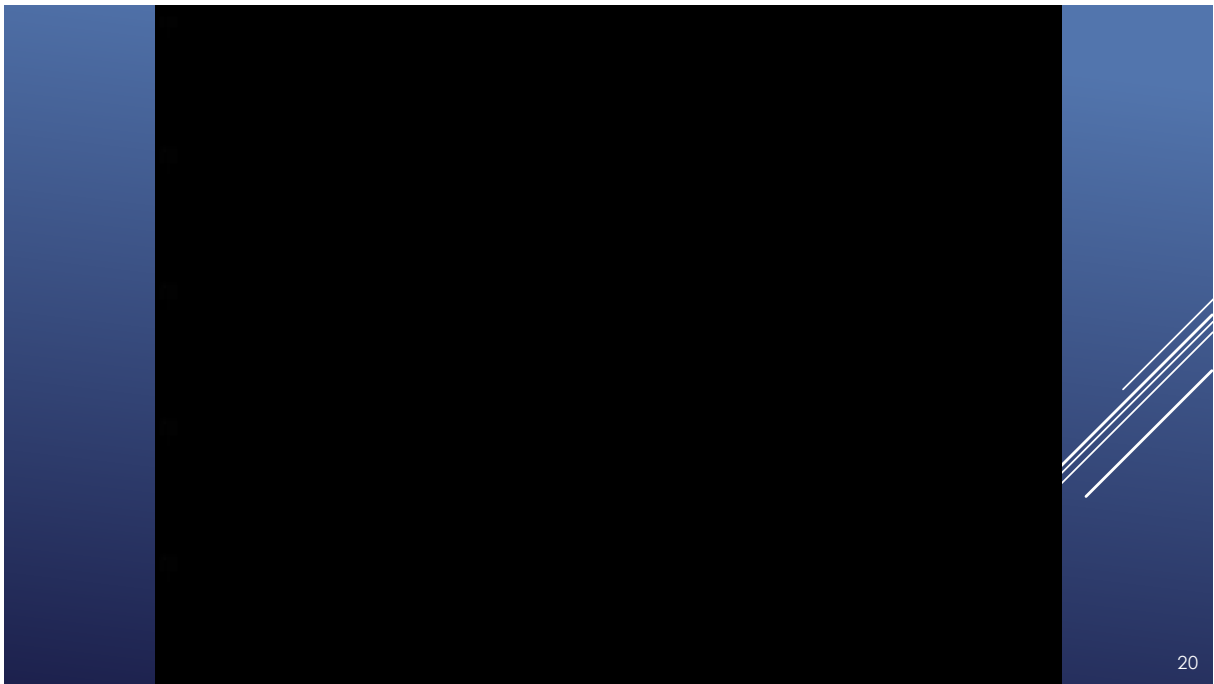
### TESTE DE AUMENTO DE PULSO



HIPERPULSÁTIL = TESTE NORMAL

(Salman & Beathard 2013)

19



(VIDEO)

## CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

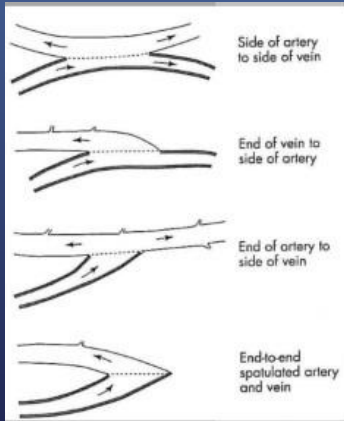
- ▶ A qualidade da canulação influencia a patência do AV
- ▶ Uma equipa experiente reduz o risco de trombose em 11%

- ▶ ERBP recomenda 4-6 semanas, regra dos "Seis"
- ▶ EUA 8-12 semanas
- ▶ SINAIS PRECOSES DE FALÊNCIA DO ACESSO ÀS TRÊS SEMANAS

- ▶ FUTURAMENTE ... FLUXO SUPERIOR A 400ML/MIN AOS 1º E 7º DIA SÃO INDICADORES DE SUCESSO

**SE, APÓS SEIS SEMANAS O VASO NÃO APRESENTAR DIÂMETRO SUFICIENTE PARA CANULAR, A PESSOA DOENTE DEVE SER ENCAMINHADA PARA UMA REAVALIAÇÃO (EDTNA, 2015)**

## CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

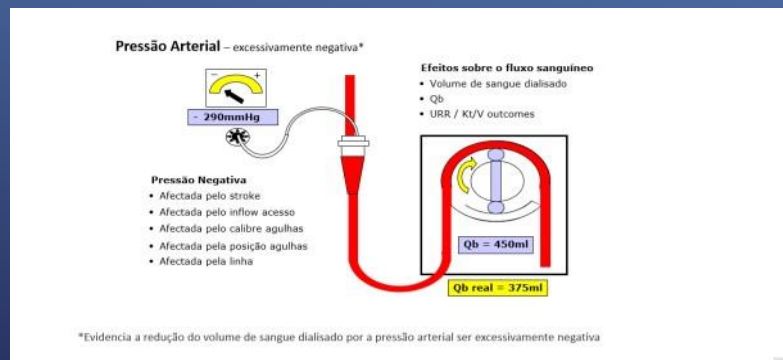


(Parisotto & Pancirova 2015)

- Reconhecer a tipologia de construção do acesso
- Identificar a anatomia vascular
- Privilegiar agulha no **sentido anterógrada**

22

## CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR



(Parisotto & Pancirova 2015)

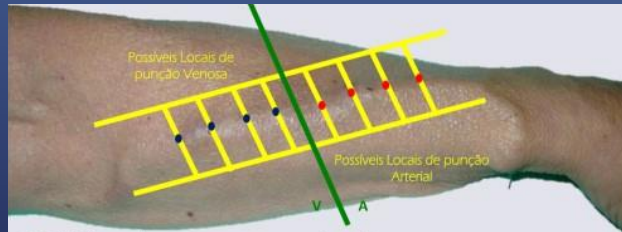
23



# CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

## TÉCNICAS

### ESCADA



Evitar se existir histórico de canulações sem sucesso

Evitar aneurismas

5mm da canulação anterior

Todo o comprimento do acesso

Área canulação venosa  
Área de canulação arterial

26

# CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

## TÉCNICAS

### BOTOEIRA

**SZEŚCIOLETNIE KLINICZNE DOŚWIADCZENIE  
Z WYTWARZANIEM I UŻYTKOWANIEM WEWNĘTRZNYCH  
PRZETOK TĘTNICZO-ŻYLNÝCH U CHORYCH LECZONYCH  
POWTARZANYMI HEMODIALIZAMI**

**ZBYLUT TWARDOWSKI, ROMAN LEBEK, HELENA KUBARA**

Z IV Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Górniczego w Bytomiu, ordynat.:  
dr hab. n. med. Z. Twardowski

NÃO USAR UMA AGULHA PARA REMOVER CROSTAS

27

# CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

## TÉCNICAS

### ÁREA

Maior tendência para Aneurismas

Dilatação localizada com pelo menos 150% do tamanho de um segmento da FAV/PTFE considerado normal



28

# CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

## TÉCNICAS

### Medidas Adequadas para a Inserção da Agulha

- Manter a pele esticada,

## GARROTE

- ✓ Ângulo de 45 graus para o enxerto,
- Observar o "flashback" (aparecimento de sangue a pulsar no tubo da agulha),
- Reduzir o ângulo da agulha para 15 graus.

(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019)

29

# CANULAÇÃO DO ACESSO VASCULAR

## TÉCNICAS

*Seminars in Dialysis*

Review

### What Nephrologists Need to Know about Vascular Access Cannulation

Lesley C. Dinwiddie,\* Lynda Ball,† Deborah Brouwer,‡ Sheila Doss-McQuitty,§, and Janet Holland¶

\*Nephrology Nurse & Vascular Access Consultant, Cary, North Carolina, †Vascular Access Specialist, Fresenius Medical Care, Seattle, Washington, ‡Vascular Access Specialist, Fresenius Vascular Care, Berwyn, Pennsylvania, §Research Coordinator, Satellite Healthcare Inc, San Jose, California, and ¶Director, Vascular Access Management Team, DaVita, Denver, Colorado

Seminars in Dialysis—2013  
DOI: 10.1111/sdi.12069  
© 2013 Wiley Periodicals, Inc.

30

# COMPLICAÇÕES DO ACESSO VASCULAR

## Pré-díalise

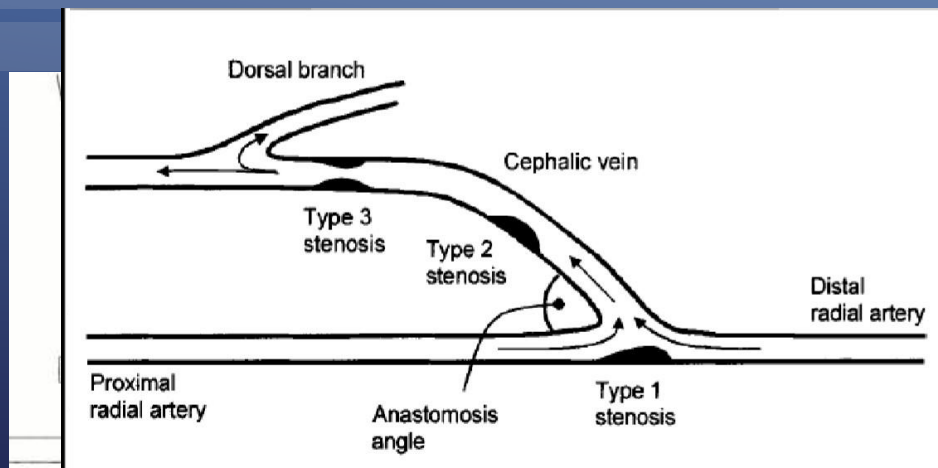
- Infeção
- Deficiente desenvolvimento da FAV/PTFE
- Estenose venosa
- Síndrome de Roubo/HAIDI
- Síndrome da Hipertensão Venosa

## Hemodiálise

- Infeção
- Hematoma/Seroma
- Dificuldade de canulação
- Baixo Qb
- Estenose Venosa
- Síndrome de roubo/HAIDI
- Síndrome da hipertensão venosa
- Síndrome do Hiperdébito

31

## COMPLICAÇÕES DO ACESSO VASCULAR



DIMINUIÇÃO DA VEIA DE DRENAGEM

(Sousa, 2019)

32

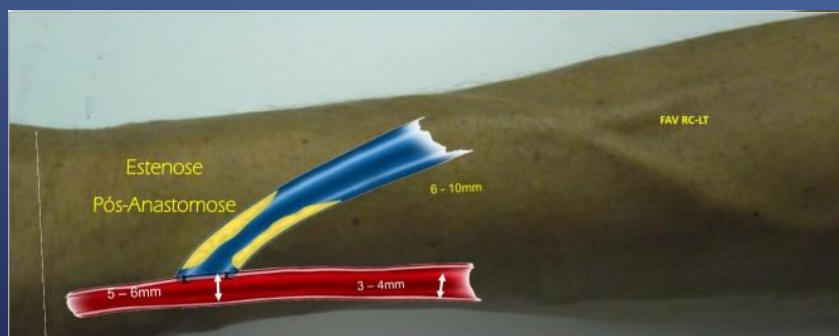
## COMPLICAÇÕES DO ACESSO VASCULAR

DEFICIENTE DESENVOLVIMENTO FAV/PTFE

30 DIAS

Diminuição da veia de drenagem  
Colapso ao elevar o braço

Frémito na anastomose +++  
Hiperpulsátil na anastomose  
Teste aumento pulso facilmente compressível



(Sousa, 2019)

Sopro descontínuo, sistólico

33

# COMPLICAÇÕES DO ACESSO VASCULAR

## SÍNDROME DE ROUBO/HAIDI

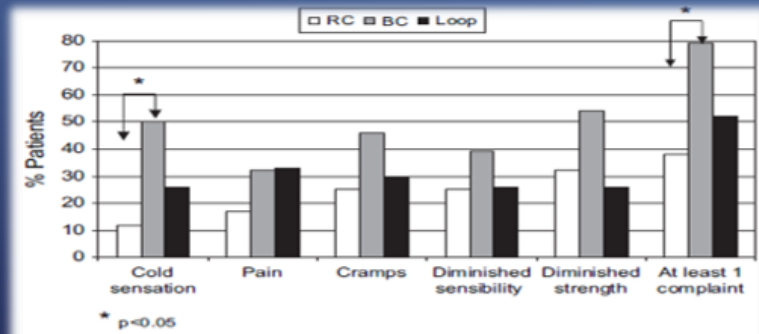
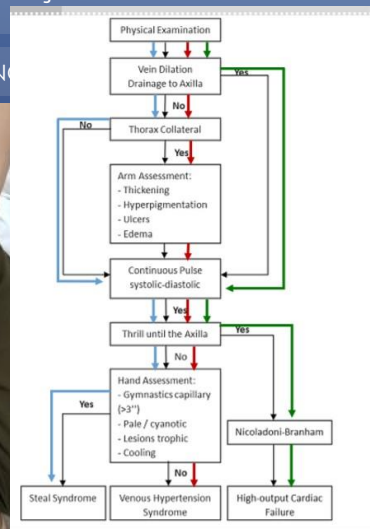


Fig. 1. Incidence of steal symptoms as identified by a steal questionnaire in 3 different groups of dialysis accesses (RC = 65, BC = 28, loop = 27).

