

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA COM COMPROMISSO RENAL

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação
Crónica

PERSON IN A CHRONIC SITUATION WITH END-STAGE RENAL DISEASE

Development project of specialized clinical skills in the Medical-
Surgical Nursing area for Person in Chronic Situations

Autor

Manuela Maria da Costa e Silva Novais

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Clemente Neves de Sousa
Professor Adjunto, Doutor

Inês Maria da Cruz Sousa
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Manuela Maria da Costa e Silva Novais

Porto, 2024

RESUMO

Em Portugal, há uma elevada prevalência de pessoas submetidas ao tratamento de hemodiálise, devido à doença renal crónica. Esta situação, implica um tratamento complexo, pois envolve restrições alimentares exigentes e um complexo regime medicamentoso.

Conhecendo esses desafios deste grupo de pessoas, desenvolveu-se um relatório de estágio com o propósito de desenvolver e fomentar acerca desta temática. O presente relatório foi elaborado no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O objetivo da sua realização é descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas ao Enfermeiro Especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, tal como preconizado nos regulamentos nº140/2019 e nº429/2018.

Durante o mestrado, fui incentivada a desenvolver um projeto de desenvolvimento profissional numa área do conhecimento específico e que fosse do meu interesse. Neste projeto de desenvolvimento profissional foi escolhido uma temática, no âmbito da pessoa em situação crónica. Neste sentido delineei objetivos específicos e atividades, sendo que, para cada um desses objetivos, permitiu realizar um pensamento crítico-reflexivo e desenvolver as minhas competências neste âmbito. Este projeto está relacionado com a pessoa com compromisso renal, mais concretamente, com o regime medicamentoso na pessoa em programa regular de hemodiálise e a pessoa transplantada renal.

A pessoa em programa regular de hemodiálise, têm um regime medicamentoso complexo. O enfermeiro em função dos seus cuidados, tem acesso privilegiado para instruir dotando-a de conhecimento e habilidade, para poder autogerir a sua condição clínica. O doente transplantado deve conhecer e cumprir não apenas o regime medicamentoso para imunossupressão, mas também como adotar novas mudanças de estilo de vida, recomendado após o transplante renal.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doença Renal Crónica; Competências; Doença Crónica.

ABSTRACT

In Portugal, there is a high prevalence of people undergoing haemodialysis treatment due to chronic kidney disease. This situation involves complex treatment, as it involves demanding dietary restrictions and a complex medication regime.

Knowing the challenges faced by this group of people, an internship report was developed with the aim of developing and promoting this theme. This report was drawn up as part of the Master's programme in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. Its purpose is to describe the process of developing and acquiring common and specific competences for the Specialist Nurse in the area of nursing for people in chronic situations, as recommended in regulations no. 140/2019 and no. 429/2018.

During my master's degree, I was encouraged to develop a professional development project in a specific area of knowledge that was of interest to me. In this professional development project, a theme was chosen in the context of the chronically ill person. To this end, I outlined specific objectives and activities, each of which allowed me to carry out critical and reflective thinking and develop my skills in this area. This project is related to the person with renal impairment, more specifically, the medication regime for people on a regular haemodialysis programme and kidney transplant patients.

People on a regular haemodialysis programme have a complex medication regime. As part of their care, nurses have privileged access to provide them with the knowledge and skills to be able to self-manage their clinical condition. The transplant patient must know and comply not only with the drug regime for immunosuppression, but also how to adopt the new lifestyle changes recommended after kidney transplantation.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Kidney Disease, Chronic; Competences; Disease, Chronic.

ABREVIATURAS

AV - Acesso Vascular

BSC - Balanced Score Card

CR - Compromisso Renal

DM - Diabetes Mellitus

DRC - Doença Renal Crónica

EMC - Enfermagem Médico Cirúrgica

GCL - PPCIRA - Grupo de coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e da Resistência aos Antimicrobianos

GGRH - Gabinete de Gestão do Risco Hospitalar

HD - Hemodiálise

KPC - Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

KPI - Key Performance Indicators

MMCEPSC - Mestrado Médico - Cirúrgica Enfermagem Pessoa em Situação Crónica

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

P. - Página

PRHD - Programa Regular de Hemodiálise

TR - Transplante Renal

TFG - Taxa filtração glomerular

VHB - Vírus da Hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO 1 - CONTEXTO DE AMBULATÓRIO	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	35
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	36
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	38
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	39
3.5. Domínios	39
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	41
3.7. Especificação das intervenções	45
3.8. Síntese relativa ao caso	47
4. CASO 2 - CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE NEFROLOGIA	51
4.1. Enquadramento teórico	51
4.2. Clientes	60
4.3. Medicação	60
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	60
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	63
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	63
4.5. Domínios	63
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	64
4.6. Conceção de Cuidados	66
4.7. Especificação das intervenções	71
4.8. Síntese relativa ao caso	73
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	101
7. BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	117

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Concentrações de fósforo nos alimentos	31
Quadro 2 - Estratégias para restringir o fósforo na dieta	32
Quadro 3 - Estratégias de alimentos para reduzir o consumo de fósforo.....	32
Quadro 4 - Medicação mais utilizada pelos doentes em PRHD	34
Quadro 5 - Critérios de exclusão para dadores vivos.....	52
Quadro 6 - Terapia de imunossupressão.....	57
Quadro 7 - Necessidades Nutricionais Diárias Recomendadas no Período Imediato	
PósTransplante	59

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Organização Mundial de Saúde refere que as doenças crónicas, também designadas como doenças não transmissíveis, tendem a ser de longa duração e são o resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2022).

Em 2022, 44,7% da população portuguesa com 16 ou mais anos era portadora de uma doença crónica ou tinha problema de saúde prolongado, com mais frequência nas mulheres (47%) e idosos (71,1%) do que nos homens (42%) e a população com menos de 65 anos (35,6%). De acordo com os resultados obtidos ao nível da União Europeia relativos a 2021, Portugal era um dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica era mais elevada, cerca sensivelmente de 43,9% (INE, 2021).

A doença renal crónica (DRC) é uma doença progressiva caracterizada por alterações estruturais e funcionais do rim devido a várias causas. A DRC é tipicamente definida como uma redução da função renal, avaliada através da taxa de filtração glomerular estimada inferior a 60ml/min por 1-73m² ou marcadores da lesão renal, tais como albuminúria, hematúria, ou alterações nos exames analíticos ou imagiológicos e que estejam presentes durante pelo menos 3 meses (Kalantar-Zadeh et al., 2021).

A DRC tem uma elevada prevalência em todo o mundo. Em 2017 cerca de 843,6 milhões de pessoas padeciam da doença, e ocupou o quinto lugar das causas de morte mais frequentes. Cerca de 20% da população portuguesa apresenta algum grau de DRC e é o país da Europa com maior taxa de incidência de doentes renais (Vinhas et al., 2020).

As principais causas da DRC, são a hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus (DM). Outras causas como, glomerulonefrite crónica, pielonefrite crónica, toma excessiva de medicamentos anti- inflamatórios, doenças autoimunes, doença renal poliquística, malformações congénitas e doença renal aguda prolongada, levam ao agravamento da função renal. Estima-se que cerca de 20% da população portuguesa apresenta algum grau de DRC (Ammirati, 2020; Evans & Taal, 2011; Vinhas et al., 2020).

A pessoa com DRC é confrontada com um regime terapêutico exigente. As pessoas em programa regular de hemodiálise (PRHD) enfrentam um regime terapêutico complexo. Geralmente as sessões hemodiálise (HD) são compostas por três sessões semanais, com necessidade de restrições alimentares e com necessidade de inúmeros medicamentos. Perante a complexidade e a exigência deste regime, as dificuldades no cumprimento do mesmo, torna-se um desafio e uma preocupação para os profissionais de saúde o seu processo de autogestão. Esta dificuldade, está associada a uma das principais causas do aumento do risco de

mortalidade a nível mundial e um aumento nos custos dos cuidados de saúde (Abdel-Rahman et al., 2014; Kovesdy, 2022; Lameire et al., 2021).

Primeiramente, a DRC é uma condição de saúde complexa que requer uma gestão cuidadosa e multifacetada. A adesão ao regime medicamentoso desempenha um papel crucial na gestão eficaz da DRC, visto que os medicamentos específicos, como os quelantes de fósforo, são frequentemente prescritos para controlar a hiperfosfatémia, uma complicação comum associada à DRC, e uma vez que não controlada poderá levar a complicações, tal como osteodistrofia mineral óssea. Portanto, a forma como o doente gere o seu regime medicamentoso é essencial para identificar os fatores que possam estar a dificultar o processo de autogestão.

Além disso, o TR é frequentemente considerado o tratamento de escolha para doentes com DRC. No entanto, mesmo após o transplante renal, os doentes continuam a necessitar de um complexo regime medicamentoso para prevenir a rejeição do órgão transplantado e para gerir complicações relacionada à imunossupressão. Logo, explorar a adesão ao regime medicamentoso em doentes transplantados renais é determinante, uma vez que a falta de adesão pode comprometer o sucesso do transplante e a saúde a longo prazo do doente.

A não adesão ao regime medicamentoso nos doentes com DRC em PRHD tem uma prevalência de cerca de 53%. Os enfermeiros que prestam cuidados ao DRC, devido ao seu contato diário, conseguem identificar percepções das necessidades demonstradas acerca do regime medicamentoso. Perante isto, o enfermeiro consegue intervir com estratégias para melhorar este comportamento de adesão ao regime medicamentoso (Ghimire et al., 2017).

Os enfermeiros que cuidam das pessoas com DRC têm a responsabilidade profissional de auxiliar na gestão do regime terapêutico complexo, aconselhando-as sobre medidas de autocuidado relacionadas às alterações do seu estado de saúde. As pessoas têm a capacidade de autocuidado, assumindo a responsabilidade de cuidar de si mesmas. Ou seja, elas têm capacidade de agir de forma intencional para preservar a vida, a saúde e o bem-estar. Perante a doença, as pessoas precisam de implementar medidas adicionais de autocuidado para recuperar e preservar a sua saúde. Quando as mudanças na saúde e a falta de recursos tornam a pessoa incapaz de cuidar de si mesma para manter a vida e o bem-estar, ela deixa de ser um agente de autocuidado para tornar-se uma recetora de cuidados (Orem et al., 2001).

O modelo de transição de Meleis enfatiza a natureza dinâmica do processo de adaptação à doença crónica, destacando as mudanças de papéis e identidades que ocorrem ao longo do tempo. Na pessoa com DRC, isso pode envolver a transição de um estado de saúde relativamente estável para a necessidade de adaptação contínua a limitações físicas e emocionais (Meleis, 2010).

A pessoa com DRC está sujeita a alterações diárias, tais como alterações no plano dietético, regime medicamentoso. Todas estas alterações criam stress e desencadeiam sentimentos de

revolta e conflito neste grupo de pessoas, nos quais podem interferir na adesão ao regime terapêutico. A equipa de enfermagem, dada a natureza dos seus cuidados, detêm um acesso privilegiado para capacitar a pessoa doente, conferindo-lhe conhecimentos e competências, para que a mesma tenha consciência da sua doença e seja capaz de autogerir a sua condição clínica (Pacheco et al., 2007).

Para a concessão do título de especialista, a Ordem dos Enfermeiros preconiza, independentemente da área de especialização, aprimorar as competências comuns do enfermeiro especialista, destacando-se “a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Regulamento nº140/2019, p. 4744).

A elaboração do presente relatório enquadra-se na unidade curricular de estágio de natureza profissional com relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, na área à Pessoa em Situação Crónica (MMCEPSC), no ano letivo 2023/2024 que decorreu na Escola Superior de Enfermagem do Porto e visa também cumprir com as exigências conducentes à atribuição do Grau de Mestre e ainda do Título de Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crónica, pela Ordem dos Enfermeiros.

O enfermeiro assume um contributo importante na gestão do regime terapêutico complexo nas pessoas com DRC. Assim, é necessário enfermeiros com conhecimento contínuo no contexto da situação crónica, que incidam sobre a prevenção da doença, na promoção e adaptação de novos estilos de vida, com intuito de capacitar a pessoa para a vivência da doença crónica.

A opção de frequentar o MMCEPSC, deriva de oito anos de profissão, que incentivaram a aquisição de novos saberes, conhecimentos e competências. O interesse pelo rigor profissional, na procura pela excelência do exercício e da melhoria contínua, bem como as exigências constantes da prática diária da profissão, inerentes à complexidade das tomadas de decisão com que nos confrontamos diariamente, justificam esta escolha.

A Ordem dos Enfermeiros definiu em Diário de República o perfil de competências comuns e específicas que o enfermeiro especialista deve deter. Relativamente às competências comuns, fazem parte os domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, p.4744).

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, fazem parte: cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/ cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento nº 429/2018, p.19368)

A realização do estágio decorreu na unidade ambulatorio de hemodiálise, de uma instituição de

saúde da região do norte de Portugal e numa unidade de internamento de nefrologia de uma unidade hospitalar da região norte de Portugal, com a duração de 410 horas, no período compreendido entre 18 de Setembro de 2023 e 19 de Janeiro de 2024.

Com a realização deste estágio, um momento ímpar de aprendizagem supervisionada, em contexto real de prestação de cuidados, pretendeu-se desenvolver e consolidar as competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crónica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar e domiciliário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma (Regulamento nº 429/2018), p. 19368).

A opção pela temática abordada surge do interesse e motivação pessoal para aprofundar conhecimentos nesta área. Acresce ainda o facto do regime medicamentoso na pessoa com DRC, apresentar-se como um regime complexo e também pela complexidade da doença que o doente acarreta.

A área do cliente é de extrema relevância para a especialidade em enfermagem na pessoa em situação crónica, dada a sua complexidade e a necessidade de cuidados contínuos e abrangentes. Os enfermeiros com competências específicas nesta área deparam-se com desafios específicos, desde a gestão do regime medicamentoso até à monitorização dos sintomas, prevenção de complicações e apoio emocional dos doentes e cuidadores. Dada a natureza crónica da doença renal, os cuidados de enfermagem são essenciais ao longo da vida do doente, exigindo uma abordagem holística e centrada no doente por parte do enfermeiro. Assim, a compreensão aprofundada das particularidades desta condição e a capacidade de proporcionar cuidados individualizados e eficazes são aspetos cruciais para a prática clínica dos enfermeiros, destacando a importância dos cuidados prestados ao DRC fomentada na melhor evidência científica.

Com intuito de dar resposta aos objetivos de desenvolvimento de competências neste domínio foram selecionados os casos relacionados com a hiperfosfatémia e o transplante renal na pessoa com DRC para promover a adesão ao regime medicamentoso pode ser abordada de diversas formas, tais como: através da educação da pessoa, onde fornecemos informações detalhadas para a importância do regime medicamentoso e os seus efeitos adversos e as consequências da não adesão; através do envolvimento do doente no seu tratamento, ou seja incluir o doente no processo de tomada de decisão relacionada ao seu regime medicamentoso, de forma a permitir a expressar as suas dúvidas, que por sua vez leva a um aumento da responsabilidade e autonomia por parte do doente; estabelecer com o doente estratégias de

forma a promover uma melhor adesão, assim como, horários específicos para a toma de medicação, criação de lembretes, caixas para organizar a medicação; proporcionar continuidade nos cuidados, de forma a responder às necessidades avaliadas, tais como emocionais e sociais, neste caso pode incluir o envolvimento por parte da família ou cuidadores e assim providenciar acesso a recursos comunitários, se assim for necessário; e manter uma vigilância no doente na adesão ao regime medicamentoso, de forma a identificar desafios e preocupações que possam surgir.