(VanHoek, 2006)

# COMPLICAÇÕES DO ACESSO VASCULAR

## SÍNDROME DE HIPERTENSÃO VENOSA



## SÍNDROME DE HIPERDÉBITO



Fluxo excessivo no acesso - ESTENOSE

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR



Métodos de Vigilância

Recirculação	Qa (fluxo intracesso)	Pressão Venosa Dinâmica	Eco Doppler
--------------	-----------------------	-------------------------	-------------

36

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

### RECIRCULAÇÃO

**5008**  
CorDia<sup>x</sup>

**6008**  
CAREsystem



**BTM**

**Blood Temperature Monitor**

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

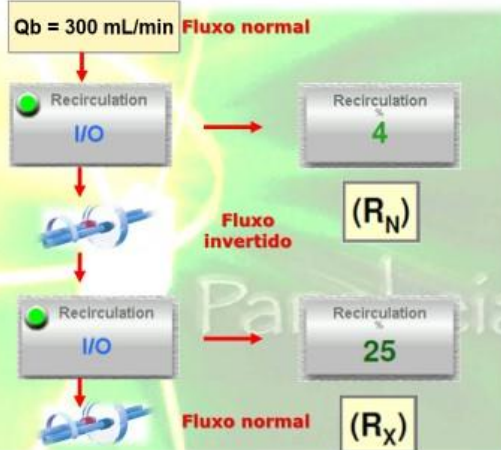
### Métodos de vigilância - Avaliação do Qa

RE

- O valor de Qa, proveniente através do método de inversão e cálculo da taxa de recirculação em fluxo invertido, constitui uma forma simples e eficiente de o calcular, através da fórmula descrita por Krivitsky (83% de especificidade para estenose).

$$Q_A = \frac{(Q_{BX} - UFR) \cdot (1 - R_X - R_N + R_X \cdot R_N)}{R_X - R_X R_N - \left( \frac{Q_{BX} - UFR}{Q_{BN}} \right) \cdot (R_N - R_X R_N)}$$

Krivitski, N. M. (1995). Theory and validation of access flow measurement by dilution technique during hemodialysis. *Kidney international*, 48(1), 244-250



(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019) 38

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

QA

### Métodos de vigilância - Avaliação do Qa

#### Frequência de medição

- FAV:**
  - Se o Qa  $\geq$  1000 mL/min - anualmente (SOS);
  - Se o Qa  $<$  1000 mL/min - 3/3 meses;
  - Se o Qa  $<$  400 mL/min em duas medições consecutivas ou houver uma redução de 25% em duas medições consecutivas, o doente deve ser observado pelo nefrologista (**comunicação**);
- Enxertos:**
  - Mensalmente (SOS);
  - Se o Qa  $<$  600 mL/min em duas medições consecutivas, ou houver uma redução de 25% em duas medições consecutivas, o doente deve ser observado pelo nefrologista (**comunicação**);

(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019)

Tipo de Avaliação	Tipo de Diluição	Resultados	Comentários
Débito Acesso-Qa (ml/min)	Diluição Térmica	1.470	Punção antrograda RN 7% RI 17%
Recirculação		8	DB 400

39

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

### PRESSÃO VENOSA DINÂMICA

- Uso preferencial nos EAV;
- Validada com uso de agulhas 15G;
- Fluxo da bomba (Qb) 200 mL/min;
- Realizar a determinação nos primeiros 2-5 minutos
- Estabelecer um valor de referência com a média de três determinações nas primeiras sessões de HD
- Periodicidade: mensal
- Critério de alarme:
  - se em três sessões consecutivas  $P_{ven} > 150$  mmHg ou se houver um aumento  $> 25\%$  relativamente ao valor basal.

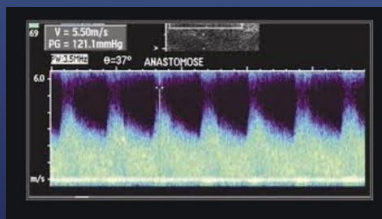
(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019)

40

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

### ECO DOPPLER

### NA SALA DE DIÁLISE



41

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

### Valor preditivo do exame físico com confirmação angiográfica de estenose (próteses)

Exame Físico	Valor preditivo +
Exame físico anormal	80%
Diminuição do Kt/V	69%
Intercorrências durante a sessão	66%
- Prolongamento da hemostase	76%
- Dificuldade na canulação	58%
- Aspiração de trombos	30%

Robbin ML et al.; 2006

**Qa 83% especificidade para estenose**

(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019)

42

## VIGILÂNCIA DO ACESSO VASCULAR

- Desenvolver e implementar protocolos de forma a dar suporte à restante equipa;
- Desenvolver atividades com as pessoas doentes, capacitando-as no cuidado ao seu AV;
- **Servir de elo de ligação entre os diversos grupos de profissionais e os doentes;**
- Elaboração do plano mensal de vigilância dos AV (Qa, exame físico mais aprofundado, ...);
- Realizar auditorias periódicas às práticas e comunicar os desvios à equipa;
- Avaliar os indicadores de qualidade alusivos ao AV e **providenciar a sua comunicação** (ex.: taxas de infeção, referenciação, ...);
- **Promover as boas práticas na abordagem ao acesso vascular;**
- **Padronizar procedimentos e registos.**

Wilmink, T. (2018). Vascular access: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(6), 753-754.

(Fazendeiro, Pinto & Peralta, 2019)

43

## SUGESTÕES KEY -PERSONS

AValiação DO ACESSO NO DIA DO QA

ESTRATÉGIa DO ACESSO VASCULAR NA PASTa DO DOENTE

CADA KEY-PERSON TERÁ TURNOS ESPECÍFICOS

FUTURAMENTE CADA TCO

UTILIZAÇÃO DO MÉTODO POR CORES

REGISTO DE ENFERMAGEM NO AV ONLINE



44

## CONCLUSÕES

Key-persons emergem da necessidade de gerir o acesso vascular.

O exame físico deve ser objetivo.

O exame físico é a melhor ferramenta de despiste de complicações.

É essencial ter em conta linhas de tendência.

**Temos margem de progressão.**

45

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fazendeiro, J., Pinto, B. & Peralta, R. (2019, Maio) Overcoming Challenges. In *Workshop key-persons do acesso vascular*. Fresenius Medical Care, Porto.
- Sousa, C. (2019) Da teoria à prática clínica no acesso vascular *Curso Avançado de Acessos Vasculares*, Porto
- Dixon, B. (2006). Why Don't fistulas mature?. *Kidney international* p. 1413-1422
- Salman & Beathard (2013). Interventional nephrology: Physical examination as a tool for surveillance for the hemodialysis arteriovenous access. *American Society of Nephrology*, p. 1220-1227.
- Van Hoek, F. et al (2006). Steal in Hemodialysis Patients Depends on Type of Vascular Access *European Society for Vascular Surgery* 32:710-717.
- Parisotto, M. & Pancirova, J. (editores) (2015). *Acesso Vascular, Canulação e Cuidado* (2ª edição) Suíça EDNA (ERCA)

## CASOS CLÍNICOS

# CASOS CLÍNICOS



PRÓTESE RÁDIO  
CEFÁLICA

## OBSERVAÇÃO

DUAS ZONAS MARCADAS DE  
CANULAÇÃO

## PALPAÇÃO

FRÉMITO CONTINUO DESDE A ANASTOMOSE ++  
TESTE AUMENTO PULSO- HIPERPULSÁTIL

## AUSCULTAÇÃO

SOPRO DESCONTINUO, SISTÓLICO, LIG.  
PIANTE, INTENSIDADE ++

**Acesso Vascular: Fistula Arteriovenosa - Braço Esquerdo Braquilo-basilica** ID: ...27424

Ativo

Criado por (em): Cirurgião / OTHER (13-11-2017)

Data 1ª Utilização: 15-08-2018    Data de Falência:    Motivo:    Tipo de Punção:   

Debito Máximo: 450    Recirculação:   

Comentários:

Acções / Eventos	Comentários
2-Ação - Transposição de veia / Superficialização (20-05-2018)	
1-Evento - Outro (15-08-2018)	Primeira punção
1-Evento - Trombose (05-02-2019)	Aguarda avaliação pela Cirurgia Vascular
2-Ação - Reanastomose proximal (12-02-2019)	Realizada trombectomia de TVB detectando-se estenose justa-anastomótica e estenose na transição basilico-cubital (sem não progresso do cateter Fogarty a este nível). Procedeu-se à reanastomose da veia basilica e depois a angioplastia com balão 6x20mm guiada por eco-doppler da lesão axilar com sucesso técnico. Bom fluxo no final do procedimento
1-Evento - Outro (25-02-2019)	Maturação primária do acesso construído ou revisado há menos de 1 mês Para realização de Doppler
2-Ação - Consulta de Acesso Vascular (26-02-2019)	TVB permeável sem evidência de estenoses hemodinamicamente significativas ao longo do seu trajeto e com um bom fluxo. O acesso parece-me bem e com boas condições para ser puncionado. A doente teve episódio de síndrome de roubo e no doppler confirma-se doença arterial obstrutiva das artérias radial e cubital. Neste momento encontra-se assintomática e com bom preenchimento capilar. Caso tenha novamente sintomas deve ser reobservada.
1-Evento - Outro (27-02-2019)	
2-Ação - Outro (27-02-2019)	
2-Ação - Outro (27-02-2019)	Primeira punção pós intervenção, bem sucedida.

Téc. Monitorização	Tipo Diluição	Resultado/Data
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	714 (19-09-2018)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	713 (12-10-2018)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	259 (21-11-2018)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	479 (28-11-2018)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	567 (10-12-2018)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	214 (23-01-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	944 (13-03-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	960 (24-04-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	805 (17-05-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	1104 (21-06-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	1400 (17-07-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	800 (16-09-2019)
Debito Acesso-Ga (ml/min)	Outro	470 (25-09-2019)

OBRIGADO

KEY-PERSONS





**APÊNDICE II – Poster de Divulgação da Formação sobre Acessos  
Vasculares**

**Formação:**

**Acessos Vasculares para Hemodiálise:**

**Overcoming Challenges**



AV fistula

**Key-Person do Acesso Vascular**

**Autor:**

Fábio Rodrigues

Vein

**18 de Outubro de 2019**

**14:30h – Sala de Reuniões**



**APÊNDICE III – Folha de Avaliação da Formação de Acessos Vasculares**

**10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem**  
**Especialização Médico-Cirúrgica**  
**- Vertente Nefrológica -**

<b>Ensino Clínico</b>  Hemodiálise	Aluno	Fábio Rodrigues
	Docente	Prof.ª Maria Saraiva
	Orientador	_____
<b>Atividade</b>	<b>Formação em Contexto de Trabalho</b> <b>Acessos Vasculares para hemodiálise</b>	
<b>Outubro, 2019</b>	Avaliação da sessão de formação	

<b>Nº Total de formandos</b>	15 elementos
------------------------------	--------------

<b>Apreciação Global de 1 a 5</b>	<b>1 – pior resultado 5 – melhor resultado</b>
Expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	Resposta. Maioritariamente: 5
Os objectivos da formação foram atingidos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Para a sua atividade profissional a formação foi útil.	Resposta. Maioritariamente: 5
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	Resposta. Maioritariamente: 5
A teoria foi relacionada com a prática.	Resposta. Maioritariamente: 5
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	Resposta. Maioritariamente: 5 Totalmente
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	Resposta. Maioritariamente: 5
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	Resposta. Maioritariamente: 4
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	Resposta. Maioritariamente: 5
A duração da formação foi adequada.	Resposta. Maioritariamente: 4
O horário da formação foi adequado.	Resposta. Maioritariamente: 4
<b>Metodologia</b>	
Domínio dos conteúdos apresentados.	Resposta. Maioritariamente: 5
Facilidade de transmissão de conhecimentos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Clareza na transmissão dos conhecimentos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Interação com o grupo.	Resposta. Maioritariamente: 4
Interesse demonstrado no esclarecimentos de dúvidas.	Resposta. Maioritariamente: 4
Gestão do tempo.	Resposta. Maioritariamente: 4
Pontualidade	Resposta. Maioritariamente: 4

## **APÊNDICE IV – Processo de Tomada de Decisão Ética**

Os cuidados de enfermagem baseiam-se em pressupostos teóricos assertivos, com elevada evidência científica. Cabe aos enfermeiros promover a sua profissão mantendo uma investigação científica coerente com o avanço tecnocientífico.

Vivemos num mundo cada vez mais desenvolvido, onde se consegue dar resposta a muitas patologias com recurso ao progresso tecnológico. Atualmente, a insuficiência renal em estágio avançado é uma patologia crónica e não terminal devido a esse progresso. A evolução tecnológica permite a criação de sistemas terapêuticos precisos, que substituem funções vitais, cabendo aos profissionais de saúde, zelar pelo respeito da dignidade humana e compreender que cuidamos de seres humanos e não desses sistemas. Importa refletir como dar resposta a situações subjectivas do cuidado, individualizando-as e personalizando-as a cada pessoa.

As intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Lei nº 156/2015). É nesta área, que surge a bioética, relacionada com as ciências da vida. A bioética torna a pessoa, o principal objeto do cuidado, como ainda reflecte sobre a sua acção. Esta reflexão ajuda os enfermeiros a desenvolver o conhecimento prático e as capacidades que lhes permitirão tornarem-se mais competentes na tomada de decisão e desenvolverem-se como agentes morais responsáveis (Thompson, Melia, & Boyd, 2004).

A deontologia profissional, leva-nos a decidir entre diversas opções, sendo por vezes, de difícil ponderação, a melhor escolha. São frequentes, as situações problemáticas, onde se torna dúbio compreender até onde se pode ir em prol do bem do doente sem colocar o profissional em situação de vulnerabilidade e vice-versa. É através do raciocínio clínico que o enfermeiro fortalece e sustenta o processo de tomada de decisão face a um dilema ético. É essencial a ponderação do Princípio Ético para melhor decidir e agir em conformidade com o respeito pela vida.

A reflexão sobre uma situação particular que afeta os enfermeiros e a excelência dos seus cuidados – a violência em contexto de trabalho, mais propriamente o assédio sexual e moral, possibilita a consciencialização desta problemática, que se pode traduzir numa maior competência em situações similares futuras.

## **Problemática do assédio em Portugal e nas instituições de saúde**

Desde os anos 60 a mulher tem vindo a participar de forma crescente no mercado de trabalho. A emancipação da mulher e conseqüente envolvimento no trabalho fora de casa, torna o nosso mundo mais justo, tendendo para a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres. Por outro lado, os homens têm-se descoberto na vivência da esfera familiar (Torres, Costa, Sant´ana, Coelho, & Sousa, 2016).

O processo evolutivo ao longo dos anos, embora tenda para a igualdade de possibilidades laborais entre homens e mulheres, fez surgir outro problema até então fora do campo do trabalho – o assédio em contexto de trabalho. Embora possa existir, de mulheres para homens, pelo ainda inferior número de mulheres em quadros de chefia, a sua expressão é diminuta, sendo o assédio do sexo masculino para o feminino superior e mais preocupante (Torres et al., 2016). O assédio está previsto tanto no Código Penal, como no Código do Trabalho, sofrendo diversas alterações de significado ao longo dos anos, de forma a abranger cada vez mais tipos e formas de o praticar.

### **Enquadramento Legal**

A lei que proíbe a prática de assédio ou qualquer discriminação/ofensa sobre as mulheres tem evoluído desde o ano de 1966. Uma das mais recentes e importantes alterações, deve-se com a incorporação da Convenção de Istambul (Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica) no Ordenamento Jurídico Português, publicada em Diário da República, a 21 de janeiro de 2013 (Resolução da Assembleia da República nº 4/2013). O principal objetivo desta Convenção foi a criação de Diretrizes Europeias que protejam a integridade física e psicológica da mulher face a situações de violência, opressão e discriminação. Com o artigo 40º, esta Convenção teve como um dos focos o assédio sexual:

as partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para assegurar que qualquer tipo de comportamento indesejado de natureza sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o intuito ou o efeito de violar a dignidade de uma pessoa, em particular quando cria um ambiente intimidante, hostil, degradante, humilhante ou ofensivo, seja passível de sanções penais ou outras sanções legais (Resolução da Assembleia da República nº 4/2013, p. 419).

O objetivo é tornar alvo de sanção penal e/ou legal estes atos.

A última alteração ao Código Penal foi através da Lei nº 73/2017 com um aditamento ao artigo 170º do Código Penal. Com esta alteração passou a ser obrigatório: “adotar códigos de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho, sempre que a empresa tenha sete ou mais trabalhadores” (p. 4715). Passou também a ser considerado assédio “propostas de teor sexual”, vulgarmente designado de “piropo” (Lei nº 73/2017, p. 4715). De salientar que existem dois tipos de assédio, o assédio sexual e o assédio moral.

Ao abrigo do Código Penal, o assédio sexual não é um crime autónomo, mas está implícito no artigo 170º - importunação sexual:

quem importunar outra pessoa, praticando perante ela atos de carácter exibicionista, formulando propostas de teor sexual ou constringendo-a a contacto de natureza sexual, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal (Lei nº 83/2015, p. 5377).

Ao abrigo do Código do Trabalho já é definida e conceptualizada a prática de assédio moral e sexual:

entende-se por assédio o comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em factor de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afectar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador. Constitui assédio sexual o comportamento indesejado de carácter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objectivo ou o efeito referido anteriormente (Lei 7/2009, p. 934).

A operacionalização da prática de assédio, sexual e moral, pode ser dividida em quatro dimensões. O assédio sexual em: insinuações sexuais, atenção sexual não desejada, contacto físico e agressão e, aliciamento. O assédio moral em: isolamento social, perseguição profissional, intimidação e humilhação pessoal (Torres et al., 2016).

Ambos os fenómenos traduzem um atentado à dignidade humana com consequências para toda a sociedade envolvendo, ao nível europeu, dezenas de milhões de trabalhadores e trabalhadoras, sendo as mulheres as principais vítimas (Eurofound, 2015).

## **Panorama Nacional**

Em Portugal, face ao reconhecimento da importância de lutar contra estas contraordenações ao Código Penal e pelo respeito da dignidade humana, desde 1979 que existe a CITE – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. A CITE é

um órgão público que tem como missão prosseguir a igualdade entre homens e mulheres no trabalho e no emprego, emitindo pareceres, modos de atuação e mesmo apoio jurídico em situações de assédio em contexto de trabalho, de forma gratuita. Dada a relevância da problemática do assédio, o seu trabalho tem sido neste sentido.

Em fevereiro de 2016, a CITE em conjunto com uma equipa de investigadores do Centro de Interdisciplinar de Estudos de Género (CIEG), realizou um estudo do retrato do assédio sexual e moral em contexto de trabalho em Portugal. Chegou à conclusão que 16.5% da população ativa portuguesa ao longo da sua vida profissional já viveu alguma vez uma situação de assédio moral, sendo 16,7% mulheres e 15,9% homens. O assédio sexual foi experimentado por 12,6% da população inquirida, sendo 14,4% das mulheres e 8,6% dos homens (Torres et al., 2016).

Foi também realizada uma comparação com um estudo de 1994, chegando-se à conclusão que actualmente as mulheres identificam e percebem com maior clareza, situações que constituem assédio sexual no local de trabalho. Em 1994, 49% das mulheres fingiam não notar, sendo a principal (não) reação, comparando com 22,9% hoje em dia. Resumindo, nos últimos 25 anos houve uma diminuição de vítimas de assédio em contexto de trabalho de 30% para 14% (Torres et al., 2016).

A existência de redes de apoio e esclarecimento, como a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), a CITE, a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT) e a União Geral dos Trabalhadores (UGT), tem contribuído para uma diminuição de vítimas de assédio em contexto de trabalho, verificando-se uma redução de 30% para 14% nos últimos 25 anos (Torres et al., 2016).

### **Assédio na área de intervenção dos Enfermeiros**

As situações de assédio sexual em contexto de trabalho por pessoas externas ao mesmo, como por exemplo, doentes de serviços de saúde e fornecedores, tem uma expressão de 25% do assédio sofrido por mulheres, em 2015, em Portugal. O contexto laboral demonstra que as atividades de saúde humana e apoio social constitui um dos sectores mais representativos de assédio sexual vivido por mulheres, com 12,4% dos casos (Torres et al., 2016). Para incrementar este facto, a média dos países europeus para o assédio sexual e moral são, respetivamente, 2% e 4,1%, muito abaixo da realidade portuguesa (Eurofound, 2015).

O assédio em ambientes de saúde é um problema à escala mundial (Freischlag, & Faria, 2018). No Relatório de Progresso de Monitorização do 4º

Trimestre de 2018 do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (Direção-Geral da Saúde, 2019) foram registadas 4256 notificações no ano de 2018 referentes a incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, 953 notificações a mais, comparativamente ao ano de 2017 (3303 registos). O tipo de violência contra profissionais mais prevalente, foi o assédio moral/*mobbing* (62%), do total de registo de incidentes de violência, em mais de metade das situações (55%) o agressor foi o doente. Os enfermeiros são o grupo profissional que mais casos de incidentes de violência têm registado, com 52% do total.

O respeito dos enfermeiros pela dignidade humana e a elevada conduta ética como pilares da prestação de cuidados, admite muitas vezes que práticas de assédio sejam dificilmente percepcionadas e os níveis de tolerância sejam elevados pela vulnerabilidade, maior ou menor, do doente. Prestar cuidados a doentes com maior ou menor vulnerabilidade, seja por demências ou deficiências cognitivas, leva os enfermeiros e outros profissionais de saúde a relatarem situações de assédio, sem que assim o considerem, por falta de intencionalidade por parte do autor (Friborg et al., 2017). Segundo os mesmos autores, gestos como toque e abraços no modo de cuidar, podem induzir o doente em erro, fazendo-o percepcionar como abertura para avanços sexuais. No entanto, mesmo não existindo intencionalidade, estes atos repercutem-se negativamente nos enfermeiros, sendo exemplos o stress, a vergonha e a incapacidade de gerir a situação.

Verifica-se que o assédio em enfermagem pode originar um clima de tensão, prejudicial ao bem-estar dos enfermeiros, conduzindo a estados de má saúde mental, com elevados custos para a organização e com diminuição na qualidade dos serviços (Marques, 2014). Segundo Di Martino citado por Marques (2014) os enfermeiros têm três vezes mais a probabilidade de serem vítimas de assédio, que os trabalhadores de outros grupos profissionais.

trata-se de um problema multidimensional, generalizado, prevalente e com um preocupante impacto na saúde física e mental dos profissionais de saúde, podendo afectar negativamente o seu desempenho profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Pode, além disso, influenciar o enfermeiro, de modo a ser obrigado a abandonar a profissão (Barbosa, Labrocini, Sarquis, & Mantovani, citado por Marques, 2014, p. 37).

Segundo o International Council of Nurses, vários estudos indicam que a violência e o stress, no local de trabalho, representam cerca de 30% dos custos totais das doenças profissionais e acidentes de trabalhado (Marques, 2014).

Como enfermeiro, é importante compreender, que a conceptualização de assédio ao abrigo da Lei tem sofrido diversas alterações. A incorporação da Mulher no mundo do trabalho fora de casa, a sua emancipação e os avanços científicos, fizeram emergir a necessidade de alargar e definir objetivamente o que é ilegal e não ficar apenas na subjetividade e bom senso de cada um. Atualmente, a mulher conhece melhor, comparando com há 25 anos, os seus direitos. Está mais esclarecida da sua posição na sociedade, não tolerando situações que há anos eram banalizadas. A existência de melhores meios de comunicação e mais acessíveis, facilita também o processo de denúncia destas situações (Torres, Costa, Sant'ana, Coelho & Sousa, 2016).

Esta é uma problemática que devo ter particular atenção como enfermeiro especialista. É um problema atual no contexto de cuidados e, tanto o assédio moral como o sexual traduzem um atentado à dignidade humana. Este problema envolve a nível europeu, dezenas de milhões de trabalhadores e trabalhadoras, sendo as mulheres as principais vítimas (Eurofound, 2015). Devo ter especial atenção a esta causa, pois relativamente ao assédio sexual, 12.6% da população portuguesa refere já ter vivido alguma vez uma situação (Torres et al., 2016). A média da União Europeia segundo o Eurofound (2015) é 2%, significando que ainda temos um longo caminho a percorrer. Nos últimos 25 anos houve um decréscimo de vítimas de assédio em contexto de trabalho de 30% para 14% em Portugal (Torres et al., 2016). No entanto, segundo a DGS (2019) o número de incidentes com profissionais de saúde, vítimas de assédio no local de trabalho, aumentou consideravelmente entre 2017 e 2018. Este aumento deve-se ao facto de os profissionais de saúde estarem mais conscientes e informados da importância da notificação de incidentes e da divulgação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (DGS, 2019).

No início do ano (2019) a DGS refere que, em saúde, a violência mais comum é o assédio (62% dos casos), o agressor mais comum o doente (55%) e a principal vítima o enfermeiro (52%). É importante ter consciência que as clínicas de HD têm fatores sugestivos e preditivos de gerar situações de assédio e consequentemente contribuir para estes números. Existem diversas situações, que espelham tanto os fatores preditivos, como as formas de prevenir estas situações, devendo eu como enfermeiro especialista ser conhecedor e promotor de boas práticas.

## **Assédio na área de intervenção dos Enfermeiros em Nefrologia**

Pelas características e fatores comuns já descritos anteriormente, os enfermeiros que trabalham em serviços de nefrologia ou em clínicas de hemodiálise vivenciam um clima suscetível de sofrer de assédio, entre outros tipos de violência. As condições de trabalho, níveis inadequados de dotações e de supervisão, contratos temporários, pouca experiência, alta rotatividade dos serviços, carga laboral exigente, trabalho por turnos, intervenções que requerem contacto físico e pouca privacidade, são fatores preditivos de violência (International Council of Nurses, citado por Marques, 2014). O facto de existirem doentes que podem frequentar o mesmo centro de hemodiálise, durante décadas, como também existirem doentes em diferentes fases do processo de aceitação da doença renal crónica, pode levar ao difícil controlo de barreiras, o que propicia a violência sob forma de assédio. O enfermeiro pode ainda ter dificuldade em estabelecer limites na relação, devido a períodos de maior suscetibilidade emocional do doente.