Neste sentido, neste módulo II teve como propósito, expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica; aprofundar competências de conceção e supervisão de cuidados, em particular aqueles de especial complexidade; expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros; situar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, em particular em contextos da enfermagem médico - cirúrgica; consolidar na prática clínica a melhor evidência disponível; aprofundar e consolidar competências clínicas e avançadas face a necessidades complexas.

A mesma ideia é transmitida por Tesfaye et al. (2019), quando refere que problemas associados ao regime medicamentoso, são as principais causas de eventos adverso, tais como hospitalizações frequentes, sendo que, a complexidade do regime, é um fator de risco que está associado à má adesão do próprio regime.

O enfermeiro tem um contributo crucial no apoio à pessoa, ao promover atividades educativas que visam conferir-lhe autonomia na gestão da doença crónica e na prevenção de complicações. Desta forma, o enfermeiro contribui para facilitar uma transição saudável da pessoa doente para a nova condição de saúde (Bell & Duffy, 2009; Meleis, 2011).

Capacitar o doente na gestão do seu regime medicamentoso é uma estratégia que o enfermeiro pode desenvolver, mas é fundamental considerar as variações na capacidade dos doentes em aderir ao regime medicamentos, bem como as variações relacionadas com todo o processo holístico em benefício do doente. É crucial estabelecer uma “parceria enfermeiro/doente”, que se espera que evolua ao longo do tempo, com o enfermeiro adaptando continuamente a estratégia para atender às necessidades dos doentes. Dessa forma, cria-se um ambiente onde o doente se sente cuidado e apoiado (Jones et al., 2020; Radmore & Hyrkäs, 2019).

Compreender as dificuldades associadas ao tratamento, identificar as lacunas na autogestão e promover a autonomia possível de cada pessoa são desafios que se colocam aos enfermeiros. Na abordagem da pessoa com DRC, os modelos teóricos de enfermagem propostos por Meleis e Orem fornecem perspetivas valiosas para compreender e intervir nos desafios confrontados pelos doentes.

O enfermeiro que presta cuidados de saúde à pessoa com DRC, assume o dever profissional de

ajudar as pessoas com o complexo regime terapêutico, aconselhando-as sobre as medidas de autocuidado relacionadas com as alterações do seu estado de saúde. As pessoas adultas têm capacidades de autocuidado, assumindo a responsabilidade de cuidar de si mesmas. Significa que são capazes de agir intencionalmente no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Perante a doença, as pessoas necessitam de desenvolver ações adicionais de autocuidado para restabelecer e manter a sua saúde, usando métodos cientificamente válidos aconselhados pela equipa de saúde. Quando as alterações no estado de saúde e falta de recursos tornam a pessoa dependente para manter a vida e o bem-estar, a pessoa passa de agente de autocuidado a recetor de cuidados (Orem et al., 2001).

As seleções destes casos permitiram o desenvolvimento de competências, sendo meramente duas situações ilustrativas. Pude obter insights valiosos sobre os desafios específicos enfrentados pelos doentes nestes contextos clínicos e identificar estratégias eficazes para melhorar a adesão ao regime medicamentoso.

Estruturalmente o relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro é efetuada a exposição e caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, relatando de forma pormenorizada a organização estrutural e humana. No segundo capítulo, estão explanados os dois planos de cuidados realizadas em cada contexto clínico, juntamente com o enquadramento concetual e teórico inerente à temática em estudo, suportado pela evidência científica, derivada da pesquisa em bases de dados científicas. Seguidamente, no terceiro e quarto capítulo, procede-se à análise crítico - reflexiva sobre os contributos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, terminando com uma síntese final do relatório.

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

Neste subcapítulo pretende-se descrever, de forma sucinta, o contexto onde decorreram os estágios, realizando uma breve apresentação das instituições, bem como a caracterização das unidades de cuidados.

UNIDADE DE AMBULATÓRIO DE HEMODIÁLISE

O estágio na unidade de ambulatório de hemodiálise decorreu durante o período de setembro a novembro de 2023, num total de 180 horas, onde tive a oportunidade de desenvolver competências na avaliação de necessidades do DRC em PRHD. Foi muito gratificante esta oportunidade, consegui observar o doente de forma mais holística, acompanhar o doente na capacitação do autocuidado do acesso vascular, assim como o processo de transição saúde doença que vivenciam.

Não consegui deslumbrar nenhum modelo em concreto, mas a prestação de cuidados desta instituição, tem em consideração as transições das pessoas no seu processo de cuidados, assim como a capacitação das pessoas para o autocuidado.

Sob ponto de vista da estrutura física a unidade é constituída: por uma sala de espera; 2 salas de tratamento (uma delas unidade de isolamento onde se localiza o tratamento a pessoas HVB); 2 gabinetes médicos; um para o médico residente e outro para o diretor clínico que conjuntamente funciona também como sala de reuniões; 1 gabinete de enfermagem para a enfermeira chefe; uma copa; 2 Wc's para os doentes e 2 para profissionais; e 2 zonas de sujos. Existe ainda, uma zona suja na zona na lavandaria onde integra a roupa (lençóis ou cobertores) que tiveram contacto com a zona do doente e outra zona suja que integra a zona de contaminados (contentores risco biológico), um gabinete de apoio logístico (reparação das máquinas de hemodiálise), um armazém onde integra todo o material necessário para a realização do tratamento, uma zona de tratamento de águas e o local para os respetivos testes à água.

A clínica apresenta um horário de funcionamento de segunda a sábado, das 07:00 às 23:00, em dias pares (2^a, 4^a e 6^a) ou ímpares (3^a, 5^a e sábados), no turno da manhã, tarde e noite. Apercebi-me, na entrada de novos doentes, que estes eram orientados para os turnos dependendo das necessidades dos mesmos e também dependendo do número de vagas nos turnos. Ou seja, um doente autónomo que ainda exerce a sua atividade profissional, a preferência são os turnos da noite. Por outro lado, um doente dependente, sem retaguarda familiar, a instituição ia de encontro às necessidades do mesmo, por exemplo, realizava diálise no turno da tarde. Os doentes que tinha integração em lar ou com apoio familiar ou autónomos

e que não exercem a sua atividade profissional, integravam-se nos turnos de manhã.

De acordo com o Relatório de Atividades desta unidade, a média de idades dos doentes ronda os 70 anos, sendo que a maioria tem mais de 80 anos. A nefropatia diabética é a etiologia mais comum de entrada em PRHD. A maioria dos doentes, cerca de 81%, têm FAV como acesso para hemodiálise, enquanto 5% têm enxerto arteriovenosa e 14% têm cateter venoso central. A taxa de internamento neste local, era de cerca de 0,6%. A principal razão de hospitalização destes doentes foi a pneumonia, seguida por outras infeções não relacionadas com o acesso vascular, doenças neoplásicas e causas desconhecidas. A taxa de mortalidade referente ao ano 2023 foi cerca de 16,2%, a principal causa de morte está associada a doenças cardiovasculares. Estes dados foram retirados do relatório de atividades realizadas anualmente pela instituição.

O documento da norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, estipula o número mínimo de enfermeiros necessários para as unidades de diálise. Segundo esta norma, o número de enfermeiros por unidade de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, considerando as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. Recomenda assim a existência, no mínimo, de um enfermeiro por quatro camas/lugares/posto de hemodiálise, adotando a designação de “posto de trabalho”. A OE recomenda que não devem estar menos de dois enfermeiros por turno. Deve ser ponderado o cálculo do número de enfermeiros para tratamento de doentes com necessidades especiais, nomeadamente portadores de Hepatite VHB, VHC e VIH, na definição dos postos de trabalho, de acordo com a legislação em vigor (Despachon.º14/391, 2001; Enfermeiros, 2016; Regulamento nº 743/2019). Em alguns turnos, foi possível perceber o cálculo das dotações que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Este cálculo era realizado em função das necessidades de enfermeiros na unidade.

De acordo com o regulamento n.º743/2019, sobre a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de Enfermagem, devido à complexidade do tratamento, e a sua exigência e os riscos associados ao tratamento, a equipa deve, integrar pelo menos 50% de enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, ou enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº 743/2019).

A equipa multidisciplinar é constituída por, 5 nefrologistas, 1 deles é o diretor clínico, 8 médicos residentes, 1 nutricionista, 1 farmacêutica, 1 assistente social, 2 administrativas, 21 enfermeiros, destes 1 é enfermeiro chefe. A equipa de enfermagem é constituída em 11 enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem e que apresentam vínculo contratual efetivo, os restantes 9 enfermeiros exercem funções em regime de prestação de serviços. Destes 11 com vínculo contratual efetivo, 1 enfermeiro tem especialização médico cirúrgica e 1 enfermeiro com especialização em enfermagem em reabilitação.

A metodologia de trabalho é individual, normalmente um enfermeiro está alocado a 5 postos de

trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem, este rácio varia de acordo com as necessidades dos doentes, num turno onde a dependência dos doentes é elevada, doentes idosos e número de cateteres venosos centrais também é elevada. Constatei que a instituição ajustava o número de enfermeiros, face às características e necessidades dos doentes, assegurando a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, assim como preconiza o regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

De forma a promover a saúde e bem-estar no doente, está implementado na organização um projeto de exercício físico, onde o objetivo é manter o doente ativo, promover a saúde e bem-estar e promover a readaptação funcional. Trimestralmente o enfermeiro responsável por este programa, especialista em reabilitação realiza os testes funcionais, de forma a avaliar a evolução do doente. Este projeto é um programa interdialítico, em que o doente está a realizar a sessão de HD e após 30 minutos do início do tratamento, realiza um treino aeróbio com cerca de 30 a 40 minutos. A duração do treino, depende da prescrição realizada pelo enfermeiro responsável do projeto. Esta prescrição é baseada nas avaliações trimestrais que o enfermeiro responsável realiza, com base nos treinos de força e equilíbrio.

A instituição também tem um projeto no âmbito do acesso vascular. O acesso vascular é umas principais causas de hospitalizações e mobiliza elevados recursos económicos. São dois os enfermeiros responsáveis pelo projeto, onde os objetivos são: implementar protocolos e orientações corporativas; elaborar planos mensais de vigilância dos acessos vasculares; monitorização das infeções e eventos adversos relacionados com o acesso vascular e promover formações para a equipa de enfermagem.

Na instituição existe um projeto na área da formação e desenvolvimento. Este projeto é da responsabilidade de um enfermeiro, que identifica as necessidades de formação da equipa e faz o planeamento das mesmas.

UNIDADE DE INTERNAMENTO DE NEFROLOGIA

O segundo período de estágio ocorreu num centro hospitalar da região Norte do país, numa unidade de internamento de nefrologia, tendo decorrido de 13 de Novembro de 2023 a 19 de Janeiro de 2024, com um total de 180 horas.

Esta área do serviço reflete a atividade geral da nefrologia, aplica a responsabilidade de internamento dos doentes renais agudos e crónicos. A admissão de doentes articula-se com serviço de urgência, com a unidade de hemodiálise e com a consulta externa.

O serviço de internamento de nefrologia é um serviço complexo, cuja missão é promover a excelência dos cuidados aos doentes renais, com as seguintes valências: nefrologia clínica, diálise e transplantação renal de adultos, sendo este um centro de referência.

A equipa é constituída por 2 equipas médicas, uma delas dedicada a transplante renal e a outra nefrologia clínica. Possui ainda uma assistente social, a quem se recorre especialmente em casos de fragilidade social, uma nutricionista que pertence à unidade de nutrição clínica e dedica a maioria do tempo ao serviço de nefrologia, internos de medicina, enfermeiros e um enfermeiro gestor do serviço.

Relativamente à dotação de enfermeiros, a equipa de enfermagem desta unidade de internamento é composta por 36 elementos, 1 Enfermeiro Chefe, 1 enfermeiro com especialização em enfermagem de reabilitação que colabora com o enfermeiro Chefe, e 34 enfermeiros graduados, sendo que alguns destes elementos detêm a especialização em enfermagem médico cirúrgica. Destes elementos, 7 enfermeiros estão alocados à diálise peritoneal, 18 ao internamento e 11 enfermeiros alocados ao internamento e diálise.

Relativamente ao método de organização do trabalho cada enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados a um grupo de doentes, organizando o seu tempo em função das necessidades do doente.

A distribuição dos doentes é efetuada pelo enfermeiro responsável do turno, através do método individual de trabalho. Nos turnos da manhã e da tarde é assegurado por 4 ou 5 enfermeiros, dependendo das necessidades dos doentes. No turno da noite é assegurado por 4 enfermeiros, sendo que 1 deles está alocado à diálise.

Os registos clínicos de enfermagem são efetuados no sistema de documentação informático Sclínico, onde são documentados os cuidados de enfermagem do doente. Através do Sclínico, é possível também confirmar as notas médicas e os respetivos diários. Em relação aos registos da medicação e confirmação da mesma, é realizada através do CDM - Circuito de Medicação. Nesta plataforma pode-se também ver as dietas e fazer a alteração das mesmas.

Não conseguir deslumbrar nenhum modelo em concreto, mas a prestação de cuidados desta instituição, tem em consideração as transições das pessoas no seu processo de cuidados, assim como a capacitação das pessoas para o autocuidado.

Os recursos humanos de enfermagem, administrativas e auxiliares são partilhados com o internamento de hematologia Clínica - 8 camas de consumo intensivo de pessoal. O serviço de internamento é composto por 27 camas, das quais 19 são de nefrologia e 8 do serviço de hematologia clínica. Destas últimas, duas correspondem a quartos de isolamento.

De acordo com o relatório de atividades desta unidade, o serviço possui indicador próprio das taxas de internamento por causas. A síndrome nefrológica é a causa de internamento mais frequente de doença Renal crónica (DRC) (n=209) incluindo DRC estágio 5: cerca de 65% dos casos o agravamento de DRC prévia associou-se complicações infecciosas. No ano 2020, tiveram 29 casos com lesão renal. As causas mais comuns que originaram DRC, foram vasculite ANCA, nefropatia de IgA, nefrite tubulointersticial aguda e nefroesclerose hipertensiva. No que diz

respeito ao transplante renal, nesta unidade hospitalar realizaram cerca de 97 transplante renais, sendo que 74 com rim de dador cadáver (65 transplante rim isolado, 9 rim - pâncreas) e 23 com dador vivo. A idade média dos indivíduos transplantados ronda os 48 anos. Dos doentes transplantados em 2022, 65 realizavam hemodiálise (67%) e 21 diálise peritoneal (22%). O tempo médio de espera em HD ronda os 4,9 anos, em 2021 era cerca de 4,7 e em 2020 cerca de 3,5 anos. O tempo médio de espera em DP é cerca de 4 anos, em 2021 era cerca de 2,9 anos e em 2020 era cerca de 2,4 anos. A taxa de sobrevivência do rim é de cerca de 94,8%, as principais causas de perda de rins é a morte do recetor, rim não funcionante, causas urológicas, sendo que a mais frequente é a causa vascular. A percentagem de mortalidade associada ao transplante renal é cerca de 2,1%. O tempo médio de internamento nos transplantados renais é sensivelmente 13,7 dias.

Não consegui identificar nenhum projeto em curso neste contexto no presente momento, mas futuramente pretendem realizar um projeto na área do doente transplantado com objetivo de melhorar o conhecimento do doente transplantado.

3. CASO 1 - CONTEXTO DE AMBULATÓRIO

Cliente do sexo feminino, 56 anos, autónoma nas atividades de vida diárias. DRC detetada aos 36 anos no decurso da primeira gestação, tendo-se constatado doença renal e hipertensão arterial. Orientada para a consulta externa de Nefrologia onde manteve seguimento. Em 2012 por evolução da progressão da doença renal crónica, a doente optou por diálise peritoneal, com boa adaptação. História de infeções do óstio do cateter peritoneal. Em 2020 constrói fístula arteriovenosa rádio cefálica esquerda. Em 2021, remove cateter peritoneal por infeções recorrentes e por esse mesmo motivo é transferida para uma unidade de ambulatório para início de hemodiálise. Neste contexto, a doente realiza hemodiálise há cerca de 3 anos. Em setembro de 2023, apresenta prurido e hiperfosfatémia de 7,6mg/dl, sendo necessário introduzir quelante de fósforo. Não apresentava edemas periféricos; e os valores de pressão arterial eram de 143/71 mmHg.

3.1. Enquadramento teórico

Nas últimas três décadas, a DRC é responsável pela elevada taxa de mortalidade da população mundial. Em 2016, a DRC ocupava o 13^a lugar na lista de causas de morte, em 2040 prevê-se que seja a 5^a causa de morte (Roumeliotis et al., 2020). A DRC é definida como uma alteração da função renal, presentes por um período mínimo de três meses, com implicações para a saúde (Lok et al., 2020).

A maior parte da população mundial, têm múltiplas doenças crónicas, o que é denominada como multimorbilidade. Os doentes com DRC, frequentemente, também têm outras doenças crónicas que está associada a mau prognóstico e custos elevados de saúde, quando comparado às pessoas saudáveis ou com uma única doença crónica. As principais causas da DRC incluem diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HTA), glomerulonefrite crónica, pielonefrite crónica, uso crónico de medicamentos anti-inflamatórios, doenças autoimunes, doença renal poliquística e doença renal aguda prolongada (Kalantar-Zadeh et al., 2021; Roumeliotis et al., 2020). A nível mundial a DRC conjuntamente com a terapia de substituição renal, apresenta uma prevalência entre os 10% a 15% (Law et al., 2023).

A incidência da doença em Portugal é ainda mais expressiva. Vinhas (2020) afirma que cerca de 20% da população portuguesa apresenta algum grau de DRC e é o país da Europa com maior taxa de incidência de doentes renais. Em Portugal, cerca de onze mil pessoas encontram-se no

estadio 5 de DRC, e em PRHD e mais de cinco mil foram transplantados (Kovesdy, 2022; Vinhas et al., 2020).

É pertinente reconhecer que o rim desempenha um papel preponderante, ou fundamental no funcionamento normal do organismo. Desempenhando diversas funções, nomeadamente funções vitais excretoras, endócrinas e metabólicas.

A DRC, consiste na perda progressiva e irreversível das funções renais que pode iniciar com um quadro agudo ou de forma lenta e progressiva. A definição e a sua classificação dependem da avaliação da taxa de filtração glomerular (TFG), da proteinúria e de outros marcadores da doença renal. A mesma, é definida como um dano renal por três meses, devido a anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da TFG ou TFG <60ml/min 1,73m² por três meses, com ou sem dano renal (Hamrahian & Falkner, 2017; Lok et al., 2020).

O diagnóstico da DRC, baseia-se na avaliação de um conjunto de dados laboratoriais da função renal (eletrólitos, ureia, creatinina, fosforo, cálcio e hemograma completo), análises à urina, incluindo a pesquisa de proteinúria, ecografia renal e biópsia renal (Chen et al., 2019). Existe assim uma queda progressiva da filtração glomerular.

Com a progressão da doença, a impossibilidade de excreção adequada do fósforo, contribui para o hiperparatiroidismo secundário, calcificações cardiovasculares e distúrbios minerais ósseos (osteodistrofia mineral). Estes distúrbios no metabolismo mineral e ósseo podem provocar diversos sintomas, tais como: prurido (devido à acumulação cutânea do produto cálcio -fosforo), dor óssea e fraqueza muscular (provocada pelo hiperparatiroidismo); úlceras necrosantes (provocada pela isquemia decorrente da calcifilaxia) (Jenkins & Mahon, 2008).

Para além das comorbilidades associadas à doença renal, a hiperfosfatémia e não remoção do fósforo eficazmente, pode acelerar o processo de calcificação vascular. De notar, que cerca de 79% dos doentes em hemodiálise apresentam calcificações, que por sua vez está associado a um maior risco cardiovascular. Assim, como níveis de fósforo > 5,0mg/dl está associado a um risco acrescido de mortalidade na população em HD (Garcia Ospina et al., 2017).

Na prática clínica, o tratamento da hiperfosfatémia é centrado no controlo dos fatores responsáveis pela ingestão e remoção do fósforo do organismo. Existem três estratégias principais para a correção da hiperfosfatémia: dieta, restrição da ingestão de fósforo; eliminação adequada do fósforo, boa eficácia de diálise; e minimizar absorção do fósforo, através de quelantes de fósforo que por sua vez irá reduzir a absorção do fósforo.

No âmbito da dieta, restrição da ingestão de fósforo, as restrições dietéticas resultam da necessidade de prevenir a hiperfosfatémia. O fósforo é abundante na dieta, uma vez que é encontrado na maioria dos alimentos. Uma limitação global do consumo desses alimentos faz com que se incorra no risco de depleção de outros importantes nutrientes, especialmente

proteínas (Shinaberger et al., 2008). Desta forma, é importante garantir a elaboração de planos individualizados, tendo em conta a quantidade de proteínas necessárias, mas sem uma ingestão excessiva de fósforo e monitorizando outros parâmetros nutricionais.

O doente com DRC para otimizar os valores de fósforo, a evidência científica aponta dois parâmetros fundamentais, aumentar o tempo de hemodiálise, conjuntamente com uma boa eficácia de diálise. A depuração do fósforo é mais prolongada, pelo facto de ser uma molécula mais “pesada”. O aumento de pelo menos 30 minutos de tratamento para além do prescrito, mostra benefícios de forma a proporcionar uma maior remoção do fósforo do doente (Clark et al., 2019; Daugirdas, 2015).

A eficácia de diálise é um dos fatores predominantes da sobrevivência dos doentes em HD. O AV proporciona um fluxo sanguíneo adequado e necessário para os doentes com DRC submetidos a HD (Dias et al., 2008).). Existem dois tipos de acesso arteriovenosos, sendo a fístula arteriovenosa (FAV) e enxerto arteriovenoso (EAV); e o acesso venoso que é o cateter venoso central.

A FAV é atualmente o acesso de eleição para o doente, pois este proporciona maior qualidade de vida. Quando comparado com os outros tipos de acesso, a FAV é o acesso vascular (AV) de primeira linha não só devido à sua longevidade, mas também pelo baixo risco de infeção e hospitalização. No entanto, mesmo a FAV apresenta complicações, nomeadamente: a infeção, o desenvolvimento de estenose e trombose (Cui et al., 2017; Kairaitis et al., 2018; Malik et al., 2022; Roetker et al., 2023). A FAV é um fator chave para o sucesso da eficácia do tratamento e para a sobrevida da pessoa que necessita de realizar tratamento. Manter a FAV funcional, sem problemas e livre de complicações é um dos principais desafios para a equipa multidisciplinar (Peralta et al., 2021; Pinto et al., 2023; Sousa et al., 2023).

Uma cuidada avaliação e monitorização do AV permite identificar problemas associados e programar intervenções adequadas em tempo útil. A manutenção do AV é um desafio para a equipa de enfermagem, principalmente manter o AV funcional. O coordenador de AV pode contribuir de forma positiva para o aumento de número de AV, através do desenvolvimento de protocolos para a monitorização e vigilância de sinais e sintomas (Sousa et al., 2023).

O exame físico ao acesso arteriovenoso, como sendo um elemento indispensável ao processo de monitorização, é um procedimento rápido. Para além do uso de estetoscópio, dispensa o uso de qualquer outro instrumento e com elevado poder de precisão. Estas características do exame físico, nomeadamente, o baixo custo, deverá ser estimulada e encorajado a ser realizado diariamente pelos próprios doentes. Através do exame físico é possível detetar outras complicações como a presença de aneurismas e infeções. O exame físico compreende a inspeção do AV, a palpação e auscultação e, em cada uma destas etapas podem ser detetadas alterações nas suas características (Ibeas et al., 2017).

Promover o autocuidado com o AV junto do DRC é fundamental, para que a pessoa seja capaz de o manter no melhor estado possível, já que o AV influencia a eficácia do tratamento de diálise (Sousa et al., 2014).

Alguma literatura evidencia a importância de comportamentos de autocuidado com a FAV e demonstram a importância de se educar o doente DRC em HD. Nestes estudos, constataram que a frequência do autocuidado era menor do que o esperado e o padrão de autocuidado não era o adequado, recomendando a exploração de programas de educação com foco na melhoria de comportamentos de autocuidado com a FAV. Acrescentam ainda que, a necessidade de se identificarem perfis de comportamento de autocuidado em doentes em HD com FAV, para assim se conseguir ajustar os programas de educação às características destes doentes (Sousa et al., 2020; Sousa et al., 2017). Neste sentido, a importância promover o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com a FAV, com objetivo de evitar e/ou detetar complicações precoces com o AV e, concomitantemente, melhorar a qualidade de vida do doente.

PROCESSO ADAPTATIVO DA PESSOA EM HEMODIALISE EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE

A adaptação psicológica à HD é um processo doloroso. Neste processo de adaptação ao tratamento estão descritas quatro fases: o início da diálise; a fase de lua-de-mel; a fase de desilusão; e a fase de adaptação (Delgado, 1997; Nolasco, 1982).

- O início da HD: o início de HD é habitualmente caracterizado por um curto período correspondente às primeiras sessões de diálise, durante o qual a pessoa pode reagir de formas distintas: manifestando apatia ou mesmo aparente alheamento perante as exigências impostas pela diálise, ou evidenciando ansiedade marcada e reações de pânico durante a diálise. Este período é muito breve e está relacionado com o primeiro contacto da pessoa com a máquina e com todo o procedimento do tratamento, sendo mais frequente nas pessoas que não tiveram tempo de “metabolizar” psicologicamente toda a informação sobre o tratamento.
- Fase de Lua-de-Mel: após várias sessões de HD, os sintomas que levaram à DRC, tendem a desaparecer e a pessoa começa a sentir-se melhor, esta fase pode durar até seis meses. É aquela em que a pessoa se mostra mais receptiva ao tratamento. Com o tempo, o doente percebe que depende do equipamento para viver e que a sua vida está condicionada pelo horário da diálise e pelas intercorrências intradialíticas.
- Fase da Desilusão: a pessoa pode apresentar-se deprimida, revoltada, projetando a ira sobre a equipa de saúde, mostrando comportamentos regressivos na sala de diálise e potencializando os conflitos com a equipa multidisciplinar. Esta fase tende a prolongar-se por vários anos até que a pessoa aceite a sua nova realidade. Estas características desta fase, pode presenciar essencialmente nos doentes que regressaram à HD após anos de transplante renal. São notórios os comportamentos de negação em relação ao regime

terapêutico, como por exemplo, pedir para reduzir o tempo de diálise, ganho de peso interdialítico superior a 5kg (na diferença de um dia de HD), o desprezo sobre as restrições dietéticas, mostrando “já tenho conhecimento, não preciso de saber”. As faltas ao tratamento neste tipo de doentes, era menos frequente. Os comportamentos suicidas, em poucos doentes foram presenciados.

- Fase de adaptação: surge quando existe aceitação da doença e do tratamento, mas é comum haver episódios de depressão. Alguns doentes podem nunca chegar a aceitar o tratamento e alcançar esta fase.

Gebrie et al. (2023) num estudo realizado sobre a perceção do doente em hemodiálise, referem que apesar dos doentes acreditarem que a máquina substituí a função renal, a dependência indesejada da máquina de diálise, provocou um sentimento de inferioridade e perda da autonomia. Ainda assim, a literatura evidencia, que a maioria dos doentes mostram fadiga, o que dificultou o retorno às atividades sociais (Barbosa & Valadares, 2009). Neste estudo, os doentes expressam a importância do apoio familiar e social para aderir ao tratamento. Assim, companheirismo, empatia e apoio emocional, são ao mesmo tempo necessidades diárias e são fatores críticos a considerar no plano de cuidados para estes doentes (Gebrie et al., 2023).

A pessoa em PRHD vivencia um processo de transição saúde - doença. A sua nova condição de saúde tem impacto na sua vida de uma forma global, precipitando, em muitos casos, uma situação de rutura com a organização pessoal, profissional, familiar e social. Esta transição de saúde/doença tem por consequência, não apenas a imposição de conviver com uma patologia que desencadeia a necessidade de iniciar uma técnica de substituição da função renal, mas a incorporação de um regime terapêutico (medicamento, dietético e exercício) com alterações nas rotinas diárias e implicações na gestão de papéis e relações sociais.

Embora a hemodiálise possa prolongar a vida, nela está implícita desafios a nível psicológico, social e profissional. As restrições físicas, representações sociais de uma doença que constituem algum preconceito (visualização da FAV), ponto de vista pessoal, que podem mudar ao longo do tempo e influenciar diretamente as estratégias de enfrentar e lidar com os problemas e emoções e a adesão ao tratamento (Ana Larisse Teles et al., 2023; Gebrie et al., 2023)

Deste modo, o enfermeiro tem um contributo crucial na facilitação do processo de transição saúde e doença. O enfermeiro numa fase inicial de adaptação ao tratamento da pessoa deve estar desperto para alterações significativas que este irá trazer. Assim, o enfermeiro com a pessoa e/ou família, deve elaborar um plano de cuidado, que inclua estratégias de adaptação à doença e aos tratamentos, com objetivo de aumentar conhecimentos e promover a adoção de novos comportamentos, para minimizar os impactos negativos provocados pela transição e pelas novas necessidades de um reinício de estilo de vida.

No entanto é necessário que se crie um ambiente terapêutico para que a pessoa coloque questões sobre o tratamento dialítico e tudo o que a possa inquietar, bem como, o enfermeiro

deve estimular a autoconfiança, autonomia e os comportamentos de autocuidado da pessoa ou do seu cuidador (OE, 2016).

REGIME TERAPÊUTICO

O plano terapêutico da pessoa com DRC em PRHD, é complexo e com múltiplos componentes. Além do tratamento dialítico, o plano ainda engloba um determinado regime medicamentoso; um regime dietético que inclui várias restrições alimentares bem como uma rigorosa ingestão hídrica e um regime de exercício físico (Cristovao, 2015).