Um estudo publicado na *Nephrology Nursing Journal*, diz-nos que um em cada quatro enfermeiros de nefrologia já sofreu algum tipo de violência, não especificando qual (Ulrich, 2003). Diversos estudos dizem-nos que tanto a violência física como verbal está a crescer por parte dos doentes em hemodiálise, por diversos motivos, como: a frustração por ter insuficiência renal crónica, atrasos constantes no tratamento, ter de esperar pelos enfermeiros ou pela prontidão das máquinas, não ser visto regularmente por um médico, falta de informação ou controle da situação (Brokalaki et al., 2001). A violência verbal incluída no assédio moral é a mais frequente. No Reino Unido, 80% dos enfermeiros em nefrologia já sofreu de violência e agressão em contexto trabalho (Sedgewick, citado por Zampieron, Saraiva, Pranovi, Laskari, & Buja, 2010). Num estudo realizado pela European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (Zampieron, et al., 2010) foram seleccionadas as melhores estratégias/recomendações para lidar com práticas de violência, que são: educação sobre prevenção de violência; cultura que elimine a culpa dos enfermeiros pós incidentes violentos; disseminação dos serviços de aconselhamento; assistência no desenvolvimento de métodos de trabalho de qualidade e acima de tudo seguros. Estas recomendações são direcionadas para um melhor saber agir em conformidade com os padrões de qualidade de cuidados.

Para os enfermeiros conseguirem prevenir o assédio e todas as formas de violência é essencial que se sintam confiantes e capazes, baseando a sua atuação

em princípios éticos e deontológicos. Só assim irão sentir segurança nas suas decisões, sabendo que agiram em conformidade na prestação de cuidados, priorizando a defesa dos direitos do doente.

## **PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ÉTICA**

A tomada de decisão envolve diferentes variáveis, ou seja, para resolver o mesmo problema podemos ter duas ou mais alternativas. Quando estas alternativas são contraditórias, embora ambas sejam dotadas de ações aceitáveis, mas incompatíveis, estamos perante um dilema ético (Gândara, 2004).

De seguida, partilho uma situação que ocorreu durante o estágio:

*O Senhor S. tem 61 anos e faz hemodiálise há 10 anos, no mesmo centro de hemodiálise. Marcador viral HbsAg positivo. Faz tratamento na sala de isolamento na qual apenas fica distribuído um enfermeiro e uma auxiliar. Conhecido pelos enfermeiros, médicos e auxiliares por chegar frequentemente embriagado e atrasado ao tratamento.*

*Dia de tratamento: à chegada ao tratamento numa quarta-feira, uma hora atrasado, com aumento ponderal de 2kg, embriagado, entrou na sala de tratamento após autorização da enfermeira. Após se sentar, o Senhor S. diz: vem cá jeitosa. A Enfermeira ignora o comentário do Senhor S. e prepara-se para lhe iniciar o tratamento. Ao aproximar-se do Senhor S., este dá-lhe um apalpão e diz-lhe: gostas pouco, gostas!*

*Após este acontecimento, a Enfermeira diz ao Senhor S. que se recusa em iniciar o tratamento e que vai reportar o incidente à Enfermeira-Chefe.*

### **O doente realiza ou não tratamento?**

Perante este dilema ético é necessário tomar uma decisão. De seguida, utilizo o Modelo DECIDE, para realizar uma análise e consequente tomada de decisão ética. O Modelo DECIDE compreende-se em seis etapas: Definir o Problema (D); Estudo Ético (E); Considerar as Opções (C); Investigar os Resultados (I); Decidir sobre a Ação (D); e, Estimar ou Avaliar os Resultados (E) (Tompson et al., 2004). Tompson et al. (2004) referem que este modelo “é um método prático para formular juízos de valor e tomar decisões éticas prudentes” (p. 324).

## Definir o Problema (D)

No dilema apresentado existem alguns aspetos que deveremos ter em consideração, nomeadamente, o facto de estarmos perante um doente que é HbsAg positivo e que chega frequentemente embriagado ao tratamento. O doente, ao ter estas características, pode levar o enfermeiro a enquadrá-lo num estereótipo.

Verificamos que quem está envolvido são: a enfermeira, o doente e a enfermeira-chefe, que é chamado à sala por ter ocorrido uma situação de assédio e a enfermeira se ter recusado a prestar cuidados ao doente.

Neste momento o principal problema ético que se coloca é: **o doente realiza ou não tratamento?**

Através da Carta dos Direitos e Deveres do Doente dos Serviços de Saúde (Lei nº 15/2014), o doente tem direito à saúde sem discriminação tal como a cuidados apropriados ao seu estado de saúde, ao respeito pela dignidade e à prestação de cuidados continuados. Este facto é corroborado pelo artigo 64.º do Diário da República nº 86/1976.

Não só por direitos se rege o doente, também tem deveres, nomeadamente o dever de respeitar o pessoal de saúde e as regras de funcionamento das instituições. O facto de o doente chegar constantemente atrasado, mostra desrespeito para com as regras da clínica. O doente tem, igualmente, o dever de colaborar com os profissionais da saúde, o que não é demonstrado na situação em que, não só não colabora como ainda assedia a enfermeira.

Por sua vez a enfermeira, segundo o artigo 111º da Lei nº 156/2015, deve manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão. O doente tem direito a receber cuidados de saúde seguros e de qualidade em tempo útil (artigo 104º da Lei nº 156/2015). A não realização do tratamento ou a recusa de cuidados pela enfermeira, não sendo substituída, leva o tratamento a não se realizar causando dano direto para o doente. Neste sentido, é da responsabilidade da enfermeira que se recusa em realizar o tratamento, da enfermeira-chefe e da instituição, de decidir dentro das suas competências institucionais e legais a situação para que o doente veja garantido o seu direito ao tratamento em tempo útil e com cuidados seguros e de qualidade.

## Estudo Ético (E)

O desenvolvimento do nosso exercício profissional assenta no Código Deontológico, de acordo com o artigo 95º (Lei nº 156/2015), “todos os enfermeiros membros da ordem têm os direitos e os deveres decorrentes do presente Estatuto e da Legislação em vigor” (p. 8077). Assim sendo, devemos ter presentes na nossa intervenção de enfermagem os princípios éticos que estão implícitos no artigo 102º referente aos valores humanos (Lei nº 156/2015).

Na situação descrita tivemos em atenção os seguintes princípios éticos: o princípio da Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e da Vulnerabilidade.

De acordo com Ferrer, & Álvarez (2005) entende-se por **autonomia** a capacidade que a pessoa tem para se autodeterminar, sem influências externas ou limitações pessoais, agindo livremente em conformidade com o plano por ela traçado. Na situação apresentada, verificamos que o doente chega embriagado à clínica e, segundo Ferrer, & Álvarez (2005), o doente apresenta autonomia diminuída por estar sob o efeito do álcool o que o torna incapaz de exercer o seu direito. Não estando o doente presente de todas as condições para tomar decisões autónomas, importa aqui questionarmos até que ponto a sua atitude foi intencional ou se foi influenciada pelo estado de embriaguez.

Tratando-se de um doente de raça negra, HbsAg positivo e que constantemente chega embriagado ao tratamento, pode levar à atribuição de um rótulo ao doente, estereotipando-o. Como referem Thompson et al. (2004) qualquer comportamento que dificulte o trabalho do enfermeiro é condenado a desviante, passando o enfermeiro a ser a parte inocente e, sendo esta posição reforçada pelo apoio dos colegas que utilizam o mesmo rótulo para determinado doente. O comportamento da enfermeira com aquele doente pode então estar sobre a influência de algum rótulo preconcebido, o que a leva a ter uma atitude mais reticente. Verificamos que quando o doente chega, dirige-se à enfermeira dizendo “*anda cá jeitosa*”. Neste momento, a atitude da enfermeira deveria ter sido diferente, não ignorando o comentário pois, embora consideremos menos grave este tipo de atitude em pessoas embriagadas, em contexto de prestação de cuidados, os enfermeiros não têm que estar expostos a este tipo de assédio. Deve no preciso momento ser demonstrado desagrado. Por outro lado, é importante também verificar, até que ponto ou que implicações pode ter na prestação de cuidados adequados àquele doente,

visto estar catalogado como embriagado. Ter em atenção que, se o comportamento dos profissionais é diferente por se ter criado um estereótipo, levanta-se aqui o desrespeito pelo princípio da **justiça**. No artigo 102º da Lei nº 156/2015, é defendido que devemos cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa e, ainda nos devemos abstrair de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida. Thompson et al. (2004) alicerça esta ideia dizendo-nos que a justiça significa beneficiar com oportunidades iguais o acesso à saúde e tratamento, e que qualquer regra pessoal de ação que usemos, deve em princípio, ser universalizada para todas as pessoas.

Uma vez que a enfermeira é vítima de assédio, independentemente da intencionalidade, pode recusar-se a prestar cuidados àquele doente. A enfermeira-chefe enquanto responsável pela unidade de hemodiálise deve dirigir a sua ação salvaguardando que não causa dano intencional ao doente, mesmo sendo este o agressor. Respeitando assim, o princípio da **não-maleficência**, o qual visa evitar e antecipar prejuízos ao doente. Segundo o artigo 104º da Lei nº 156/2015, do direito ao cuidado, a enfermeira deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas, mantendo-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituída. É importante neste caso, perceber quais as implicações/riscos da não realização do tratamento.

Em concomitância com o princípio da não-maleficência referido, surge o princípio da **beneficência**, que segundo Thompson et al. (2004) defendem que na qualidade de enfermeiros, devemos ter em consideração o dever de cuidar, protegendo os fracos e vulneráveis, advogando os direitos dos que são incapazes ou temporariamente inaptos para se defenderem. Neste caso, estando o doente embriagado, não está em condições de tomar decisões e de se defender. Cabe à enfermeira-chefe, determinar qual a melhor decisão reunindo todos os dados relevantes. Ao não estar capaz de tomar decisões este doente encontra-se vulnerável. Nunes, Amaral, & Gonçalves (2005) definem que a **vulnerabilidade** pode ser temporária ou definitiva e, podemos englobar nos grupos vulneráveis as crianças, idosos, os deficientes e os doentes inconscientes. Ao estarmos vulneráveis necessitamos da solidariedade e da equidade dos nossos prestadores de cuidados. Este doente ao estar embriagado encontra-se num estado de vulnerabilidade temporária, necessitando que a atitude da enfermeira-chefe seja no sentido de tomar a decisão tendo este facto em consideração.

## Considerar Opções (C)

Após o levantamento dos princípios éticos, levanto as seguintes opções: o doente realiza tratamento ou o doente não realiza tratamento. Dentro da opção do doente realiza tratamento, surge a questão: é trocada a enfermeira de sala por um colega? Na opção, o doente não realiza tratamento, surgem as seguintes questões: o doente é encaminhado para o hospital? É reagendado para o dia seguinte?

Em relação à primeira opção, **o doente realiza tratamento**, o enfermeiro de acordo com o enquadramento ético-deontológico e legal que enquadra o exercício profissional, tem o dever, no que diz respeito ao direito ao cuidado, de corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos e, manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados (artigo 104º da Lei nº 156/2015 – do direito ao cuidado). Assim sendo, o enfermeiro face ao papel assumido perante si mesmo, a profissão e o cidadão, responsabiliza-se por desenvolver os mecanismos que proporcionem os cuidados seguros e de qualidade, pelo que a recusa de cuidados deve ser a última opção face a uma situação não previsível ou antecipável e da qual possa potencialmente decorrer dano para o doente, para lá do que o que é inerente ao próprio tratamento, devendo sempre ser salvaguardado os cuidados.

Mas, como consta no Código Deontológico, no artigo 100º (Lei nº 156/2015), o enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão tal como deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica. Contudo, o artigo 99º (Lei nº 156/2015) afirma que, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, doente e enfermeiro. Ao ser vítima de assédio, a enfermeira tem o direito de não prestar cuidados àquele doente. A enfermeira, ao ser desrespeitada na sua dignidade profissional e pessoal, fica condicionada na sua capacidade de raciocínio clínico e na prestação de cuidados. O artigo 99º (Lei nº 156/2015) diz-nos também que na relação profissional são valores universais a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, devendo a nossa prestação de cuidados assentar em princípios como a justiça, tal como o respeito pelos direitos na relação com os destinatários dos cuidados.

No artigo 96º da Lei nº 156/2015 verificamos que é um direito da enfermeira o exercício da profissão sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem. Uma vez que estamos perante um caso de assédio, cabe à enfermeira-chefe tomar a melhor decisão de modo que a enfermeira não seja prejudicada, nem a vulnerabilidade do doente seja colocada em causa. Os fundamentos da recusa de cuidados reportam-se a uma situação inesperada, súbita, não previsível, ou seja, é o pensamento ético, prévio à ação, que ajuda a perspetivar o que cada um poderá fazer.

Em relação à segunda opção, **o doente não realiza tratamento**, segundo a Lei nº 48/90, Lei de Bases da Saúde, faz referência do dever de o doente colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação e, os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e coletiva, tendo o dever de a defender e promover. Este dever de colaboração é um vínculo contínuo e que deverá ser sempre respeitado por todos os doentes. A sua não observância pode colocar em causa a correta prestação dos cuidados e, nos casos em que o doente inviabilize a sua prestação, após renovada sensibilização para a sua consecução, justifica a recusa por parte do enfermeiro e a não realização do tratamento. O comportamento do doente é descrito como um eventual obstáculo a uma prática segura dos cuidados de enfermagem. Diferente posição se toma face a casos de perigo para a vida ou para a integridade física do doente. Nestas situações não poderá haver esta opção.

## **Investigar os Resultados (I)**

Face às duas opções disponíveis e às questões inerentes, a enfermeira-chefe tem de analisar e ponderar, quais as consequências prováveis que pode advir dos vários procedimentos e qual é o procedimento mais ético.

Apesar de a enfermeira se encontrar adstrita ao dever de providenciar os cuidados necessários perante o doente encontra-se justificada legalmente a sua recusa – legítima defesa que se traduzirá, tão só, na não prestação de cuidados. No entanto, cumpre esclarecer que a enfermeira não se pode desvincular das suas obrigações profissionais – assim, deverá ter sempre uma atitude de preparação, ensino e aconselhamento, cumprindo com o dever de informação. Não sendo possível a sensibilização, impende sobre a enfermeira o dever de reencaminhamento, comunicando devidamente a situação ocorrida. A avaliação da situação requer

sempre uma análise casuística sendo a atuação da enfermeira pautada pelo princípio da proporcionalidade e devendo realizar uma ponderação dos valores em causa (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

No decurso do exercício profissional e no cuidar diário, o enfermeiro não pode estar sujeito a um clima de insegurança pessoal, a maus-tratos, violência, ameaças ou intimidações, ou outros constrangimentos que possam violar a dignidade da profissão e do profissional. Pelo que se verifica, viola o direito da própria enfermeira em poder usufruir de condições de segurança necessárias à prestação de cuidados seguros. A não observância dos preceitos vigentes podem colocar em causa a correta prestação dos cuidados, nos casos em que o doente inviabilize a sua prestação, o que justifica a recusa de cuidados por parte da enfermeira.

Contudo, não havendo registo de outros episódios semelhantes, poder-se-á dar o benefício da dúvida ao doente, ou seja, uma redistribuição de enfermeiros e a colocação de outro enfermeiro na sala.

Defende-se o direito ao cuidado compreendendo-se que o doente se encontra numa situação de vulnerabilidade. Nesta hipótese a principal consequência será a reincidência da situação, visto o doente estar com o seu estado de discernimento alterado e não poder ter capacidade de refletir sobre as suas atitudes. Por outro lado, baixando a taxa de alcoolémia no decorrer do tratamento, o doente pode arrepende-se da atitude que teve e pedir desculpa à enfermeira. Diminui-se assim a probabilidade de nova ocorrência do caso. A enfermeira por sua vez, ao ver a sua recusa consentida pela chefia, pode sentir-se mais protegida, compreendendo que teve razão na sua decisão e que foi respeitada pela instituição. Aumenta assim os seus níveis de confiança intrínsecos. O doente, por seu lado, pode compreender que a equipa está unida e que a sua má atitude teve repercussões por não ser aceite. Por outro lado, pode não reconhecer que esteve errado e pensar que, independentemente do que acontecer, a instituição é que se deve adaptar a si e ficar com uma perceção de impunidade.

Tendo em consideração que é uma quarta-feira e que o ganho interdialítico foi de 2kg, poderá ser envolvida a presença de um médico e pedido o seu parecer relativamente ao risco/possibilidade de adiar o tratamento para o dia seguinte. Perante o exposto temos duas hipóteses: não existe risco e adia-se o tratamento ou existe risco e o doente tem que fazer tratamento no próprio dia. O reagendar o tratamento para o dia seguinte, havendo disponibilidade por parte da clínica poderá ser uma decisão mais ponderada, uma vez que encaminhar o doente para o hospital além de

envolver um parecer clínico poderá implicar uma posição do diretor clínico. Não havendo grave risco para a saúde do doente e tendo em confronto os bens jurídicos de integridade física e psíquica substancial da enfermeira, existe a possibilidade de o tratamento ser adiado. Reagendar, marca perante o doente que a situação foi desagradável e que, embora embriagado, as suas atitudes têm consequências e o seu comportamento não é aceitável.

Enviá-lo para o hospital é também uma forma de explicar ao doente que esteve errado, contudo, poderá ter implicações maiores a nível institucional, e o facto de ter sido um ato isolado pode não justificar esta medida.

Independente do resultado e da decisão sobre a situação, sendo passível de cometer uma contraordenação ao Código Penal, devem sempre ser tomadas medidas preventivas para futuras situações como é o caso de registar queixa formalizada a nível judicial e a nível interno na clínica, de modo que o doente compreenda que o seu ato é punido por lei.

Após a avaliação de todas as opções, considero ao abrigo da análise dos princípios éticos envolvidos que a escolha mais ponderada é a do doente realizar tratamento e realizar-se uma redistribuição da equipa de enfermagem de forma a ser outro enfermeiro a prestar cuidados. Primeiro que tudo, compreende-se que o doente, embriagado, encontra-se em situação de evidente vulnerabilidade, de difícil controlo sobre os seus atos, e em segundo lugar trata-se de uma situação inaugural não tendo outras atitudes negativas com mais ninguém. Assim, agimos de acordo com o rigor pelo cuidado com a sua saúde, satisfazendo a sua necessidade de realizar tratamento.

### **Decidir sobre a Ação (D)**

Uma vez que opto pela realização do tratamento do doente e pela redistribuição dos enfermeiros, é importante após esta decisão a enfermeira-chefe ter uma conversa com o doente, a qual poderá ocorrer no próprio dia ou não, dependendo do seu estado de consciência no final do tratamento. Nesta conversa deve estar presente a enfermeira-chefe e a enfermeira lesada, se assim o desejar. Deve primeiramente tentar-se perceber o que o motivou a ter tal atitude, se o facto de estar embriagado foi o único motivo ou se existiu algum outro. Perceber o que leva este doente a chegar constantemente embriagado à clínica e tentar agir em conformidade, delineando-se estratégias e, se necessário, envolver a restante equipa

multidisciplinar, no sentido de ajudar o doente a superar esta adição. Após ouvir o doente deve ser-lhe explicado que a sua atitude foi incorreta, e que incorreu numa contraordenação muito grave ao Código Penal, pelo que será registada queixa formal. Deve ser uma decisão da enfermeira agredida, se após justificação do doente, mantém a queixa.

Pretende-se com esta decisão: salvaguardar a integridade física e psicológica da enfermeira; verificar se o doente compreende a gravidade da situação e a não tolerância futura para minimizar a probabilidade de nova ocorrência; e, responder às necessidades em saúde do doente, agindo de forma ética e competente.

Caso o doente assuma que errou e de acordo prévio com a enfermeira agredida ponderar-se-á voltar a distribuir a enfermeira com aquele doente. Até então, deve ser privilegiado um enfermeiro e não uma enfermeira a prestar cuidados.

### **Estimar ou Avaliar os Resultados (E)**

Futuramente existirá uma monitorização do doente no sentido de apurar se continua a chegar embriagado ao tratamento e, se chegar, verificar se é motivo de transtornos na sala de tratamento. Caso volte a ocorrer um comportamento de assédio/inadequado por parte do doente, terão que se desenvolver outras estratégias das quais, poderão passar pelo encaminhamento do doente para o hospital/expulsão do doente da clínica, nova formalização de queixa judicial e, se necessário, seguimento judicial do processo.

Para terminar, é também importante averiguar se a situação causou dano à enfermeira lesada e de que forma ela vive com esse facto. Quais os sentimentos que partilha, se demonstra dificuldade em encarar o doente agressor e se a sua atitude mudou em relação aos outros doentes, nomeadamente, do sexo masculino. Sendo o ser humano, um ser subjectivo, com valores próprios, a mesma situação tem repercussões diferentes em cada um. A forma como a enfermeira reage, além de marcar todo o processo de tomada de decisão, é também parte integrante em avaliações futuras.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Brokalaki H., Matziou V., Thanou J., Ziropiannis, P., Dafni U., &, Papadatou D., (2001). Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA/ERCA Journal*. 27 (4) 181-186.

- Diário da República nº 86/1976 (1976). Aprova a constituição da república portuguesa. Presidência da República. *Diário da República*, I Série (Nº 86 de 10-04-1976), 738-775.
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Relatório de progresso de monitorização – 4º Trimestre de 2018*. Lisboa: DGS.
- Eurofound (2015). *Violence and harassment in European workplaces*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Ferrer, J. J. & Álvarez, J. C. (2005). *Para fundamentar a bioética: Teorias e paradigmas teóricos da bioética contemporânea*. São Paulo: Edições Loyola.
- Freischlag, J., & Faria, P. (2018). It Is Time for Women (and Men) to Be Brave. A Consequence of the #MeToo Movement. *American medical association*. 319 (17), 1761-1762. DOI: 10.1001/jama.2018.4059
- Friberg, M. K., Hansen, J. V., Aldrich, P. T., Folker, A. P., Kjær, S., Nielsen, M. B. D. ... Madsen, I. E. H. (2017). Workplace sexual harassment and depressive symptoms: a cross-sectional multilevel analysis comparing harassment from clients or customers to harassment from other employees amongst 7603 Danish employees from 1041 organizations. *BMC Public Health*. 17 (1), 675. Doi: 10.1186/s12889-017-4669-x
- Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. C. P. Neves, & S. Pacheco (Coords.), *Para uma ética da enfermagem – desafios* (p. 403-416). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Lei nº 48/90 (1990). Lei de bases da saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 195 de 24-08-1990), 345-3459.
- Lei nº 7/2009 (2009). Aprova a revisão do Código do Trabalho. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 30 de 12-02-2009), 934-935. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2009/02/12/p/dre/pt/html>
- Lei nº 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do doente dos serviços de saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 57 de 21-03-2014), 2127-2131. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lei nº 35/2014 (2014). Lei geral do trabalho em funções públicas. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 117 de 20-06-2014), 3220-3304. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/35/2014/06/20/p/dre/pt/html>
- Lei nº 83/2015 (2015). Alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, alterando os crimes de violação, coação e importunação sexual em

- cumprimento do disposto da Convenção de Istambul. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 151 de 05-08-2015), 5375-5377. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/83/2015/08/05/p/dre/pt/html>
- Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 181 de 16-09-2015), 8078-8079. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei nº 73/2017 (2017). Reforça o quadro legislativo para a prevenção da prática de assédio. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2017), 4715-4717. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/73/2017/08/16/p/dre/pt/html>
- Marques, P. (2014). *O Assédio Moral na Enfermagem. Contributos para a gestão organizacional*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/20.500.11960/1232>).
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Conselho jurisdicional – analisando as possibilidades de recusa do enfermeiro na prestação de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Resolução da Assembleia da República nº4/2013 (2013). Aprova a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 14 de 21-01-2013), 385-427. ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/4/2013/01/21/p/dre/pt/html>
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª edição). Loures: Lusociência.
- Torres, A., Costa, D., Sant'Ana, H., Coelho, B., & Sousa, I. (2016). *Assédio sexual e moral no local de trabalho em Portugal*. Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos de Género.
- Ulrich., B. (2003). Let's Protect and Treasure Those We Have in Nephrology. *Nephrology nursing journal*. 30 (1), 1-2.
- Zampieron, A., Saraiva, M., Pranovi, R., Laskari, A., & Buja, A. (2010). Survey on violence and aggression prevention and management strategies in European renal units. *Journal of Renal Care*. 36 (2), 60-67.



**APÊNDICE V – Poster “Tratamento Médico Conservador no Doente  
Renal Crónico Terminal”**

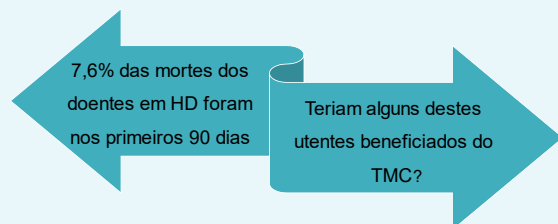
# TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR NO DOENTE RENAL CRÓNICO TERMINAL

Autor: Fábio Luís Martins Rodrigues

## INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica caracteriza-se pela deterioração progressiva e irreversível da função renal. Tem cinco estadios, consoante a capacidade do rim em manter as suas funções. Quando em estadio terminal, o rim não consegue ser autossuficiente e é necessário uma opção de tratamento. Entre as alternativas existem: a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP), o transplante renal e o Tratamento Médico Conservador (TMC).

O TMC é a escolha do doente pela não opção por uma técnica substitutiva da função renal (TSFR). Baseia-se no controlo dos sintomas e alívio do sofrimento, causado pelo síndrome urémico e demais comorbilidades (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012). Este poster tem como objetivo sensibilizar profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, para o espaço que o TMC pode ter aquando da decisão da modalidade terapêutica, face à Hemodiálise.



É uma possibilidade embora ainda não exista em Portugal registos estatísticos sobre o TMC

## CONCLUSÃO

O TMC não deve ser visto como um desinvestimento na saúde do doente. Por vezes, ao iniciar o TMC os benefícios superam os prejuízos e o utente beneficia de um aumento tanto da longevidade como da qualidade de vida, sendo a escolha de eleição.