A pessoa com DRC em PRHD cumpre um plano dialítico com frequência e a duração, de acordo com a prescrição clínica. No entanto, a literatura evidencia a dificuldade na adesão às indicações terapêuticas, seja no cumprimento do regime medicamentoso, adesão ao exercício físico e restrições dietéticas.

REGIME DIETÉTICO

Durante a progressão da DRC, as necessidades nutricionais mudam significativamente, pelo que o doente apresenta maior risco de alterações a este nível (Ikizler et al., 2020). Os aspetos relacionados com a alimentação assumem assim uma grande importância no tratamento da pessoa em PRHD (Silva et al., 2011).

Nesta população específica, o regime alimentar possui diferenças substanciais relativamente ao que é aconselhável à população em geral. Contrariando o que é vulgarmente tido como saudável, as pessoas em PRHD, devem ter restrição hídrica e alimentar, nomeadamente, restrição de fruta (cereja, banana, dióspiro, pêsego, figo, maçã e outras), legumes (batatas, espinafres, beterraba, tomate e outras) e saladas (alface, rúcula, pepino, agrião). Assim a dieta em doentes em HD é restrita em sódio, potássio, fósforo e líquidos. O objetivo é evitar a sobrecarga hídrica, manter os equilíbrios eletrólitos, proteico, mineral e vitamínico e melhorar os sintomas urémicos (Silva et al., 2011).

Silva et al. (2011), consideram que a ingestão de líquidos deve ser cerca de 0,5 litros, em função do seu volume residual de urina. Considerando que é uma população com anúria e oligúria, o excesso de ingestão hídrica, pode levar consequentemente a um ganho excessivo de peso interdialítico. Este ganho excessivo neste grupo de indivíduos, contribui para a hipotensão, podendo evoluir para uma insuficiência cardíaca ou edema agudo do pulmão, como consequência da sobrecarga hídrica.

Mesmo com a ingestão excessiva de líquidos, maioritariamente esta população queixa-se com sede, o que se encontra muitas vezes relacionados com o excesso de consumo de sódio. A restrição de ingestão de sódio, é assim também uma das principais restrições indicadas, a quantidade depende em função da necessidade do doente. Esta restrição é individualizada e

depende do volume e das perdas urinárias. Se o volume de diurese residual é baixo ou inexistente, “a necessidade de restrição de sódio é vital” (Silva et al., 2011).

O fósforo é encontrado na maioria dos alimentos (alimentos ricos em proteínas, produtos lácteos, produtos aditivados, carnes, peixes, frutos secos e legumes), contudo a restrição nestes alimentos pode corrigir ou ajudar a hiperfosfatémia (Garcia Ospina et al., 2017; Rastogi et al., 2021). No quadro 1 refere a concentração de fósforo nos alimentos, peixe e carne, gema de ovo, queijo, cereais e grãos, legumes.

Quadro 1 - Concentrações de fósforo nos alimentos

Alimento	Concentração de Fósforo
Peixe e Carne	170-290 mg/100g
Gema de ovo	586 mg/100g
Queijo	220-700mg/g
Cereais/Grãos	120-360mg/g
Legumes	300- 590/100g

Fonte: (Rastogi et al., 2021)

A ingestão de fósforo também deve ser limitada, uma vez que a hiperfosfatémia contribui para o hiperparatireoidismo secundário e a osteodistrofia mineral óssea.

O fósforo é considerado um dos principais contribuintes para o malefício vascular em pessoas com função renal normal e especialmente em doentes com DRC. O controlo da absorção de fósforo para evitar a sobrecarga de fósforo é uma prática comum em doentes renais, mas a sua utilidade noutros doentes começa a ser considerada. A dieta e utilização de quelantes de fósforo são formas de efetuar este controlo (Rodríguez-Orsorio et al., 2015).

A restrição da ingestão de fósforo na dieta é muitas vezes ineficaz, uma vez que pode levar à desnutrição e por sua vez associada a um aumento do risco da mortalidade. Além disso, a literatura evidencia que o consumo de fósforo dietético, aumentou significativamente no último século, para níveis bem acima da quantidade diária recomendada (700mg por dia para adultos), devido ao seu uso não regulamentado como alimento, conhecidos como os aditivos. As indicações de dieta para redução da ingestão de fósforo para doente em HD, são de entre 800 a 1000mg/dia, para manter os níveis séricos normais (Ikizler et al., 2020; Urena Torres, 2017).

A literatura evidência que um baixo nível socioeconómico, principalmente na pessoa em programa regular de diálise, é um fator preponderante para a hiperfosfatémia. Alimentos associados a fast food, enlatados, alimentos baratos, altamente processados e refrigerantes, são ricos em fósforo (Urena Torres, 2017).

É fundamental que os doentes com DRC em HD consigam gerir o regime terapêutico nas suas várias dimensões, neste contexto interessa valorizar os cuidados relativos à gestão da dieta de alimentos ricos em fósforo.

As indicações de dieta para a redução da ingestão de fósforo apresentam uma preocupação, tendo em conta que a redução da ingestão de fósforo pode levar à redução na ingestão de outros nutrientes, como proteínas que são uma das principais fontes de fósforo na dieta. Tendo em conta este facto, deve existir um aconselhamento nutricional sobre a preparação de alimentos permitindo reduzir a ingestão de fósforo sem comprometer a ingestão de proteínas (Ikizler et al., 2020). Aconselhar o doente a preparar alimentos em casa, usando métodos como fervura (e descartar a água) remove cerca de 50% do fósforo do conteúdo dos alimentos, assim como o corte da carne antes da fervura e uso de panela de pressão, demonstram ser métodos mais indicados para a manutenção de ingestão proteica e redução da ingestão de fósforo (Ikizler et al., 2020).

Relativamente à restrição dietética (requisito de autocuidado manter um aporte nutricional de acordo com as restrições impostas pela doença renal e pelo tratamento hemodialítico) a literatura evidencia várias medidas de autocuidado para restringir os alimentos ricos em fósforo (Daugirdas, 2015; Nephrocare, 2006; Thomas et al., 2005). No quadro 2 são especificadas as estratégias para restringir o fósforo na dieta.

Quadro 2 - Estratégias para restringir o fósforo na dieta.

Estratégias para restringir o fósforo na dieta	
Moderar o consumo de leite e derivados	
Evitar o consumo de vísceras	
Evitar o chocolate e cacau	
Não abusar no consumo de carne e peixe	
Moderar o consumo de cereais	
Reduzir o consumo de nozes, amêndoas e pinhões	
Evitar produtos integrais	
Evitar o consumo de bolachas, bolos e tostas	
Evitar conservas de carne e peixe	
Evitar as farinhas láteas (papas)	

Fonte: (Daugirdas, 2015; Nephrocare, 2006; Thomas et al., 2005)

Para além destas estratégias acima mencionadas, é necessário instruir a pessoa acerca de opções de alimentares, para poder planear estratégias para permitir reduzir o consumo alimentos ricos em fósforo. No quadro 3, são referenciadas as estratégias de alimentos para reduzir o consumo de fósforo.

Quadro 3 - Estratégias de alimentos para reduzir o consumo de fósforo.

Em vez de	Preferir
Leite de vaca	Chá, café/ descafeinado (de máquina ou cafeteira), bebidas vegetais (aveia, arroz, amêndoa, avelã ou coco)
Iogurte sólido	Gelatina, gelatina de iogurte ou iogurte vegetal simples
Queijo	Creme vegetal, manteiga, azeite, marmelada ou doce (exceto doce de tomate)
Ovo inteiro	Claro de ovo

Natas	Creme culinário de arroz ou de aveia
-------	--------------------------------------

Fonte: (Fouque et al., 2007).

O plano dietético, é individualizado devido à complexidade da doença e devido aos parâmetros analíticos relacionados com a nutrição, assim é fundamental uma avaliação e monitorização periódica, de forma a evitar outras complicações (Anderson & Nguyen, 2018).

REGIME MEDICAMENTOSO

A adesão ao regime medicamentoso é um desafio para o doente, não só pela sua complexidade, mas também pela sua continuidade, o que implica mudanças e adaptações nos seus hábitos de vida. É assim um processo complexo que envolve para além do esforço profissional, um esforço acrescido por parte do doente (Ahsan et al., 2023).

A não adesão pode levar a maus resultados em termos de saúde assim como aumento de custos nos cuidados de saúde. As consequências da não adesão ao regime medicamentoso, são prejudiciais e dispendiosas, pois esta população, tem comorbilidades associadas, no qual a terapêutica a ser realizada já é prescrita face a essas comorbilidades. A população mais jovem, baixa literacia, emprego, comorbilidades, hospitalizações frequentes e polimedicação têm sido constantemente relatados como preditores da baixa adesão a regime medicamentoso (Ahsan et al., 2023; Ghimire et al., 2017).

A literatura evidencia alguns fatores demográficos que afetam a adesão ao regime medicamentoso em doentes em PRHD, tais como: a idade jovem, a raça negra, o sexo feminino, a ausência de apoio familiar e o baixo nível educacional. Para além destas uma das barreiras para a não adesão foi a nível de escolaridade, onde as pessoas com menos escolaridade apresentavam um índice de adesão mais baixo (Browne & Merighi, 2010).

O doente com DRC em PRHD, tem um regime terapêutico complexo, especificamente a nível do regime medicamentoso. O enfermeiro no exercício das suas funções, tem acesso privilegiado para desenvolver a capacitação da pessoa e instruir, dotando-a de conhecimentos e habilidades, para poder autogerir a sua condição clínica (Ahsan et al., 2023).

As pessoas portadoras de doenças crónicas, são as que menos aderem à terapêutica. A polimedicação é um dos principais fatores que contribuem para a não adesão à medicação. Reduzir o número de medicamentos prescritos, simplificando o plano de gestão com combinações de dose fixa e administrar os medicamentos mais recentes com menos frequência, facilitam a adesão ao regime medicamentoso. Outro método para doentes em diálise, poderiaser fornecer o máximo de medicamentos por via endovenosa no final da sessão ou por via oral sob vigilância direta (Ahsan et al., 2023; Dias et al., 2016).

A terapêutica medicamentosa instituída varia de pessoa para pessoa, conforme as suas necessidades, podendo incluir vitaminas, cálcio, captadores de fósforo, entre outras. Visa ainda

o controlo de sintomas causados por doenças associadas à DRC, como sejam a hipertensão arterial e a diabetes. As pessoas em PRHD tomam em média 10 a 12 medicamentos associados à DRC, como quelantes de fósforo, suplementação de vitamina D, calcimiméticos, anti-hipertensores, antidiabéticos, estimulantes de eritropoiese e suplementos de ferro (Ghimire et al., 2015; Rodrigues et al., 2011). A principal medicação utilizada pelos doentes em PRHD apresenta-se descrita no quadro 4.

Quadro 4 - Medicação mais utilizada pelos doentes em PRHD.

Anti - Hipertensores	Ex: Antagonistas dos canais de cálcio; ARAs; IECAs; Beta - Bloqueadores
Quelantes de Fósforo	Controlo da Hiperfosfatemia Limitam a absorção de fósforo no tubo digestivo; Ex: Carbonato de cálcio, Acetato de Cálcio/Carbonato de Magnésio, Carbonato de Sevelâmero
Medicação Metabolismo cálcio/fósforo	Diminuição dos efeitos do paratiroidismo secundário à IRC (enriquecimento da mineralização óssea) Ex: Calcimiméticos (Cinacalcet) e derivados da vitamina D (Alfacacicol, Calcitriol, Paracalcitol, Colecalciferol)
Tratamento da Anemia	Ex: Estimulantes da Eritropoiese; Ferro.

Fonte: Rodrigues et al. (2011).

Neste caso, os doentes em PRHD tomam habitualmente grandes quantidades de medicamentos e as reações adversas a estes fármacos podem ser três vezes mais frequentes do que as observadas na população em geral (Sousa, 2012).

Os quelantes de fósforo, comuns na prática clínica, incluem o acetato de cálcio, carbonato de cálcio, carbonato de lantânio, carbonato de magnésio e o carbonato de sevelâmero®. Os quelantes de fósforo à base de alumínio podem ter efeitos tóxicos e induzir doenças ósseas. Os quelantes de fósforo à base de cálcio, como acetato de cálcio, surgem como um substituto dos quelantes à base de alumínio e também como suplementos de cálcio. Os quelantes de fósforo à base de magnésio são preferidos nos doentes em diálise peritoneal, porque os níveis de magnésio tendem a serem baixos. O carbonato de sevelâmero® são o padrão de ouro, pois são isentos de metais e cálcio e têm uma baixa incidência de mortalidade (Gasu et al., 2019; Rodríguez-Orsorio et al., 2015).

O carbonato de sevelâmero®, para além de reduzir a absorção de fósforo através da sua capacidade de absorver fósforo no trato intestinal, sem fornecer cálcio, é capaz de modificar mecanismos adaptativos como a redução do fator de crescimento dos fibroblastos ou da hormona paratiróide. Este quelante está assim associado a uma menor mortalidade no doente com DRC (Rodríguez-Orsorio et al., 2015).

Os quelantes de fósforo, devido ao seu mecanismo de ação fazem uma ligação ao fósforo no trato gastrointestinal e diminuem a sua absorção. Por esta razão podem trazer efeitos adversos

gastrointestinais, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação (Berner et al., 2023). A literatura evidencia que, cerca de 11% dos doentes interrompem a terapêutica devido à intolerância e 48% abandonaram devido aos efeitos indesejáveis gastrointestinais (Kalantar-Zadeh et al., 2023).

Mais de metade dos doentes em PRHD, não aderem ao regime medicamentoso. As razões para esta facto são multifacetadas, não só pelas razões que foram explanadas acima que estão diretamente intrínsecas ao tipo de medicamento, mas esta não adesão também está relacionada como variáveis demográficas e socioeconómicas, fatores psicossociais, literacia em saúde e crenças de saúde (Browne & Merighi, 2010).

O regime medicamentoso da pessoa em PRHD é notavelmente exigente, não apenas devido à quantidade de medicamentos, mas também devido à desafiadora tarefa de ajustá-los nas suas rotinas.

O enfermeiro pode ajudar a reestruturar as rotinas por forma a facilitar a gestão do dia -a- dia, fomentando a adesão ao regime medicamentoso e validar essa adesão. Também, deve colaborar com pessoa na melhor compreensão acerca da medicação, ajudando-a na tomada de decisão e com propósito na melhoria da sua condição de vida (Meleis, 2010).