A escolha do TMC enquanto alternativa a uma TSFR ainda é controversa porque levante questões éticas. É assumir que o fim de vida está próximo. No entanto, utentes com um elevado grau de dependência e diversas comorbilidades, causadoras de sofrimento, podem beneficiar com o TMC.

É essencial a referenciação para cuidados paliativos para um adequado controlo e alívio dos sintomas urémicos.



## Tratamento Médico Conservador

### Finalidade:

- Dar resposta adequada a situações graves, de mau prognóstico, em que **não** há aumento de **longevidade** ou **qualidade de vida** com outras modalidades de tratamento (DGS, 2012)

### Acompanhamento clínico:

- Deve ser **garantido** o apoio de **cuidados paliativos**
- Devem os doentes e família ser apoiados por uma equipa multidisciplinar em todo o processo.

### Objetivo:

- O TMC tem como objetivo o controlo da sintomatologia da DRCT para diminuir o sofrimento e promover o bem-estar do doente.

### Indicações:

- Opção consciente e informada
- Coma Irreversível
- Ausência irreversível de vida de relação
- Estado demencial grave
- Impossibilidade de alguma TSFR
- Curta esperança de vida
- Doença irreversível onde se preveja severo sofrimento

Yong et al., 2009;  
Kurella et al., 2009;  
Wouteret al., 2016;  
Echevers et al., 2016  
Tsai, et al., 2017

Estes estudos, revelam ausência de vantagens em iniciar ou manter HD em doentes idosos com diversas comorbilidades, obtendo maior qualidade de vida com o TMC.

Pode fazer parte do TMC a realização de hemodiálise (1x/semana) para alívio sintomático.

## REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2012). Tratamento Médico Conservador da Doença Renal Crónica Estadio 5. Norma Da Direção-Geral Da Saúde Nº 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012), 1–35.
- Echevers, Y. M., Gaibor, N. G. T., Pérez, N. N., Martin, F. B., Delgado, R. M., & Riscos, M. Á. G. (2016). Supervivência de pacientes de edad avanzada (≥70 años) com enfermedad crónica estadios 4-5: Diálisis vs tratamiento conservador. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 36 (3), 283-291.
- Kurella, T. M., Covinsky, K.E., Chertow, G.M., Yaffe, K., Landefeld, C.S., & McCulloch C. E. (2009) Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *New England Journal Medicine*, 361, 1539–1547.
- Yong, D. S., Kwok, A. O., Wong, D.M., Suen, M. H., Chen, W. T., & Tse, D. M. (2009) Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliat Med*, 23, 111–119.

**APÊNDICE VI – Folha de Avaliação da Apresentação do Poster**

**10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem**  
**Especialização Médico-Cirúrgica**  
**- Vertente Nefrológica -**

<b>Ensino Clínico</b>  Internamento de Nefrologia	Aluno	Fábio Rodrigues
	Docente	Prof.ª Maria Saraiva
	Orientador	-----
<b>Atividade</b>	<b>Apresentação do poster: Tratamento Médico Conservador no Doente Renal Crónico Terminal</b>	
<b>Novembro, 2019</b>	Avaliação da apresentação	

<b>Nº Total de formandos</b>	8 elementos
------------------------------	-------------

<b>Apreciação Global de 1 a 5</b>	<b>1 – pior resultado 5 – melhor resultado</b>
Expectativas em relação à apresentação foram satisfeitas.	Resposta. Maioritariamente: 4
Os objetivos da apresentação foram atingidos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Para a sua atividade profissional a apresentação foi útil.	Resposta. Maioritariamente: 5
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	Resposta. Maioritariamente: 4
A teoria foi relacionada com a prática.	Resposta. Maioritariamente: 4
A apresentação teve bom nível técnico-pedagógico.	Resposta. Maioritariamente: 5 Totalmente
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	Resposta. Maioritariamente: 5
A documentação apresentada possui qualidade.	Resposta. Maioritariamente: 5
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	Resposta. Maioritariamente: 5
A duração da apresentação foi adequada.	Resposta. Maioritariamente: 4
O horário da apresentação foi adequado.	Resposta. Maioritariamente: 4
<b>Metodologia</b>	
Domínio dos conteúdos apresentados.	Resposta. Maioritariamente: 5
Facilidade de transmissão de conhecimentos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Clareza na transmissão dos conhecimentos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	Resposta. Maioritariamente: 5
Interação com o grupo.	Resposta. Maioritariamente: 5
Interesse demonstrado no esclarecimentos de dúvidas.	Resposta. Maioritariamente: 5
Gestão do tempo.	Resposta. Maioritariamente: 4
Pontualidade.	Resposta. Maioritariamente: 4

**APÊNDICE VII – Apresentação do Projeto *Life Enablers***



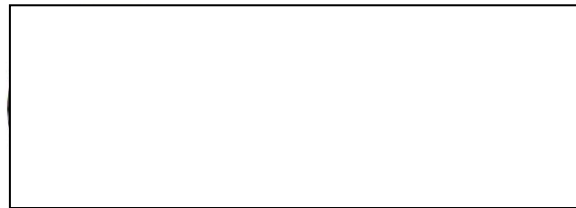
# BYO HOPE



Solução disruptiva para o transporte de órgãos

## Implementação

Equipa técnica altamente motivada e com experiência



**Fabio Rodrigues, BSc**  
Enfermeiro Nephrocare Lumiar  
Enfermeiro no Hospital Beatriz Ângelo  
A tirar mestrado em enfermagem e  
especialidade médico-cirúrgica  
**nefrológica** na ESEL

# ByoHope

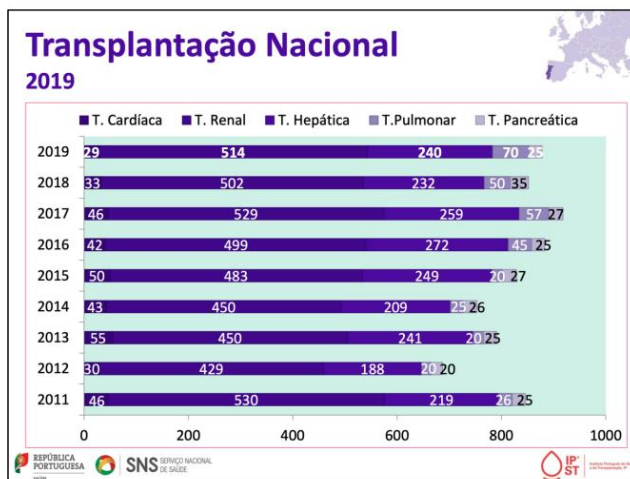
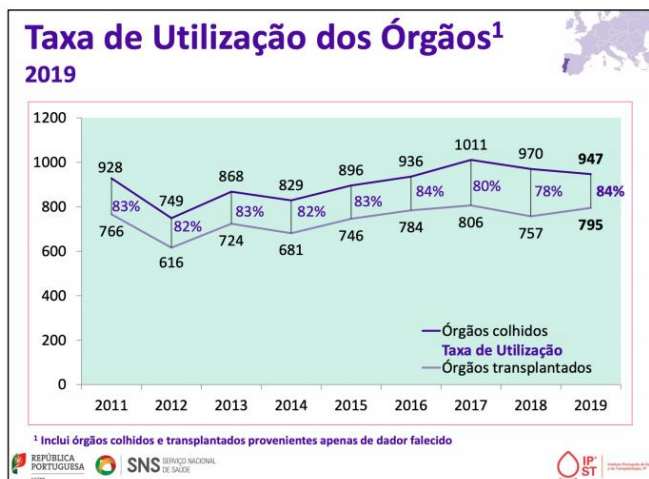
## Índice

- I. **Excelência**
  - i. O problema – Estatística
  - ii. Caso de estudo – Transplante renal vs. Diálise
  - iii. O problema – Fragilidades atuais
- II. **Desenvolvimento do produto**
  - i) Solução conceptual
  - ii) Estado da arte e ByoHope
  - iii) ByoHope
- III. **Competição**
  - I. Soluções existentes no mercado vs. Atributos
- IV. **Implementação**
  - i) Importância dos parceiros
  - ii) Parceiros e pacotes de trabalho
- V. **Conclusões**

3

## I) Excelência

### i) O problema - Estatística

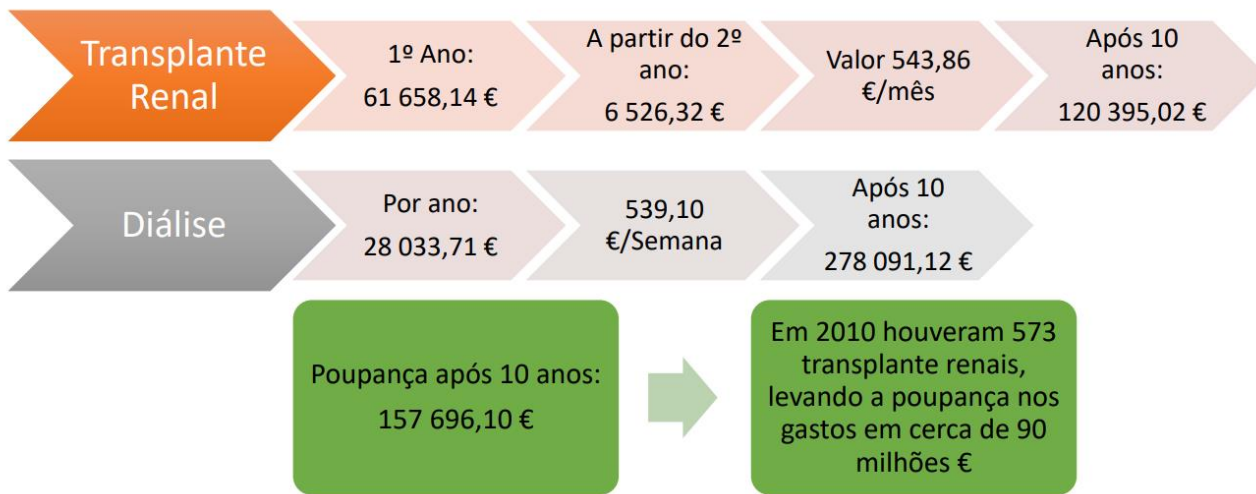


Fonte: Coordenação Nacional de Transplantação (Janeiro 2020). Doação e Transplantação de Órgãos – Atividade Nacional 2019. Disponível em: [http://www.ipst.pt/files/TRANSPANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Colheita\\_e\\_Transplantacao\\_Dados\\_Anuais\\_2019.pdf](http://www.ipst.pt/files/TRANSPANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantacao_Dados_Anuais_2019.pdf)

4

# I) Excelência

## ii) Caso de estudo - Transplante renal vs. Diálise



Fonte: Rocha, M. J., Ferreira, S., Martins, L. S., Almeida, M., Dias, L., Pedroso, S. ... Cabrita, A. (2012). Cost analysis of renal replacement therapy by transplant in a system of bundled payment of dialysis. *Clinical Transplantation*. 26, 529-531.

5

# I) Excelência

## iii) O problema - Fragilidades atuais



### Helicóptero que transportava coração para transplante despenha-se em hospital

Órgão salvou-se a tempo de cirurgia. Tripulação sofreu ferimentos ligeiros.

### GNR salvou vida ao transportar órgão em tempo recorde

Patrulha da GNR destacada para a missão percorreu mais de 270 quilómetros em metade do tempo estimado para uma viagem com estas distâncias.



### Polícia italiana entrega um rim a 230 km/h num Lamborghini

O carro em questão é usado principalmente para transporte de órgãos, plasma ou vacinas. Está equipado com um compartimento refrigerado desenhado especialmente para esse efeito e situado debaixo do capô.

6

## II) Desenvolvimento do produto

### i) Solução Conceptual









**Visão:** Solução para o transporte de órgãos e equipamento médico urgente.  
**Missão:** Desenvolver uma solução com base em veículos não tripulados para o transporte de órgãos.



7

## II) Desenvolvimento do produto

### ii) Estado da arte e ByoHope


		
<b>Fiabilidade</b>		
<b>Tempo de resposta</b>		
<b>Capacidade de <i>Payload</i></b>		


8

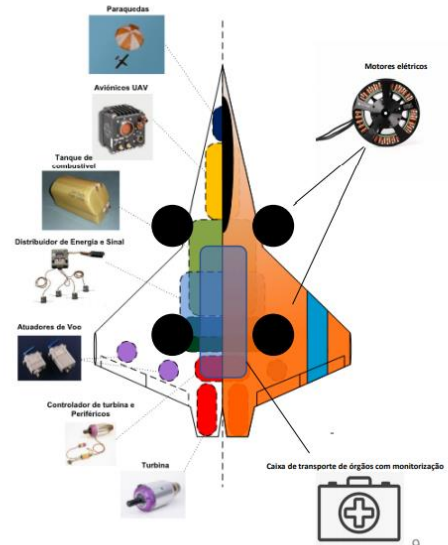
## II) Desenvolvimento do produto

### iii) ByoHope

 Sistema de **propulsão Híbrido Elétrico e Motor a Reação**

 Sistemas redundantes para alcançar um **MTBF (Mean time between failure)** equivalente a um **avião tripulado**.