O cumprimento do regime medicamentoso é fundamental em todas as doenças crónicas, mas na doença renal crónica é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves, podendo mesmo desencadear rapidamente a morte (Rahdar et al., 2019).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 59 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-03 07:00:00	Ácido Fólico 5mg, oral , todas as diálises (medicação intradialítica, pós diálise)	
2023-10-03 07:00:00	Complexo B + Biotina 15mg, oral, todas as diálises (medicação intradialítica, pós diálise)	

Início	Medicação	Fim
2023-10-03 07:00:00	Etelcalcetido 2,5mg/0,5ml, EV, todas as diálises (medicação intradialítica, pós diálise)	
2023-10-03 07:00:00	Alfacalcidol 0,5µg, oral, todas as diálises (medicação intradialítica, pós diálise)	
2023-10-03 07:00:00	Sevelâmero 800mg, oral, todos os dias durante as refeições (almoço e jantar, medicação extradialítica)	
2023-10-03 07:00:00	Amlodipina 10mg, oral, ao jantar (medicação extradialítica)	
2023-10-03 07:00:00	Losartan 50mg, oral, ao pequeno almoço (medicação extradialítica)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A medicação extradialítica é gerida pelo doente e a medicação intradialítica é na sua maioria, administrada no fim do tratamento para que não seja dialisada.

Ácido Fólico®

O ácido fólico® faz parte do grupo farmacológico das vitaminas hidrossolúveis, este está indicado para a prevenção e tratamento de anemias megaloblásticas e macrocíticas. Neste caso, a administração deste medicamento é realizada via oral. Os efeitos laterais e reações adversas, são: efeitos dermatológicos (erupções); e outros (febre). Aspetos a vigiar por parte de enfermagem passam por: encorajar o doente a cumprir o regime alimentar recomendado pelo profissional de saúde; instruir que os alimentos ricos em ácido fólico incluem os vegetais, a fruta e as vísceras, o calor destrói o ácido fólico dos alimentos; informar o doente que, com a toma do ácido fólico a urina pode ficar mais amarela (Deglin & Vallerand, 2001, p. 13-15).

Vitamina do Complexo B ®

A vitamina do complexo B, é um multivitamínico, composto por vitamina B1, vitamina B2, vitamina B pantoténica, vitamina B6, vitamina B12 e biotina. A deficiência de Vitamina B e ácido fólico está associado a níveis séricos elevados de homocisteína, que é um potente fator aterogénico. É importante o complemento destas vitaminas, devido às suas restrições dietéticas, estas são importantes para a formação dos glóbulos vermelhos. Estas são administradas no final da diálise (Marchão et al., 2011).

Etelcalcetido®

O etelcalcetido é um agente sintético peptídico calcim inético que reduz a secreção da hormona paratiróide. Com a desregulação dos metabolismos fosforo e cálcio, que leva a uma produção excessiva da PTH, ou seja, hiperparatiróidismo secundário, o etelcalcetido é um calcimimético, que auxilia na segregação da PTH. A administração deste medicamento é realizada através da via endovenosa, no final do tratamento. Como contraindicações, o Parsabiv não deve ser

iniciado se o cálcio sérico foi inferior ao limite mínimo do intervalo de referência (Patel & Bridgeman, 2018).

Alfacalcidol ®

O etalpa está indicado no tratamento de doenças causadas por distúrbios do metabolismo fosfocálcio. O alfacalcidol é um análogo da vitamina D, o objetivo é aumentar os níveis séricos de cálcio através da melhoria da absorção intestinal de cálcio, que levará a uma diminuição dos níveis de PTH ou até mesmo inibição da PTH. Ou seja, com ativação da vitamina D a segregação da PTH é reduzida através da resposta dos níveis séricos do cálcio. Durante o tratamento com alfacalcidol os níveis séricos de cálcio e fósforo devem ser monitorizados regularmente (Lessard et al., 2014).

Sevelâmero ®

O carbonato de sevelâmero é um quelante de fósforo, que reduz os níveis séricos de fósforo em doentes com hiperfosfatemia associada a DRC. É um fármaco de primeira linha para o diagnóstico de hiperfosfatemia, deverá ter administrado durante as refeições (prato principal) para melhor eficácia. Os efeitos secundários mais frequentes, são do foro gastrointestinal, como por exemplo: náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, flatulência, obstipação. Aspetos a vigiar dos enfermeiros, passam por: instruir o doente a tomar o medicamento às refeições principais (almoço e jantar) e não abrir nem mastigar as cápsulas; referir para espaçar as medicações concomitantes pelo menos 1h antes ou 3h depois da administração do medicamento; aconselhar o doente a notificar um profissional de saúde se os efeitos gastrointestinais forem severos ou prolongados (Deglin & Vallerand, 2001, p. 1051 - 1052).

Amlodipina ®

A amlodipina® está indicado para o tratamento da hipertensão, angina de peito e angina vasoespástica. É um inibidor do fluxo do cálcio, do grupo das dihidropiridinas (bloqueadores dos canais lentos do cálcio, inibindo o influxo transmembranar dos iões de cálcio para o músculo liso vascular e músculo cardíaco. O mecanismo de ação anti - hipertensor da amlodipina® é devido um efeito relaxante direto sobre o músculo liso vascular. Os efeitos laterais e reações adversas, são: efeitos no sistema nervoso central (cefaleias, tonturas, fadiga); no sistema cardiovascular (edema periférico, angina, bradicardia, hipotensão, palpitações); no sistema gastrointestinal (hiperplasia gengival, náuseas); e dermatológicas (rubor). Aspetos a vigiar por parte de enfermagem: monitorizar a pressão arterial e o pulso antes da terapêutica, periodicamente durante a terapêutica (Deglin & Vallerand, 2001, p.49-50).

Losartan ®

O losartan® pertence a um grupo de medicamentos antihipertensores, do grupo antagonistas dos recetores de angiotensina II. A angiotensina II é uma substância produzida no organismo

que se liga aos recetores nos vasos sanguíneos, levando ao seu estreitamento. Esta situação leva a hipertensão arterial. O losartan previne assim a ligação da angiotensina II a estes recetores, levando a um relaxamento dos vasos sanguíneos, que por sua vez normaliza a pressão arterial. Os efeitos laterais e reações adversas, são: no sistema nervoso central (cefaleias, fadiga e tonturas); sistema cardiovascular (hipotensão); sistema gastrointestinal (diarreia, hepatite medicamentosa); e sistema genitourinário (função renal comprometida). Aspetos a vigiar em enfermagem: avaliar a pressão arterial e o pulso periodicamente durante a terapêutica; monitorizar a frequência das prescrições médicas para determinação da adesão à terapêutica; avaliar no doente os sinais de angioedema (Deglin & Vallerand, 2001, p.74-76).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Fístula arteriovenosa

03-10-2023 07:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

03-10-2023 07:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

27-10-2023 09:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

27-10-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

03-10-2023 07:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

03-10-2023 07:00 - *Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa [Todos os tratamentos]*

03-10-2023 07:00 - *Referenciar complicações da fístula arteriovenosa ao médico [SOS]*

03-10-2023 07:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

03-10-2023 07:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 07:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 07:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa

03-10-2023 07:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [Todos os tratamentos]*

03-10-2023 07:00 - *Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [Todos os tratamentos]*

03-10-2023 07:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

03-10-2023 07:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de*

complicações da fístula arteriovenosa [Todos os tratamentos]
 03-10-2023 07:00 - *Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Todos os tratamentos]*
 03-10-2023 07:00 - *Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa [Todos os tratamentos]*

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

A fístula arteriovenosa é a linha de vida do doente em hemodialise. Para garantir que este se mantém nas melhores condições possíveis são necessários cuidados específicos por parte do gestor dos acessos vasculares, da equipa multidisciplinar envolvidos e do próprio doente. A prevenção e identificação precoce de complicações, é o fator chave para prevenir intercorrências.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-10-2023 07:00	Sistema cardiovascular	
03-10-2023 07:00	Eliminação intestinal	
03-10-2023 07:00	Autogestão do regime medicamentoso	
03-10-2023 07:00	Padrão alimentar	
03-10-2023 07:00	Atitudes terapêuticas	
03-10-2023 07:00	Sensações somáticas	
03-10-2023 07:00	Volume de líquidos	

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

Sistema Cardiovascular

A doença cardiovascular é uma complicação frequente associada à doença renal crónica. A Doença renal crónica promove a hipertensão e dislipidemia, que por sua vez pode contribuir para a progressão da doença. É importante uma vigilância pela equipa de enfermagem sobre os valores tensionais nesta fase inicial, de forma atuar prevenir uma maior progressão da lesão renal (Schiffrin et al., 2007).

Eliminação Intestinal

Este domínio justifica-se tendo em conta, à restrição no regime dietético. Ou seja, défice de

alimentos ricos e fibra, restrição hídrica, estilo de vida sedentário e comorbilidades (diabetes mellitus), medicamentos (suplementos de ferro) e distúrbios metabólicos (hipercalcemia). Assim, é importante uma monitorização assídua, de forma a promover o bem-estar e conforto do cliente (Borchers & Pieler, 2010). Este domínio acresce pelo fato, da introdução do novo fármaco, quelante de fósforo, devido ao seu mecanismo de ação, pode apresentar efeito indesejáveis como obstipação ou diarreia.

Volume de Líquidos

A doente apresenta-se em anúria, neste sentido, é necessário vigiar possíveis sinais ou sintomas de hipervolemia, tais como, edemas nos membros inferiores ou superiores, edema palpebral e dispneia. Por outro lado, a doente pelo fato de estar em anúria a restrição de líquidos é reservada, de forma a evitar sinais de hipervolemia descritos anteriormente. Os doentes com doença renal crónica, frequentemente apresentam edemas pela incapacidade da eliminação de líquidos, assim é necessário a monitorização do volume de líquidos (Diniz-Leite et al., 2017).

Autogestão do Regime Medicamentoso

A literatura aponta para a autogestão do regime medicamentoso associado à DRC é complexa e acarreta custos muitos elevados. O regime medicamentoso da pessoa em programa regular de hemodiálise é notavelmente exigente. O enfermeiro deverá identificar fatores que possam comprometer a autogestão do regime medicamentoso, com o objetivo de promover e capacitar o cliente. Devido ao mecanismo de ação, dos quelantes de fósforo, ou seja, a sua absorção do fósforo ser realizada a nível intestinal, é crucial a toma deste medicamento ser feita durante as principais refeições, porque diminuem a sua absorção (Browne & Merighi, 2010; Rahdar et al., 2019).

Padrão Alimentar

O padrão alimentar na pessoa com DRC, apresenta-se com diversas restrições. O principal objetivo da pessoa com doença renal crónica é minimizar o consumo de alimentos ricos em fósforo e prevenir desnutrição. O consumo alimentar requer restrições visto que a qualidade da dieta interfere na qualidade de vida destes doentes. Uma restrição importante na doença é a do fósforo, que quando aumentado pode desencadear complicações minerais e ósseas e aumentara taxa de mortalidade (Silva et al., 2011).

Atitudes Terapêuticas

Neste caso, a doente iniciou hemodiálise a partir da fístula arteriovenosa. Uma cuidada avaliação e monitorização do acesso vascular permite identificar problemas associados e programar intervenções adequadas em tempo útil. Assim como os devidos ensinamentos acerca da vigilância do acesso vascular à pessoa doente (Sousa et al., 2023).

Sensações Somáticas

Um dos sintomas da hiperfosfatemia que a literatura evidencia é o prurido. Neste cenário a doente apresenta hiperfosfatemia, e esta inicialmente, refere prurido. Neste sentido é necessário intervir no sentido de aliviar sintomas, como aplicar creme, aplicar frio e vigiar lesões cutâneas. O prurido é um sintoma comum nos doentes com doença renal crónica (Castro, 2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Manifesta prurido.

03-10-2023 07:00 - Prurido

03-10-2023 07:00 - Localização e intensidade do prurido

03-10-2023 07:00 - Corpo: moderada.

03-10-2023 07:00 - Determinar evolução do prurido

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução do prurido [Todos os tratamentos]

03-10-2023 07:00 - Referenciar prurido ao médico [SOS]

03-10-2023 07:00 - Diminuir prurido

03-10-2023 07:00 - Aplicar frio [SOS]

03-10-2023 07:00 - Aplicar creme [SOS]

03-10-2023 07:00 - Promover autocontrolo: prurido

03-10-2023 07:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio do prurido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 07:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio do prurido

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio do prurido [Sempre que a doente referir]

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre estratégias de alívio do prurido [Todos os tratamentos]

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Sem manifestação de prurido [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Localização do Pulso

03-10-2023 07:00 - Braço Esquerda(o)

03-10-2023 07:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

03-10-2023 07:00 - Pulso rítmico.

03-10-2023 07:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-10-2023 07:00 - Membro superior Direita(o)

03-10-2023 07:00 - Pressão sanguínea sistólica: 143 mmHg.

03-10-2023 07:00 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

03-10-2023 07:00 - Hipertensão

03-10-2023 07:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Todos os tratamentos]

03-10-2023 07:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Localização do Pulso

27-10-2023 09:00 - Braço Direita(o)

27-10-2023 09:00 - Frequência do pulso: 69 pulsações por minuto.

27-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-10-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

27-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.

27-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

Eliminação intestinal

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

03-10-2023 07:00 - Fezes: em moderada quantidade.

03-10-2023 07:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

03-10-2023 07:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

03-10-2023 07:00 - Número de defecações por dia: 1.

03-10-2023 07:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Todos os tratamentos]

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

27-10-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

27-10-2023 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

27-10-2023 09:00 - Número de defecações por semana: 4.

Volume de líquidos

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Sensação de sede normal.

03-10-2023 07:00 - Sinal de Godet

03-10-2023 07:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo.

03-10-2023 07:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo.

03-10-2023 07:00 - Pele hidratada.

03-10-2023 07:00 - Peso: 48.00 Kg.

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Sensação de sede normal.

27-10-2023 09:00 - Sinal de Godet

27-10-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

27-10-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

27-10-2023 09:00 - Pele hidratada.

27-10-2023 09:00 - Peso: 48.00 Kg.