 **Paraquedas** para salvaguardar o payload em **caso de emergência**



9

## III) Competição

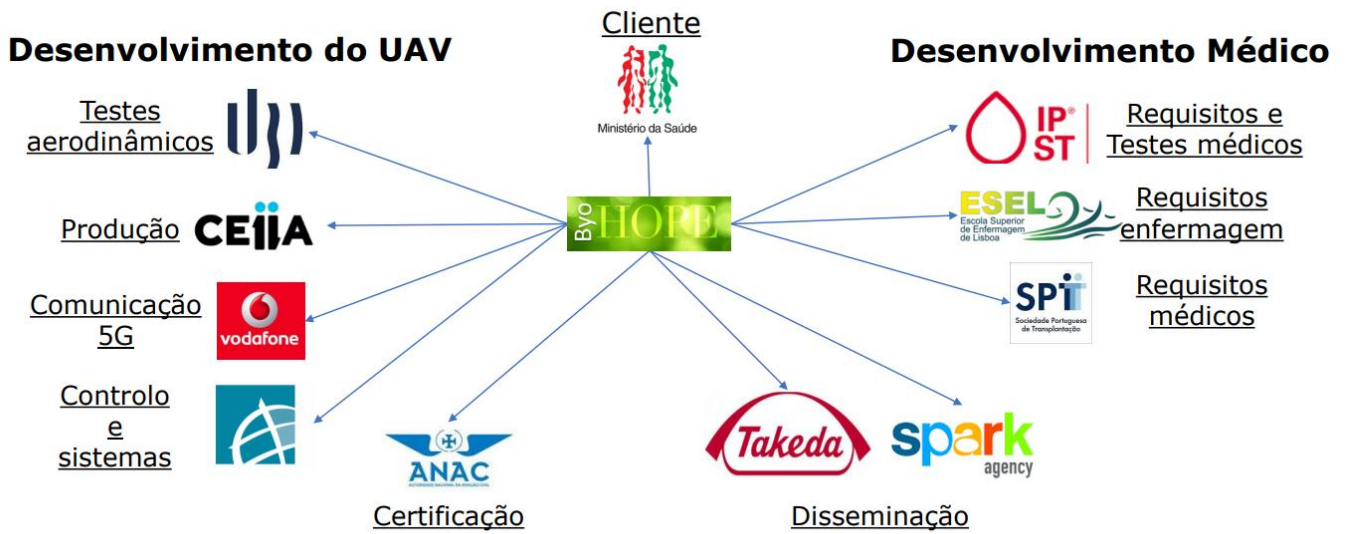
### i) Soluções existentes no mercado vs. Atributos

	Zipline	DHL Parcelcopter	Universidade de Maryland	Vertikul	Aquine	Reach (Altius)	<b>ByoHope</b>
Velocidade (km/h)	100	130	< 40	70	< 40	90	<b>&gt;300</b>
Carga útil (kg)	1.75	4	0.9	1	1.5	7	<b>15</b>
Transporte de órgãos	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	<b>Sim</b>
Autonomia	2000 km	40km	32 min	30min	30 min	20h	<b>3horas/1000km</b>

10

# IV) Implementação

## i) Importâncias dos parceiros



# IV) Implementação

## ii) Parceiros e Pacotes de trabalho



## V) Conclusões

- ✓ Uma **solução complementar** para o transporte de órgãos;
- ✓ **Baixo risco** para o payload, pessoas e bens;
- ✓ Capacidade de operar a partir de **infraestruturas já existentes**;
- ✓ Velocidade cruzeiro superior a **300km/h** e alcance de **1000 km** é perfeitamente **adequado para Portugal Continental**;
- ✓ Esta solução poderá **revolucionar** a estratégia para o **transporte** de órgãos a **nível Nacional, Europeu e Mundial!**

13



14

**APÊNDICE VIII – Estratégia de Pesquisa CINAHL Plus with Full Text**

CINAHL Plus with Full Text – pesquisa realizada a 15 de abril de 2021

S19	Filtros: restringir por language – portuguese, spanish or english	6
S18	Filtros: 18+ years	6
S17	Filtros: Texto Integral	10
S16	Filtros: Data de Publicação 2001-03-01 a 2021-03-31	16
S15	S11 AND S12 AND S14	16
S14	S10 AND S13	62
S13	S7 OR S8 OR S9	10420
S12	S3 OR S4 OR S5 OR S6	205278
S11	S1 OR S2	28865
S10	MH “Hemodialysis”	16842
S9	Conservative Care	486
S8	Conservative Management	4040
S7	Conservative Treatment	6400
S6	MH “Quality-Adjusted Life Years”	5066
S5	MH “Quality of Life”	118450
S4	MH “Survival Analysis”	34685
S3	MH “Survival”	53319
S2	MH “Renal Insufficiency, Chronic”	6424
S1	MH “Kidney Failure, Chronic”	22867

**APÊNDICE IX – Estratégia de Pesquisa MEDLINE with Full Text**

*MEDLINE with Full Text* – pesquisa realizada a 15 de abril de 2021

S16	Filtros: restringir por language – portuguese, spanish or english	3
S15	Filtros: 18+ years	4
S14	Filtros: Texto Integral	7
S13	Filtros: Data de Publicação 2001-03-01 a 2021-03-31	15
S12	S9 AND S10 AND S11	15
S11	S7 AND S8	67
S10	S3 OR S4 OR S5 OR S6	359255
S9	S1 OR S2	119285
S8	MH “Renal dialysis”	93349
S7	Conservative Treatment	3710
S6	MH “Quality-Adjusted Life Years”	13080
S5	MH “Quality of Life”	207941
S4	MH “Survival Analysis”	139540
S3	MH “Survival”	4805
S2	MH “Renal Insufficiency, Chronic”	25712
S1	MH “Kidney Failure, Chronic”	95311

## **APÊNDICE X – Instrumento de Extração de Dados**

**Título da revisão *scoping*:** Tratamento médico conservador como alternativa à hemodiálise nos doentes com doença renal crónica terminal

**Questão da revisão *scoping*:** quais as vantagens do tratamento médico conservador como alternativa à hemodiálise nos doentes com doença renal crónica terminal?

**Critérios de inclusão (PCC):**

**População**

- Estudos que incluam pessoas adultas, com 18 anos ou mais, com doença renal crónica terminal.

**Conceitos**

- Estudos focados nas vantagens do TMC em alternativa à HD, quanto a qualidade de vida e sobrevida.

**Contexto**

- Estudos comparativos de doentes em hemodiálise ou tratamento médico conservador

**Detalhes do estudo e extracção das características:**

Autor(es) \_\_\_\_\_

Título do estudo \_\_\_\_\_

Objetivo do estudo \_\_\_\_\_

Ano de publicação \_\_\_\_\_

Local de publicação \_\_\_\_\_

País de origem \_\_\_\_\_

Objetivos \_\_\_\_\_

População do estudo \_\_\_\_\_

Metodologia \_\_\_\_\_

Contexto do estudo \_\_\_\_\_

Tratamento médico conservador: \_\_\_\_\_

Principais descobertas relacionadas com a questão da revisão

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE XI – Artigo Excluído para Elegibilidade com Base na Leitura  
de Texto Completo**

Kalender, B., Ozdemir, A. C., Dervisoglu, E., & Ozdemir, O. (2007). Quality of life in chronic kidney disease: Effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *International Journal of Clinical Practice*, 61(4), 569–576. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.01251.x>

**Motivo da exclusão:** Este estudo não atendeu aos critérios de inclusão (relacionado ao contexto, não considerou tratamento médico conservado como alternativa à diálise, mas sim o percurso do doente em estádios anteriores).

## **APÊNDICE XII – Análise Detalhada dos Artigos**



Autor(es)	Ano de publicação	Revista	País de Origem	Título do estudo	Objetivo(s) do estudo	Metodologia	População do estudo	Contexto do estudo	Tratamento Médico Conservador vs Hemodiálise
Verberne, W. R., Geers, A. B. M. T., Jellema W.T., Vincente, H. H., Delden, J. J. M. V., Bos, W. J. W.	2016	Clinical Journal of the American Society of Nephrology	Países Baixos	Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis	Comparar a sobrevida entre doentes que escolheram diálise ou tratamento conservador	Análise retrospectiva	Doentes de um centro hospitalar dos Países Baixos com 70 ou mais anos com DRCT	Análise da sobrevida de doentes, entre 2004 e 2014 que escolheram diálise (n =204) ou tratamento conservador (n= 107)	<p>A idade e a severidade das comorbilidades aumentam a taxa de mortalidade independente da modalidade terapêutica. Doentes em TMC são mais <b>velhos</b>.</p> <p>Presença de CVC aumenta a <b>mortalidade</b> nos doentes em hemodiálise.</p> <p><b>Sobrevida média</b> dos doentes em diálise é maior.</p> <p>Sobrevida <b>média</b> dos doentes em TMC – 17,8 meses.</p> <p>A vantagem de sobrevida média <b>deixa de existir</b> após os 80 anos e após os 70 se existir <b>comorbilidade</b> severa (avaliada pelo score de comorbilidade de Davies).</p> <p>Existem poucos estudos e com amostras pequenas sobre a comparação entre HD vs TMC.</p> <p><b>Limitações:</b> dificuldade em comprar amostrar para uma maior robustez científica. Esta dificuldade vem do ponto de partida para início de TMC não ser uniforme. Fragilidade, desnutrição e status cognitivo não avaliado.</p>
Tsai, H. T., Chao, C. T., Chang, R. E., Hung, K. Y.,	2017	<i>CIM - Clinical and Investigative Medicine</i>	China	Conservative management and health-related quality of life in endstage renal disease: a systematic review	Ajudar a definir o papel do tratamento conservador na melhoria da qualidade de vida nos doentes renais crónicos terminais	Revisão Sistemática da Literatura	Doentes em hemodiálise ou tratamento conservador	Estudos comparativos entre hemodiálise e tratamento conservador sobre qualidade de vida relacionada à saúde	<p>SF-36 – Qualidade de vida relacionada à saúde física é mais alta em <b>diálise</b>, mas relativa à saúde mental é mais <b>alta em TMC</b>.</p> <p>A Qualidade de vida relacionada à saúde física pode ser melhorada com acompanhamento e cuidados de enfermagem</p> <p>No tratamento conservador a qualidade de vida melhora ao <b>longo do tempo</b> enquanto em diálise com o início da técnica e posteriormente <b>não</b> existe alterações significativas nestes resultados.</p> <p>Apesar dos estudos serem limitados, demonstram <b>melhores resultados</b> de qualidade de vida relacionada à saúde, dos doentes que optam por TMC.</p> <p>Doentes dependentes com comorbilidades severas podem beneficiar do TMC</p> <p>O TMC, gerido e acompanhado por uma equipa multidisciplinar, pode ter taxas de sobrevivência comparados à diálise sem comprometer a qualidade de vida.</p> <p><b>Limitações:</b> diminuto número de artigos (4); utilização de diferentes escalas de avaliação de qualidade de vida.</p>

Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W., Howard, K.	2012	<i>Canadian Medical Association Journal</i>	Austrália	Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease	Determinar as características que levam os doentes a preferir hemodiálise em detrimento do tratamento conservador	Experiência de escolha discreta	Doentes com 18 ou mais anos (n= 105)	Doentes em estágio 3-5 convidados a participar pela Investigadora ou nefrologista	Os doentes são <b>mais propensos</b> a escolher diálise se: significar um potencial aumento da sobrevida, se for possível diálise de dia ou noite e se tivessem direito a transportes de qualidade e gratuitos. Os doentes são <b>menos propensos</b> a escolher a diálise se: aumentar o número de idas ao hospital e reduzir muito a possibilidade de viajar. Os doentes estão dispostos a abdicar de meses de vida por menos idas ao hospital e maior possibilidade de viajar. As restrições e a sobrecarga da DRCT fazem o doente preferir viver menos tempo com mais qualidade de vida. <b>Limitações:</b> dificuldade de testar relações entre as variáveis. Facilidade de escolha hipotética, pode diferir quando for necessário optar na prática.
Piccoli, G. B., Sofronie, A. C., Coindre, J.	2017	<i>BMC Medical Ethics</i>	Itália	The strange case of Mr. H. Starting dialysis at 90 years of age: clinical choices impact on ethical decisions	Estudar o impacto dos princípios éticos nas decisões clínicas. Realizar uma análise ética ao caso específico do Mr. H. sobre iniciar hemodiálise ou tratamento conservador	Estudo de caso	MR. H.	Iniciar hemodiálise ou tratamento conservador num senhor acompanhado em consulta onde não é mais possível adiar a decisão.	Princípio ético é fundamental para a melhor escolha: <b>Justiça:</b> pode iniciar qualquer modalidade sem despesas ou restrições. <b>Autonomia:</b> a decisão final cabe sempre ao doente. É impossível a imparcialidade total. O ideal é junto do doente discutir e conhecer as suas necessidades e preferências. <b>Beneficência e não maleficência:</b> cabe sempre ao conjunto destes dois princípios a decisão final do doente. É importante esclarecer o doente sobre os potenciais incidentes durante e após a diálise. devem-lhe ser <b>forneidas todas</b> as informações e ferramentas para uma melhor escolha. <b>Se a base</b> forem as necessidades e expectativas do doente, respeitando os princípios da beneficência/ não maleficência, a escolha terapêutica pode ser um misto entre hemodiálise e TMC. <b>E só assim estamos a elevar a análise ética sem ideias preconcebidas.</b> <b>Uma sessão de diálise semanal 2:30h/3h</b> – neste caso mantém doente estável de acordo com as suas necessidades e expectativas. Não significa ser uma escolha terapêutica daqui em diante para todos os doentes. Apenas demonstra que é possível <b>centralizar o bem-estar do doente</b> e chegar a uma escolha terapêutica que respeita as suas necessidades e convicções.
Verberne, W. R., Dijkers, J., Kelder, J.C., Geers, A. B. M. Jellema,	2018	<i>BioMed Central Journals</i>	Países Baixos	Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older	Comparar hemodiálise com tratamento conservador relativamente a:	Estudo de cohort observacional e retrospectivo	pacientes com idade superior ou igual a 70 anos (n=366)	Doentes que escolheram hemodiálise (n=240) ou tratamento	A maior <b>sobrevida média</b> de doentes em HD, <b>perde significância</b> em doentes com mais de 80 anos ou com comorbilidades severas. Relativamente à saúde física e mental, <b>não existem diferenças</b> doentes em TMC e diálise.

W., T., Vincente, H. H., Delden, J. J. M. V., Bos, W. J. W.				patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study	sobrevida; saúde física e mental; dias de internamento e custos associados.			conservador (n=126)	Os doentes em TMC passam <b>mais dias fora do hospital</b> que os doentes em diálise. <b>O cansaço do tratamento</b> é menor em TMC do que HD O <b>custo anual</b> de doentes em <b>diálise é maior</b> em hemodiálise do que em Tratamento Médico Conservador. <b>Limitações:</b> Dificuldade de escolher o momento de início do TMC, tal como o dia de início de diálise, por ser um processo contínuo; as amostras populacionais em doentes em TMC são sempre mais idosas, aumentando a possibilidade de viés por maior fragilidade neste grupo.
Loon. I. N. V., Goto, N.A., Boereboom, F.T.J., Verhaar, M. C., Bots, M. L., Hamaker, M.E.	2019	<i>BioMed Central Journals</i>	Países Baixos	Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients: a longitudinal analysis of the Geriatric assessment in Older patients starting Dialysis (GOLD) study	Estudar a qualidade de vida de doentes em diálise ou maximizar o tratamento conservador	Análise Longitudinal	Doentes com mais de 65 anos	Doentes na iminência de iniciar diálise ou optar por tratamento conservador	Os doentes em <b>diálise passam mais dias no hospital</b> que os doentes em TMC, mesmo sendo mais novos. Em doentes com <b>mais de 80 anos, não existem vantagens</b> de sobrevida em doentes em diálise face a maximizar o TMC. Os doentes que iniciam <b>diálise têm menos dor ou desconforto</b> que os doentes em TMC, mas no geral a <b>qualidade de vida é semelhante</b> . Limitações: Os doentes em TMC, têm geralmente TFG maior por iniciarem o tratamento num momento mais precoce da doença. É considerado <b>TMC desde que a TFG baixasse de 15ml/min</b> . O que não se verifica na prática. <b>Limitações:</b> Dificuldade de escolher o momento de início do TMC, tal como o dia de início de diálise, por ser um processo contínuo; as amostras populacionais em doentes em TMC são sempre mais idosas; tempo de acompanhamento curto.
Shi, Q. R. Q., Ma, T., Wang, J. W., Li, Q. L. X.	2019	<i>BioMed Central Journals</i>	China	<i>Quality of life, symptoms, and sleep quality of elderly with end- stage renal disease receiving conservative management: a systematic review</i>	Avaliar qualidade de vida, sintomas e qualidade do sono de doentes idosos com DRCT submetidos a tratamento conservador	Revisão Sistemática da Literatura	Doentes idosos com DRCT submetidos a tratamento conservador	Hemodiálise e Tratamento Conservador	Os doentes que escolheram TMC tiveram a sua <b>qualidade de vida estabilizada ou melhorada</b> , sendo que, não existiu diferença com significado estatístico entre doentes em TMC e diálise, relativamente à qualidade de vida. <b>Os distúrbios de sono</b> foram associados a fadiga e outros fatores <b>que não a modalidade</b> de tratamento O <b>TMC tende a aliviar sintomas</b> de doentes com DRCT <b>Um enfermeiro experiente</b> pode ajudar a melhorar a <b>qualidade de vida</b> dos doentes através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e <b>tratamento da dor e outros problemas</b> , físicos, psicossociais e espirituais. Os pacientes mais velhos estavam dispostos a sacrificar as vantagens potenciais de sobrevivência por melhor autonomia e qualidade de vida

									<b>Limitações:</b> estudos de sono limitados; amostras muito heterogêneas; falta de síntese de dados quantitativos
Echevers, Y. M., Gaibor, N. G. T., Pérez, N.N. Martin, F.B., Delgado, R. M., Riscos, M. A. G.	2016	Nefrologia. Revista da Sociedade Espanhola de Nefrologia	Espanha	“Supervivencia de pacientes de edad avanzada (»70 anos) com enfermedad crónica estádios 4-5; diálisis vs tratamento conservador”	Observar a evolução de pacientes seguidos em consulta de nefrologia (estádios 4 e 5); Comparar a sobrevida de doentes em estágio 5 com e sem diálise	Estudo retrospectivo observacional	Doentes seguidos em consulta de nefrologia em estágio 4 e 5 e doentes em hemodiálise ou tratamento conservador	Consulta de nefrologia por doença renal crónica avançada e avaliação por 5 anos quanto ao tratamento selecionado.	<p><b>70 ou mais anos:</b>  <b>Maior sobrevida</b> em doentes que realizam <b>hemodiálise</b> 75 ou mais anos:  Maior sobrevida em doentes que realizam hemodiálise</p> <p><b>80 ou mais anos:</b>  <b>Sem significado estatístico.</b> Ausência de vantagens em iniciar HD.  <b>O tempo de seguimento em consulta de nefrologia, a função renal residual</b> e a hemodiálise influenciam a sobrevida do doente.  A <b>sobrevida</b> dos doentes em hemodiálise diminui quando existem scores elevados de comorbilidades (avaliadas pelo índice de Charlson).  <b>Perde-se as vantagens</b> em iniciar hemodiálise quando existe <b>doença cardíaca severa.</b>  A maior sobrevida pode ser neutralizada se forem subtraídos os dias de internamento ou os dedicados às sessões de diálise, conforme demonstrado no trabalho de Silva e Gane.  Os doentes em hemodiálise, face aos doentes em tratamento conservador são mais jovens e com menor índice de comorbilidade, o que ajuda a compreender os melhores resultados de doentes em hemodiálise.  <b>“O tratamento dialítico leva em muitos casos a uma piora da qualidade de vida</b> e de acordo com nosso estudo, em alguns casos nem prolonga a sobrevida em relação àqueles que continuam com o tratamento conservador, por isso deve ser sempre individualizado”</p> <p><b>Limitações:</b> A falta de outros dados potencialmente condicionantes sobre mortalidade ou sobrevida, como suporte familiar, autonomia, dados de qualidade de vida após o início da TRS ou tratamento conservador.</p>

**APÊNDICE XIII – Resultados da Revisão *Scoping***

**Tabela I.** Variáveis abordadas nos artigos encontrados.

Autor	Variáveis abordadas	
	Sobrevida	Qualidade de vida
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden	X	
Tsai, Chao, Chang, Hung		X
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	X	X
Piccoli, Sofronie, Coindre	X	X
Verberne, Djikers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	X	X
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	X	X
Shi, Ma, Wang		X
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	X	

**Tabela II.** Instrumentos utilizados nas variáveis abordadas

Autor	Instrumentos utilizados						Comentários/respostas dos doentes
	Sobrevida Média/Taxa de sobrevivência	QoLSF-36	KDQoL SF-36	Espetativa de vida	Princípios éticos	EuroQoL-5D-3 L	
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden	X						
Tsai, Chao, Chang, Hung		X	X				
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard				X			X
Piccoli, Sofronie, Coindre					X		
Verberne, Djikers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	X		X				
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	X					X	
Shi, Ma, Wang		X	X			X	
Echevers, Gaibor,	X						

Pérez, Martin, Delgado, Riscos							
---	--	--	--	--	--	--	--

**Tabela III.** Outras Variáveis abordadas

Autor	Instrumentos utilizados					
	Sintomas da doença	Qualidade do sono	Dias de internamento	Av. De comorbilidades	Análise financeira	Av. Hemoglobina/albumina
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard			X			
Verberne, Dijkers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos			X		X	
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker			X	X		X
Shi, Ma, Wang	X	X				

**Tabela IV.** Estudos incluídos por metodologia

Autor	Metodologia	Número de estudos por Metodologia
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	Experiência de escolha discreta	1
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	Análise retrospectiva	2
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	Análise retrospectiva	
Piccoli, Sofronie, Coindre	Estudo de caso	1
Verberne, Dijkers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	Estudo de cohort observacional e retrospectivo	1
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	Análise Longitudinal	1
Tsai, Chao, Chang, Hung	Revisão Sistemática da Literatura	2
Shi, Ma, Wang		

**Tabela V.** Estudos incluídos por país

<b>Autor</b>	<b>País</b>	<b>Número de estudos por País</b>
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	Austrália	1
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	Espanha	1
Piccoli, Sofronie, Coindre	Itália	1
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	Países Baixos	3
Verberne, Djikers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	Países Baixos	
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	Países Baixos	
Shi, Ma, Wang	China	2
Tsai, Chao, Chang, Hung	China	

**Tabela VI.** Artigos incluídos por datas

<b>Autor</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Número de estudos por ano de publicação</b>
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	2012	1
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	2016	2
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	2016	
Tsai, Chao, Chang, Hung	2017	2
Piccoli, Sofronie, Coindre	2017	
Verberne, Djikers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	2018	1
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	2019	2
Shi, Ma, Wang	2019	

**Tabela VII.** Revistas em que os artigos foram publicados

<b>Autor</b>	<b>Revista</b>	<b>Quantidade</b>
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden	Clinical Journal of the American Society of Nephrology	1
Tsai, Chao, Chang, Hung	CIM - Clinical and Investigative Medicine	1
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	Canadian Medical Association Journal	1
Piccoli, Sofronie, Coindre	BioMed Central Journals – Medical Ethics	1
Verberne, Djikers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	BioMed Central Journals - Nephrology	2
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker		
Shi, Ma, Wang, Li	BioMed Central Journals – Health and Quality of Life Outcomes	1
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	Revista da Sociedade Espanhola de Nefrologia	1

**Tabela VIII.** Características da população dos artigos

<b>Autor</b>	<b>População</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (médias)</b>
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden	107 – tratamento conservador 204 – diálise	60% homens	Tratamento conservador – 82,5 anos Diálise – 75,9
Tsai, Chao, Chang, Hung	332 - tratamento conservador 405 - diálise	57,5% homens	Tratamento conservador - 77 anos Diálise – 63,2 anos
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	105 estágio 3-5	56% homens	63 anos
Piccoli, Sofronie, Coindre	Mr. H.	Homem	90 anos
Verberne, Dijkers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	126 – tratamento conservador 240 - diálise	60% homens	Tratamento conservador – 82,6 Diálise – 76,2
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	89 – tratamento conservador 192 - diálise	61% homens	Tratamento conservador – 82 Diálise – 75
Shi, Ma, Wang	1229 doentes	-	60-80.2 anos
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	314 doentes estágio 4 e 5	50% homens	77 anos

**Tabela IX – Ideias-chave dos artigos abordados**

<b>Autor</b>	<b>Sobrevida</b>	<b>Qualidade de Vida</b>
Morton, Snelling, Webster, Rose, Masterson, Jonhson, Howard	Doentes preferem hemodiálise se aumentar a sobrevida, podendo ser realizada de dia ou noite e se os transportes não forem um custo	Doentes abdicam de meses de vida por melhor qualidade de vida
Echevers, Gaibor, Pérez, Martin, Delgado, Riscos	Ausência de vantagens em iniciar HD acima dos 80 anos ou com comorbilidade cardíaca severa	
Piccoli, Sofronie, Coindre	Mantém-se vivo um doente com 1 sessão diálise semanal, há um ano	A escolha terapêutica surge da centralização do bem-estar do doente
Verbene, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	Presença de CVC aumenta a mortalidade; Ausência de vantagens em iniciar HD acima dos 80 anos ou 70 se com comorbilidade severa	
Verberne, Dijkers, Kelder, Geers, Jellema, Vincente, Delden, Bos	Ausência de vantagens em iniciar HD acima dos 80 anos se com comorbilidade severa	Sem diferenças entre HD e TMC relativamente à qualidade de vida relacionada à saúde física e mental; menos cansaço de tratamento em TMC do que HD.
Loon, Goto, Boereboom, Verhaar, Bots, Hamaker	Ausência de vantagens em iniciar HD acima dos 80 anos ou se com comorbilidade severa	Qualidade de vida semelhante em HD e TMC

Shi, Ma, Wang		Qualidade de vida semelhante em HD e TMC; TMC tende a aliviar sintomas do tratamento
Tsai, Chao, Chang, Hung		Qualidade de vida relacionada à saúde mental é mais alta com o TMC; Em TMC a qualidade de vida melhora ao longo do tempo. O TMC pode não comprometer a qualidade de vida comparando com a HD.