Autogestão do regime medicamentoso

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário
 03-10-2023 07:00 - Não organiza a medicação conforme horário.
 03-10-2023 07:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose
 03-10-2023 07:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.
 03-10-2023 07:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada
 03-10-2023 07:00 - Administra a medicação pela via adequada.
 03-10-2023 07:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
 03-10-2023 07:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
 03-10-2023 07:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas
 03-10-2023 07:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

03-10-2023 07:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

[RESOLVIDO] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 07:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00

27-10-2023 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário
 27-10-2023 09:00 - Organiza a medicação conforme horário.
 27-10-2023 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose
 27-10-2023 09:00 - Prepara a medicação conforme a dose.
 27-10-2023 09:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada
 27-10-2023 09:00 - Administra a medicação pela via adequada.
 27-10-2023 09:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
 27-10-2023 09:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
 27-10-2023 09:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações

técnicas

27-10-2023 09:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

03-10-2023 07:00

03-10-2023 07:00 - Número de refeições diárias: 5.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-10-2023 07:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

03-10-2023 07:00 - Excesso de ingestão de fósforo face ao regime dietético aconselhado

03-10-2023 07:00 - Autogestão do regime dietético

03-10-2023 07:00 - Promover autogestão: regime dietético

03-10-2023 07:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

03-10-2023 07:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

03-10-2023 07:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre regime dietético [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre dieta restrita em fósforo [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação [Todos os tratamentos] [FIM] 27-10-2023 09:00

03-10-2023 07:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Todos os tratamentos]

27-10-2023 09:00

- 27-10-2023 09:00 - Número de refeições diárias: 5.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 27-10-2023 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.
- 27-10-2023 09:00 - Ingestão de fósforo adequadamente face ao regime dietético aconselhado

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos (edema membros inferiores, edema palpebral, dispneia)
- Evitar bebidas gaseificadas, refrigerantes e alimentos ricos em açúcar que provocam mais sede
- Beber líquidos à temperatura ambiente ou mornos pois ajudam a diminuir a sensação de sede
- Utilizar água morna para bochechar
- Evitar comer sopa, pois esta contribui para a quantidade de líquidos que ingere diariamente
- Utilizar uma rodela de limão para estimular a saliva e humedecer a boca (utilizar máximo duas rodela de limão por dia devido ao seu elevado teor de potássio)
- Instruir sobre quantificar a ingestão de líquidos através de uma garrafa de 250ml/dia

Aplicar creme

- Aplicar creme na zona do corpo com sintomatologia

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Instruir sobre a função do quelante de fósforo
- Instruir sobre a importância de realizar a toma do quelante de fósforo durante as refeições (prato principal, almoço e jantar)
- Identificar quais os medicamentos fornecidos pela clínica e como funciona a sua entrega

- Instruir acerca de estratégias para evitar esquecimento da toma da medicação (lembretes e caixas de organização da medicação)

Ensinar sobre regime dietético

- Instruir sobre as complicações derivadas da hiperfosfatemia, tais como: osteodistrofia mineral óssea, calcificação vascular, prurido
- Identificar estratégias na redução das refeições take-away (confeccionar refeições no domicílio)
- Instruir para estratégias que minimizam a ingestão de fósforo, incluir carne, peixe ou ovo ao almoço e ao jantar de preferência acompanhados com arroz
- Identificar os alimentos desaconselhados (grão, feijão, leite e derivados, conservas, fumados, alimentos pré confeccionados, frutos secos e alimentos integrais)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre objetivos da medicação prescrita
- Informar sobre as consequências da toma incorreta da medicação

Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação

- Instruir sobre a importância da toma do quelante de fósforo durante as principais refeições
- Instruir sobre o benefício da restrição nos alimentos ricos em fósforo conjuntamente com a toma de quelantes

Ensinar sobre estratégias de alívio do prurido

- Instruir aplicação de creme
- Evitar banhos quentes, pois poderá levar a maior irritação da pele, no caso de presença de lesões cutâneas

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Instruir acerca dos cuidados a ter com a higiene do braço, antes, durante e depois do tratamento
- Instruir acerca da higienização do membro com água e sabão, na entrada para a sala de tratamento
- Instruir sobre potencial de infeção se remover crostas dos locais de canulação
- Informar acerca dos sinais de infeção relacionados com a técnica de canulação, tais como: rubor, calor, dor, presença de líquido seroso ou purulento local

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Instruir sobre cuidados a ter: evitar carregar pesos; evitar dormir sobre o braço; evitar roupas apertadas; não autorizar avaliações de TA e colheitas de sangue
- Instruir sobre como realizar a hemóstase após o tratamento; pressionar locais de canulação com dois dedos durante aproximadamente 10-15 minutos, com pressão dinâmica
- Instruir sobre o que fazer se hemorragia no domicílio: ter no domicílio compressas para a realização da hemóstase, se hemóstase não parar, ligar 112
- Instruir sobre o não uso de adereços no membro da FAV (pulseiras, relógio)

Aplicar frio

- Aplicar frio na zona do corpo com sintomatologia de forma a sensação de prurido
- Proteger a pele do frio para evitar queimadura

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Informar a pessoa acerca dos efeitos secundários do quelante de fósforo, tais como náuseas, vômitos, diarreia ou obstipação

Ensinar sobre dieta restrita em fósforo

- Informar que o leite e produtos lácteos são alimentos ricos em fósforo, por isso o seu consumo deve ser limitado
- Evitar alimentos pré confeccionados (pizza, lasanha)
- Evitar bolachas (exceto tostada ou torrada ou de arroz tufado ou marinheiras sem sal)
- Evitar bolos (queijada, queque, chocolate)
- Evitar conservas (salsichas)
- Evitar refrigerantes ou bebidas gaseificadas
- Gema de ovo (até duas por semana)
- Evitar refrigerantes ou bebidas gaseificadas
- Evitar frutos secos, tais como: amêndoas, avelãs, amendoins, cajú, nozes (1-2 nozes por dias com base nos níveis de fósforo)
- Evitar comprar peixe que são criados em cativeiro (trutas, peixe espada, dourada, robalo)

3.8. Síntese relativa ao caso

É importante que o enfermeiro especialista, consiga desenvolver competências acrescidas ou diferenciadas de forma a ajudar a pessoa a integrar na sua vida determinados comportamentos e atitudes que reflitam as mudanças necessárias para que realizem transições saudáveis.

A literatura mostra que o atendimento ao doente em HD vai além da tecnologia e deve incluir desde o acolhimento do doente, passando pelo manuseamento das máquinas e a execução de procedimentos, orientações/instruções e suporte psicológico. O enfermeiro que desenvolve competências na área da diálise, desenvolve a sua prática num contexto particular, onde existe uma grande proximidade com a pessoa, quer seja em periodicidade ou em contacto físico.

A hiperfosfatémia é uma complicação comum da DRC, em pessoas em HD, devido à falência renal para excretar o fósforo. As principais complicações decorrentes deste efeito, e de acordo com a evidência científica, são a osteodistrofia mineral óssea e calcificações vasculares. Nestes doentes, o aumento de fósforo, está relacionado com elevado risco de doenças cardiovasculares, hiperparatireoidismo secundário e as alterações do metabolismo de fósforo e cálcio contribuem para um aumento do risco de mortalidade nesta população. Na especificidade deste caso clínico a colheita de dados incidiu sobre domínios dos processos corporais e das

ações, nomeadamente: processo sensorial; cardiorrespiratório; sistema urinário; sistema regulador e autogestão do regime terapêutico, com ênfase no padrão alimentar e autogestão do regime medicamentoso.

Dei primazia ao conhecimento da doente, isto é, ao que sabia acerca da hiperfosfatémia: as manifestações clínicas; o regime dietético; e o regime medicamentoso. Constatei que as principais dificuldades da doente no controlo do fósforo, se prendiam com a gestão do regime dietético nomeadamente identificação dos alimentos com maior teor de fósforo e na seleção de alimentos com menor rácio fósforo-proteína. Percebi ainda que a doente por vezes, tomava o quelante de fósforo de forma incorreta (fora das refeições principais). Após avaliar os conhecimentos da doente, fiz o planeamento das intervenções que foram de encontro às suas necessidades com o objetivo de superar as dificuldades sentidas. Dei a conhecer as manifestações clínicas da hiperfosfatémia, assim como, desenvolvi capacitação na pessoa, acerca das manifestações clínicas relativas ao regime medicamentoso, dietético e tratamento dialítico, alicerçados nas mais recentes guidelines.

O enfermeiro especialista pode atuar em três dimensões: na restrição dietética de fósforo; na administração de medicamentos quelantes de fósforo e na otimização da prescrição de hemodiálise (Glavinovic et al., 2020), através da realização de ensinamentos, para capacitar a pessoa para o autocuidado e para a gestão do regime medicamentoso e dietético, e fazendo sugestões para otimizar a prescrição de HD. A minha intervenção foi alicerçada nestes 3 pilares.

Nesta primeira fase os cuidados de enfermagem estão centrados na identificação de sinais e complicações derivados da hiperfosfatémia, na melhoria da condição e prevenção de complicações. Como foi apresentado ao longo deste estudo de caso, a doente apresentava hiperfosfatémia e o sinal clínico que referiu foi o prurido, por ser desconfortável. A hiperfosfatémia foi avaliada através das análises mensais que todos os doentes na clínica realizam, perante os resultados analíticos, foi necessário intervir e instruir a doente.

Como referi, as intervenções que apliquei e que promovem o controlo da hiperfosfatémia, centraram-se no âmbito do conhecimento, em virtude de ser uma das necessidades que a pessoa apresentava. Desenvolvi capacitação na pessoa, de forma, abrangente e individualizada sobre os quelantes de fósforo; monitorização dos efeitos secundários dos mesmos e que podem levar à baixa adesão; sobre a restrição dietética, incidindo no método de confeção, na seleção dos alimentos com baixo teor fósforo-proteína, e na restrição da ingestão de alimentos processados (carne, snacks e bebidas) com aditivos alimentares ricos em fósforo; e incentivei a pessoa a elaborar um diário alimentar para registo das quantidades e tipo de alimentos ingeridos; sugeri a otimização da prescrição de HD tendo em consideração as características do AV e tempo de diálise.

Para o controlo da hiperfosfatémia é importante que a pessoa desenvolva comportamentos de autocuidado e de gestão do regime terapêutico. A intervenção de enfermagem é crucial através

da mobilização dos sistemas de enfermagem de apoio/educação (Hartweg, 1991), para capacitar as pessoas para o autocuidado neste âmbito. Relativamente à administração de quelantes de fósforo e devido à duração do tratamento, as questões em que incidi foram; avaliação da eficácia; quanto tempo leva a atuar; interferência com a dieta ou com a ingestão hídrica; o que fazer em caso de falhar uma toma; se tem efeitos secundários e interação com outros medicamentos.

A gestão ineficaz do regime terapêutico parece associar-se a esquemas terapêuticos complexos, ao défice de conhecimentos, à falta de habilidade para executar o tratamento, ou à falta de resultados positivos do tratamento (Machado, 2009). O enfermeiro deve conhecer e compreender os aspetos que possam facilitar ou dificultar adesão ao regime medicamentoso, e ter a perceção da adesão ou não adesão a esse regime. As técnicas dialíticas são pouco eficazes para a remoção de fósforo plasmático e o controle dietético é de difícil adesão, o que torna o uso de quelantes de fósforo imperativo para doentes hiperfosfatémicos. Os quelantes promovem a redução da absorção do fósforo sérico ao se ligarem ao fósforo nos alimentos, ao nível do intestino.

Uma das complicações que interferem na qualidade de vida destes doentes, secundária à hiperfosfatémia, é o prurido. A doente manifestou prurido (devido à acumulação cutânea do produto cálcio-fósforo). A HD tem um impacto desprezível na melhoria do prurido, o que contribui para que se constitua um importante desafio terapêutico. Estando familiarizada deste efeito insignificante e consciencializada das manifestações desta sensação somática - prurido, precocemente realizei as intervenções adequadas, baseadas na higiene corporal e aplicação de creme hidratante.

Este planeamento de intervenção de enfermagem, possibilitou melhor conhecimento sobre a doença e maior adesão ao tratamento. As intervenções que realizei basearam-se em documentos implementados - instruções de trabalho; folhetos informativos específicos para este fenómeno. Pretendeu-se que desta forma possa ter contribuído para a redução da morbilidade relacionada com este evento adverso e melhoria da qualidade de vida desta doente. Neste contexto, pretendi que estes ensinoss tivessem continuidade no domicílio, e por isso as orientações de enfermagem foram reforçadas e vinculativas no âmbito da adesão ao regime medicamentoso e padrão alimentar e as sensações somáticas, nomeadamente o prurido.

O contato contínuo e assíduo em cada sessão de tratamento, as intervenções de enfermagem, no ensino à pessoa doente, com o intuito de manter uma comunicação efetiva e compreensível, com a doente e desenvolver interferências para ampliar conhecimentos e favorecer mudanças de comportamentos que se refletem nos resultados clínicos, laboratoriais e na qualidade de vida deles. Por isto, a intervenção do enfermeiro não se pode circunscrever ao tratamento hemodialítico, não se pode preocupar apenas do sucesso da técnica, mas têm de ser um elemento de proximidade, capaz de diagnosticar alterações e antecipar complicações na pessoa

com DRC.

Pela importância reforço que, para além dos conhecimentos acerca do regime dietético que apresentava relativamente à DRC, foi substancial abordar o regime dietético, no sentido de identificar alguns alimentos ricos em fósforo e desmistificar estratégias para auxiliar na restrição, deste componente. Estas estratégias passaram por apresentar à doente informação de como controlar a ingestão de fósforo, através de alimentos pobres em fósforo e instruir à doente acerca da toma do quelante fósforo. Essencialmente tomar o quelante nas principais refeições devido ao mecanismo de ação do fármaco, pois a absorção é intestinal. Assim como, adotar estratégias para não esquecer da toma do medicamento, como por exemplo, lembretes ou caixas de organização da medicação.

Num segundo contacto, observamos uma melhoria significativa na condição da doente, através da introdução do quelante e assim como otimização do regime dietético. Os níveis de fósforo foram controlados, indicando uma resposta positiva às intervenções e a doente mostrou maior conhecimento acerca destes regimes. Neste contexto, houve uma necessidade de avaliação concreta e objetiva da adesão ao regime medicamentoso da pessoa doente, através dos contributos que os enfermeiros prestam, de forma a concretizar ações de prevenção de omissão da toma de medicamentos de forma melhorar a gestão efetiva do regime medicamentoso.

Ao longo dos vários contactos com a doente, as intervenções foram ajustadas e adaptadas às dúvidas e dificuldades da doente, de forma a ultrapassar e dissipar incertezas e garantir a longo prazo melhoria nos resultados do tratamento. A observação e interpretação dos valores dos resultados do perfil analítico mensal e a abordagem assídua e insidiosa, com a doente é determinante e decisivo, para assegurar cuidados eficazes específicos e possibilitar os adequados ajustes aos regimes terapêuticos.

No contexto em questão, a doente apresentava um fósforo sérico em setembro de 7,6g/dl. No fim de setembro, foi introduzido o fármaco sevelâmero, comprimido. Na avaliação mensal, e no mês de outubro apresentava um valor sérico de fósforo de 3,6g/dl, concluindo, que adesão ao regime medicamentoso, foi cumprido, em complementaridade, podemos afirmar que o regime dietético, também foi compreendido e seguido, beneficiando de resultados muito eficazes.

Em resumo, considero que as intervenções de enfermagem, na área do ensino individualizado à pessoa doente é uma ferramenta imprescindível para o sucesso do tratamento e das complexidades e complicações características deste estado: DRC.

Após os vários contactos que mantive com a doente, esta referiu que a temática permitiu aprofundar conhecimentos nesta área, e que ficou mais desperta para o impacto da hiperfosfatémia, nomeadamente dos efeitos a longo prazo. As intervenções foram alcançadas através de uma relação de empatia e de confiança criada com o doente, tornando-se possível a exteriorização das suas dúvidas e preocupações.

4. CASO 2 - CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE NEFROLOGIA

Cliente do sexo masculino, 52 anos, com histórico de hipertensão arterial desde os 20 anos. Cliente com diagnóstico de DRC, desde 2017, quando iniciou hemodiálise numa unidade periférica da sua residência. Em dezembro de 2023, é admitido no serviço de internamento de nefrologia para transplante de dador vivo. O contacto com o doente foi realizado no 6º dia pós-operatório.

4.1. Enquadramento teórico

DOENÇA RENAL CRÓNICA

A DRC apresenta uma prevalência crescente mundialmente e é considerada atualmente um problema de saúde pública. A pessoa cm DRC apresenta um risco aumentado de doenças cardiovasculares, de morbilidade, de mortalidade e/ ou diminuição da qualidade de vida (Vinhas et al., 2020).

Em Portugal, estima-se que aproximadamente 1 em cada 10 pessoas sofre de DRC. É ainda o país da Europa com maior taxa de incidência de doentes renais e cerca de onze mil, encontram-se em PRHD e mais de cinco mil doentes foram transplantados (Kovesdy, 2022; Vinhas et al., 2020).

Em 1954, foi realizado na cidade de Boston, Estados Unidos da América o primeiro transplante renal. Os avanços tecnológicos a nível da seleção dos doentes, da técnica cirúrgica, da vigilância peri-operatória e na gestão do regime imunossupressor permitiram melhorar a morbilidade e mortalidade (Reyna-Sepúlveda et al., 2017; Santos et al., 2019).

Em Portugal, no ano de 2022, observou-se um aumento de 10,2% na incidência de transplantação renal em comparação com o ano anterior. Nesse período destaca-se o crescimento extraordinário de 61% no número de transplantes renais com dador vivo. Ao longo dos anos, e de forma progressiva o pool de doentes transplantados continua a crescer, evidenciando uma resposta positiva às iniciativas implementadas para facilitar o acesso a este procedimento vital (Galvão et al., 2023).

Sensivelmente, 15% a 20% da população que se encontra a realizar HD está em lista ativa para transplante renal. Apesar das melhorias do tratamento de HD, nomeadamente na eficácia da diálise, as pessoas submetidas a transplante renal (TR) tendem a ter uma sobrevida

significativamente mais longa do que em HD (Galvão et al., 2023).

TRANSPLANTE RENAL

O TR pode ser realizado através de doadores vivos ou doador cadáver. Na atualidade, o TR é amplamente considerado o tratamento ideal, quando possível, para a pessoa com DRC, devido aos melhores benefícios de sobrevivência a curto e longo prazo, quando comparado com as pessoas em tratamento dialítico (Haller et al., 2019; Kalble et al., 2005).

A seleção das pessoas candidatas a TR é complexa sendo necessária a realização de diversos exames, nomeadamente: avaliação serológica para o vírus do herpes, vírus da imunodeficiência humana e hepatite B antígeno de superfície, serologia positiva para hepatite C, hepatite aguda, citomegalovírus, vírus de Epstein - Barr, infecção viral, sépsis, tuberculose, infecções de etiologia desconhecida, doença de Creutzfeldt- Jacob e sífilis ativa (Kalble et al., 2005). Também, necessita de realizar avaliações específicas a nível da urologia e cirurgia vascular.

No quadro 5 são especificados os critérios de exclusão de um doador vivo para transplante renal de acordo com Kennedy et al. (2023).

Quadro 5 - Critérios de exclusão para doadores vivos.

Contra indicações absolutas	Contra indicações Relativas
Idade < 18 anos Hipertensão mal controlada Diabetes Mellitus Proteinúria (>300mg/24h) Taxa de filtração glomerular anormal em comparação com a faixa normal para a idade Hematúria microscópica Alto risco de tromboembolismo Doença clinicamente significativa (doença pulmonar crónica, tumor maligno recente, doença cardíaca) História de cálculos renais bilaterais HIV positivo	Infecção crónica ativa (por exemplo, tuberculose, hepatite B, C, parasitária) Obesidade Transtornos psiquiátricos

Fonte: (Kennedy et al., 2023)

Mesmo que o transplante renal seja concluído com sucesso, complicações graves que levam à mortalidade pode ocorrer em 3% - 4% dos doentes no primeiro ano após o transplante (Kennedy et al., 2023).

O sucesso do TR depende da anamnese pré-operatória minuciosa e cuidadosa, de forma a antecipar as necessidades de cuidados peri e pós-operatórios. No pós-operatório podem ocorrer complicações urológicas e vasculares. As complicações vasculares incluem estenose da artéria renal e veia renal. As complicações urológicas mais frequentes são as infeções do trato urinário, maioritariamente associadas à imunossupressão a que estão sujeitos, dado que ficam mais

suscetíveis à infecção (Akbar et al., 2005; Kennedy et al., 2023).

No pré-operatório do TR os doentes iniciam uma fase de indução da terapia imunossupressora. A terapia de indução pode ser classificada em dois grupos: os agentes depletors de linfócitos e os antagonistas do recetor de interleucina (IL-2). O agente atualmente disponível como antagonista do recetor IL-2 é o basiliximab®. Em comparação com os antagonistas dos recetores de IL-2, os agentes depletors de linfócitos são geralmente mais intensos, com menor incidência de rejeição aguda, mas com riscos aumentados de complicações como infeções e neoplasias. Usualmente os depletors de linfócitos são recomendados em recetores de alto risco imunológico, enquanto o basiliximab® pode ser usado em doentes com menor risco, que foi o caso do meu estudo de caso (Cheung & Tang, 2022; Szumilas et al., 2023).

A seleção de um regime imunossupressor adequado deve ser específico para cada doente, tendo em conta as propriedades farmacológicas dos medicamentos, o perfil de eventos adversos e as potenciais interações medicamentosas, bem como as doenças pré-existentes do doente, o risco de rejeição e o regime medicamentoso existente (Szumilas et al., 2023).

A manutenção da imunossupressão é essencial para diminuir o risco de rejeição e prolongar a longo prazo a viabilidade do transplante.

TRANSIÇÃO ASSOCIADA AO DOENTE TRANSPLANTADO RENAL

A teoria das transições de Meleis permite uma melhor compreensão do processo de transição e aponta os principais conceitos para o domínio da enfermagem. Segundo Meleis, o enfermeiro interage com o ser humano em situação de saúde/doença, que está integrado no seu contexto situacional e que está num processo de transição ou a iniciar uma transição; as interações enfermeiro-doente estão organizadas segundo alguns propósitos, e o enfermeiro usa algumas ações (intervenções) para melhorar, envolver ou facilitar a saúde (Meleis, 2012).

Os enfermeiros lidam com as pessoas que estão a passar por uma transição, antecipando e acompanhando. Para Meleis o conceito de transição implica, uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (Meleis et al., 2000).

Esta teoria integra a natureza da transição (tipos, padrão, propriedades de experiência/domínio/dimensões), as condições de transição (pessoais, comunidade e sociedade), os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e porfim, as terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010, p.56).

Meleis e colaboradores (2000) salienta que para compreender inteiramente o processo de transição é necessário desvendar os efeitos e significados das mudanças que o mesmo envolve.

Nesta linha de pensamento, a vivência das transições associadas a um TR abrange o diagnóstico da doença irreversível, a proposta para transplante, o período de espera, o dia, após transplante e acompanhamento.

Vale a pena referir que cada uma destas fases tem as suas particularidades, pontos críticos, vulnerabilidades com necessidades individuais de atenção. Conforme pode ser percebido a situação do TR acrescenta vulnerabilidade, pelo impacto na vida pessoal do doente, pela necessidade constante de mobilizar recursos materiais e/ou humanos e pela dificuldade de adesão ao regime terapêutico complexo e ao aparecimento de doenças associadas (Loureiro et al., 2023).

O cumprimento do regime terapêutico (a toma da medicação na hora certa, uma alimentação equilibrada, a continuidade das consultas de vigilância, a prática de exercício físico e o controlo do peso corporal ideal e a evicção do tabaco) é uma parte importante do tratamento do doente TR, que pode afetar a sua condição clínica de forma positiva ou negativa (Omer, 2009). A monitorização e vigilância do doente transplantado é um fator importante, com objetivo de reduzir a mortalidade e proporcionar uma melhor qualidade de vida. Após o TR, a pessoa fica mais vulnerável às infeções, sendo esta, uma das principais complicações após o transplante. Para que esta transição seja saudável e tenha o maior sucesso, o doente enfrenta diversas necessidades de comportamentos de autocuidado e autovigilância, que podem criar medo e ansiedade (Santos et al., 2018).

Estes comportamentos de autocuidado e autovigilância, passam por: higienização das mãos regularmente; vigilância da presença de hematúria; toma rigorosa do regime medicamentoso; usar máscara cirúrgica quando tiver de se deslocar ao exterior, assim como não estar próximo ou não aceitar visitas de pessoas com doenças contagiosas; e ida às consultas de vigilância (Teixeira Rocha et al., 2021). A pessoa transplantada deve conhecer e cumprir não apenas os medicamentos para imunossupressão, mas também como adotar novas mudanças de estilo de vida, recomendados após o TR (Adhikari et al., 2018).

Cabe uma vez mais reforçar que a preparação antecipatória facilita o processo de transição, considerado um condicionalismo facilitador, por outro lado a falta de informação, de preparação e de conhecimento, dificulta a experiência de transição. Constata-se que esta transição tem um vasto conjunto de dimensões, com altos níveis de stress para o doente TR, incluindo a constante ameaça de rejeição do enxerto, mudanças na imagem corporal devido à terapêutica imunossupressora e mudanças significativas nos seus relacionamentos devido à necessidade de isolamento. Nesta fase, cabe destacar a necessidade de instruir o doente, com objetivo de ajudar e integrar neste novo começo. Esta fase, exige uma intervenção de enfermagem para promover a efetiva adaptação, funcionamento e crescimento do doente até atingirem a mestria no seu papel (Meleis, 2010).

O primeiro ano após o transplante é um período crítico para o doente. Este período é vivido pelo

doente e família com alguma ansiedade e algumas dúvidas, sendo necessário um acompanhamento do doente neste processo (Aires, 2022). O doente é acompanhado periodicamente em consultas, incluindo de enfermagem, onde são avaliados os sinais vitais, a ferida cirúrgica e a eliminação urinária. Simultaneamente, os aspetos relacionados com o regime terapêutico são abordados em função das necessidades da pessoa (Aires, 2022).

O regresso a casa, após o TR marca uma nova fase, preenchida por novas expectativas, mas também carregada de medos, angústias e desejo pela concretização de voltar à normalidade. O medo e incerteza será sempre uma constante e a centralização das preocupações, reside na adaptação a um novo e rigoroso regime terapêutico. O doente toma consciência da necessidade da mudança, e consciencializam-se da importância na adesão ao regime terapêutico de forma a diminuir a probabilidade de rejeição do enxerto.

O TR implica um compromisso vitalício, proporcionando um nível de autonomia inigualável para o doente. Este compromisso reflete a necessidade contínua de gerir os cuidados de saúde, tomar decisões informadas e manter uma vigilância constante sobre o estado do rim transplantado, de forma a estabelecer assim uma dinâmica singular de autonomia ao longo da vida do doente (Browne & Merighi, 2010; Francis et al., 2018; Wildes et al., 2023). Com o aumento da sobrevivência a longo prazo dos doentes transplantados renais, a necessidade crescente de transições eficientes para cuidados é evidente. Programas de transição bem planeados devem capacitar a pessoa para a autogestão eficaz do seu regime terapêutico, facilitando a integração em programas de transplante. Estes programas, não melhoram os resultados de saúde, mas também proporcionam uma transição em saúde saudável e controlamos custos em saúde (Matsuda-Abdini et al., 2023).

Os resultados positivos desta transição, evidenciam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que promova uma transição planeada e inclua as alterações cognitivas, emotivas e físicas dos doentes, focando-se no seu bem-estar (Griva et al., 2012).

REGIME TERAPÊUTICO

A literatura evidencia a complexidade das recomendações para os regimes pós- transplante. Essa complexidade é resultado da combinação de várias classes de medicamentos, e a escolha entre essas classes implica considerações de riscos e benefícios tanto para a pessoa transplantada quanto para o doador. Esta abordagem é essencial para otimizar os resultados do transplante e garantir a saúde e bem-estar tanto do recetor quanto do doador.

REGIME MEDICAMENTOSO

A seleção dos fármacos imunossupressores, dependem de muitos fatores, incluindo o tempo decorrido desde o transplante (indução ou manutenção), a etiologia da doença e/ou estado do transplante (Eckardt et al., 2009; Szumilas et al., 2023). Os medicamentos imunossupressores de manutenção mais comumente usados incluem corticosteróides, agentes antiproliferativos

(azatioprina® e ácido micofenólico®), inibidores de calcineurina (ciclosporina® e tacrolimus®) inibidores do alvo da rapamicina em mamíferos (sirolimus® e everolimus®) e belatacept® (Cheung & Tang, 2022; Narla et al., 2023).

Para atingir diferentes níveis de ativação linfocitária, um regime inicial que consiste em terapia imunossupressora tripla com inibidores de calcineurina (CNI), agentes antiproliferativo e com corticosteróides (Cheung & Tang, 2022; Kalble et al., 2005). Os inibidores de calcineurina, frequentemente constituem a base do tratamento dos transplantados. O tacrolimus® é usualmente o agente selecionado para os doentes transplantados, comparativamente à ciclosporina que é mais eficiente. Este agente inibe a atividade celular e a resposta imunitária por vários mecanismos tendo como principal na inibição da calcineurina. Esta inibição ocorre através da formação de um complexo com a imunofilina FK 506, impedindo a translocação de NF- κ B, que promove a proliferação das células T auxiliares mediada pela interleucina 2 (Szumilas et al., 2023).

Os medicamentos que pertencem à classe dos agentes anti proliferativos são a azatioprina®, o micofenolato de mofetil® e o sirolimus®. Estes fármacos inibem a ativação, diferenciação e proliferação de linfócitos reduzindo a atividade dos mesmos. Assim estes mecanismos produzem um efeito imunossupressor, de forma a prevenir a proliferação de células envolvidas na iniciação e aumento da resposta imune. O micofenolato de mofetil® é um imunossupressor amplamente mais utilizado, com resultados favoráveis a curto e longo prazo (Kalble et al., 2005; Magee & Pascual, 2004; Szumilas et al., 2023).

Os corticosteróides constituem um componente importante na terapia imunossupressora para prevenir a rejeição do órgão transplantado. Existem dois fármacos utilizados no doente transplantado renal, metilprednisolona® e prednisolona®. Para além da função imunossupressora estes medicamentos, também têm propriedades anti-inflamatórias e efeitos imunomoduladores. A prednisolona® melhora a função renal, evita alterações morfológicas renais e diminui a fibrose intersticial. A dosagem da prednisolona® é feita de forma progressiva, nos primeiros três a seis meses diminui após o transplante, por exemplo para 5 a 10mg (Eckardt et al., 2009; Szumilas et al., 2023).

Os medicamentos imunossupressores são essenciais para a função do transplante. Não obstante aos benefícios esperados dessa abordagem terapêutica, é imperativo reconhecer que a utilização de medicamentos imunossupressores não está isenta de potenciais efeitos adversos. Os principais efeitos adversos são descritos no quadro 6.

Quadro 6 - Terapia de imunossupressão.

Medicamento	Mecanismo de ação	Efeitos Adversos
-------------	-------------------	------------------

Inibidores de Calcineurina (Tacrolimus®)	Inibe a calcineurina e a síntese dos linfócitos IL-2	Anemia, leucocitose, hipertensão arterial, hiperglicemia, hiperuricemia, hipermagnesemia, alterações gastrointestinais, leucopenia.
Anti-Proliferativos (Micofenolato de mofetil®)	Inibe a proliferação de leucócitos	Leucopenia, anemia, trombocitopenia, alterações no trato gastrointestinal (diarreia, gastrite).
Corticósteróides (Prednisolona®)	Bloqueia a citocina, transcrição genética dos linfócitos e outras células imunológicas	Polifagia, intolerância à glicose, hiperdislipidemia, osteoporose, gastrite e úlcera péptica, retenção de líquidos, hipertensão arterial, catabolismo proteico e alterações de humor.

Fonte: (Gabriel, 2017; Magee & Pascual, 2004)

Em contrapartida aos benefícios da terapêutica imunossupressora, também está associada a complicações a longo prazo, particularmente: a síndrome metabólica (HTA, DM, dislipidemia e obesidade); complicações renais (pielonefrites, rejeição do transplante); riscos cardiovasculares; e aumento do risco de cancro (Di Maira et al., 2020).

O cancro é a segunda complicação mais comum nos doentes transplantados renais, principalmente o cancro do foro renal e da pele. Comparado com a população em geral, este grupo de doentes têm maior risco de desenvolver neoplasia renal. O cancro da pele é o mais comum, incluindo cancro espinocelular cutâneo, cancro basocelular, melanoma e sarcoma de Kaposi (Szumilas et al., 2023).

O principal objetivo do doente TR é garantir que não haja rejeição, assim como promover um estilo de vida saudável. Um fator crucial na prevenção da rejeição do transplante é a adesão à medicação imunossupressora (Bunemann et al., 2020). A adesão pode ser avaliada, através da conformidade das orientações terapêuticas prescritas, mas também, através do seguimento das prescrições de forma diligente e consistente as instruções relacionadas aos tratamentos prescritos (Low et al., 2015). Sensivelmente, 20% a 60% dos doentes transplantados renal não aderem ao regime medicamentoso. Além disso, as probabilidades de insucesso do enxerto aumentam sete vezes em doentes que não aderem ao regime medicamentoso, em comparação com aqueles que seguem as orientações de forma consistente. Estes aspetos evidenciam importância de uma adesão rigorosa à medicação no neste contexto (Cossart et al., 2019; Potter et al., 2019; Tschida et al., 2013).

A adesão do doente ao regime terapêutico pós TR pode ser influenciada por diversos fatores, destacando-se: fatores sociais e económicos, como a falta de suporte familiar, escassez de apoio social e os custos associados aos medicamentos. Assim como, os aspetos ligados à condição de saúde do doente, como comorbilidades e questões do foro psiquiátrico, desempenham um papel significativo. As particularidades deste regime, nomeadamente os potenciais efeitos adversos do tratamento, a complexidade associada, os fatores relacionados

com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde também podem ter um impacto considerável. Outro elemento importante, são as características individuais do doente, as crenças sobre a saúde/transplante, a percepção de autoeficácia, o nível de literacia e as barreiras percebidas para aderir ao tratamento, podem influenciar diretamente a conformidade com o regime terapêutico (Gonçalves et al., 2016; Nevins et al., 2017; Sabaté, 2003).

A literatura evidencia que os doentes transplantados renais tomam, em média oito medicamentos por dia. Esta situação pode influenciar a adesão pela complexidade do regime medicamentoso associado a esta condição. Vários estudos mostram a relação entre a complexidade do regime medicamentoso e a dificuldade na adesão, assim como, o processo educacional para o uso de medicamentos imunossupressores (Hansen et al., 2007; Potter et al., 2019).

Em função dos fatores de risco que apresentam para a não adesão ao regime medicamentoso, foram relatadas intervenções destinadas a diferentes categorias dos fatores de risco. Estas passam por: farmácias hospitalares (que organizam a medicação em caixas); redução do número de comprimidos; intervenções na educação do doente/ comportamento; intervenções psico educativas; intervenções como lembretes da toma da medicação; intervenções com monitorização remota e medicação imunossupressora gratuita (Gabriel, 2017; Gokoel et al., 2020; Hansen et al., 2007). Também, a adesão ao regime medicamentoso pode ser melhorada através, de uma abordagem multidisciplinar, garantindo assim uma melhoria na sobrevida do TR a longo prazo e diminuindo os resultados de rejeição.

Os enfermeiros desempenham um contributo fundamental na avaliação da não adesão durante o pós-operatório. Durante este período, os enfermeiros tendo por base nos fatores de risco específicos mencionados, podem planear as respetivas intervenções a ser implementadas, de forma a poder fornecer um melhor acompanhamento, estimular o doente na adesão ao regime e promover uma participação ativa. Para melhorar a adesão a longo prazo estas intervenções devem ser repetidas ao longo do tempo (Gokoel et al., 2020).

REGIME DIETÉTICO

Uma alimentação, que inclua as refeições principais como: o peixe, pelo menos duas ou mais vezes por semana; que inclua as carnes vermelhas uma a duas vezes por semana; que inclua a ingestão de leguminosas secas e frescas; que inclua pequenas quantidades de azeitonas, nozes e amêndoas, figos secos, tremço e sementes; e a diminuição do consumo de sal, é considerada uma alimentação equilibrada. Esta, desempenha um papel fundamental na otimização dos resultados no doente TR. As intervenções dietéticas podem prevenir ou melhorar a condição da pessoa (Gabriel, 2017; Kajdas et al., 2023). Enquanto, uma alimentação inadequada ou um estado nutricional subótimo pode comprometer a função do sistema imunitário, levando a complicações e à rejeição. Assim como, o aumento excessivo de peso ou a obesidade pode aumentar o risco de complicações metabólicas e problemas cardiovasculares (Kajdas et al.,

2023; Marino et al., 2017).

A nutrição pós transplante tem por objetivo conservar os recursos proteicos apesar do aumento do catabolismo, promover a cicatrização adequada, prevenir infecções e desequilíbrios eletrolíticos (Delač et al., 2018; Gabriel, 2017; Kajdas et al., 2023). O controle do regime dietético nos doentes transplantados renais pode ser dividida em três fases: a fase de prétransplante, a fase do pós transplante imediato e a fase pós transplante tardio. O estado nutricional antes do transplante desempenha um papel crucial, muitas vezes negligenciado, na avaliação para o procedimento pelos profissionais e pelo próprio doente (Stoler et al., 2023).

A fase pós transplante imediato geralmente refere-se às primeiras seis semanas pós-operatório. As necessidades nutricionais durante este período agudo exigem um aumento das necessidades proteicas, de modo a facilitar a recuperação da cirurgia, a cicatrização das feridas cirúrgicas, corrigir a anemia, promover o tratamento de possíveis complicações agudas (infecção ou diarreia) e o tratamento de complicações associadas à terapêutica imunossupressora (Gabriel, 2017; Stoler et al., 2023).

As estratégias dietéticas para enfrentar o aumento das necessidades nutricionais relacionadas com o procedimento cirúrgico, infecção e o processo de cicatrização priorizam em assegurar uma ingestão adequada de proteínas. As principais recomendações dietéticas estão mencionadas no quadro 8.

Quadro 7 - Necessidades Nutricionais Diárias Recomendadas no Período Imediato Pós Transplante.

NUTRIENTES	NECESSIDADES NUTRUCIONAIS DIÁRIAS RECOMENDADAS NO PERÍODO IMEDIATO PÓS TRANSPLANTE
Calorias	30-35 Kcal/Kg de peso corporal ou 1,3 - 1,5 x gasto energético basal
Proteínas	1,3 - 2g de proteína/kg de peso corporal
Carboidratos	50% - 60% das necessidades diárias (evitar açúcar simples se houver hiperglicemia)
Gordura	25% - 35% das necessidades diárias de energia ou restante de calorias
Líquidos	Individualizado, pois depende da função renal. Geralmente no normovolémico transplantado, a ingestão mínima razoável é de 2000ml/dia.
Sódio	Individualizado, geralmente 2-4g/dia.
Potássio	Individualizado com base nos níveis séricos de potássio, geralmente 2-4g/dia.
Fósforo	Individualizado com base na função transplante e nos níveis séricos de fósforo (frequentemente é necessário suplementação)
Cálcio	Individualizado, geralmente 1200-1500mg/dia
Magnésio	Individualizado com base nos níveis séricos de magnésio (geralmente é necessário suplementação)

Fonte: (Gabriel, 2017)

A fase de pós transplante tardio ocorre quando a função renal (neste caso o rim transplantado)

está estabilizada e a imunossupressão tiver sido reduzida de acordo com as vigilâncias. A pessoa transplantada renal está sujeita a um conjunto de medicamentos imunossupressores que podem ser promotores no aparecimento de DM. Esta patologia pode ocorrer entre 10-45% após o transplante renal, enquanto a prevalência é de 50% (Stoler et al., 2023). A diabetes pós transplante e a intolerância à glucose estão associadas a um aumento significativo de eventos cardiovasculares, com o aumento da mortalidade. Contudo, a restrição de carboidratos e uma dieta mediterrânea equilibrada pode reduzir a incidência destes resultados (Stoler et al., 2023).

A obesidade também, é comum no pós transplante tardio, sensivelmente de 10-20% dos doentes transplantados apresentam ganho de peso significativo no primeiro ano (Stoler et al., 2023).

A literatura não evidencia, estratégias específicas para prevenir a obesidade após o transplante. Contudo, alguns estudos indicam que intervenções dietéticas e programas de exercícios podem gerar resultados significativos em relação à redução de peso (Eckardt et al., 2009; Stoler et al., 2023). Porém, estes estudos apresentam amostras reduzidas.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 52 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-19 08:00:00	Tacrolimus 4,5mg, PO, 7h e 19h	
2023-12-19 08:00:00	Micofenolato de Mofetil (Cell Cept) 1000mg, PO, 7h e 19h	
2023-12-19 08:00:00	Prednisolona 20mg, PO, 7h e 19h	
2023-12-19 08:00:00	Carvedilol 12,5mg, PO, 9h e 21h	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

TACROLIMUS ®

O tacrolimus® é um fármaco que faz parte do grupo farmacológico imunossupressores, estes têm como objetivo prevenir a rejeição de órgãos transplantados. Este fármaco é usado em simultâneo com glucocorticoides. As reações adversas e efeitos laterais deste fármaco são: efeitos no sistema nervoso central (cefaleias, tremores, convulsões, insónias, pesadelos, ansiedade, agitação, confusão, depressão, tonturas, labilidade emocional, alucinações, psicoses, sonolência); efeitos no sistema respiratório (asma, bronquite, tosse, edema pulmonar, faringite, pneumonia); efeitos cardiovasculares (hipertensão, ascite, edema periférico); efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, dores abdominais, colangite, icterícia colestática, dispepsia, disfagia, flatulência, perfuração e hemorragia gastrointestinal, aumento do apetite, níveis da função hepática aumentados, peritonite, aftas); efeitos genitourinários (nefrotoxicidade, infecção do trato urinário); efeitos dermatológicos (prurido, erupção, alopecia, herpes simples, hirsutismo, fotossensibilidade); efeitos endócrinos (hiperglicemia); efeitos hematológicos (anemia, linfocitose, trombocitopenia, leucopenia, alterações na coagulação); efeitos músculos esqueléticos (hipertonia, artralgia, espasmos musculares, câibras nos membros inferiores, mialgia, miastenia, osteoporose); e efeitos neurológicos (parestésias, neuropatia). Aspetos a vigiar pelo enfermeiro em relação a este fármaco: instruir o doente a tomar a medicação como lhe foi indicado, todos os dias à mesma hora; e reforçar a necessidade de tomar a medicação durante toda a vida para prevenção da rejeição (Deglin & Vallerand, 2001, p. 1084-1086).

MICOFENOLATO DE MOFETIL ®

O micofenolato de mofetil ® é um imunossupressor utilizado para a prevenção de rejeição nos doentes submetidos a TR. Este inibe a enzima desidrogenase do monofosfato de inosina, que está envolvida na síntese de purinas. Isto resulta na supressão da proliferação dos linfócitos T e B. A sua toma é feita através de administração oral, e como reações adversas e efeitos laterais têm: efeitos gastrointestinais (diarreia, vômitos, hemorragia gastrointestinal); efeitos hematológicos (leucopenia); outros efeitos (sépsis, aumento do risco de malignidade). Aspetos de enfermagem a ter em conta: instruir o doente a tomar a medicação como lhe foi indicado (sempre à mesma hora, todos os dias), não omitir nem duplicar as doses; reforçar a necessidade de o tratamento ser mantido durante toda a vida para prevenção da rejeição do enxerto; avisar o doente que deve evitar o contacto com pessoas com doenças contagiosas; enfatizar a importância da realização das consultas de vigilância e testes laboratoriais de rotina (Deglin & Vallerand, 2001, p. 756-757).

PREDNISOLONA ®

A prednisolona® é um corticosteróide sistémico e utilizado numa ampla variedade de doenças crónicas, incluindo neste caso. A toma deste fármaco, neste caso, é realizada através da administração oral. As reações adversas são muito frequentes quando o fármaco é administrado em doses elevadas/em terapêutica prolongada. Os efeitos laterais do sistema nervoso central

(cefaleias, agitação, psicose, depressão, euforia, alterações da personalidade); efeitos cardiovasculares (hipertensão); Efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos, anorexia, úlceras pépticas); efeitos dermatológicos (diminuição da cicatrização das lesões, petéquias, equimoses, fragilidade, hirsutismo, acne); efeitos endócrinos (supressão das supra-renais, hiperglicemia); efeitos hematológicos (tromboembolismo, tromboflebite); efeitos metabólicos (perda de peso, ganho de peso); efeitos musculoesqueléticos (perda de massa muscular, dores musculares, necrose asséptica das articulações, osteoporose); outros efeitos (susceptibilidade aumentada à infecção). Em relação a aspetos a vigiar por parte de enfermagem, passam por ensinar o doente a forma correta de administração e aconselhar o doente a tomar de acordo com a prescrição; ensinar o doente a evitar o contato com pessoas com doença contagiosa conhecida; informar o doente que deve transmitir de imediato alguns dos efeitos laterais decorrentes do fármaco; abordar com o doente sobre efeitos possíveis sobre a imagem corporal e explorar mecanismos de aceitação (Deglin & Vallerand, 2001, p. 289-295).

CARVEDILOL ®

Este fármaco pertence ao grupo farmacológico antihipertensores (bloqueador adrenérgico beta não seletivo). Este medicamento está indicado para o tratamento da hipertensão. A sua ação é bloquear a estimulação dos recetores adrenérgicos beta 1 (miocárdio) e beta 2 (pulmonares, vasculares, uterinos). Tem também atividade bloqueadora adrenérgica alfa 1 que pode resultar em hipotensão ortostática. Como efeito terapêuticos, passa pela diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial e abrandamento da progressão da insuficiência cardíaca congestiva. A sua toma é feita através da administração oral e as suas reações adversas e efeitos laterais, são: sistema nervoso central (fadiga, fraqueza, ansiedade, depressão, tonturas, sonolência, insónias, perda de memória, alterações do estado mental, pesadelos); efeitos orológicos (visão turva, congestão nasal); efeitos respiratórios (broncoespasmo, crepitações); efeitos cardiovasculares (bradicardia, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar, hipotensão ortostática, vasoconstrição periféricas); efeitos gastrointestinais (obstipação, diarreia, náuseas); efeitos genitourinários (impotência, diminuição do libido); efeitos dermatológicos (prurido, erupções); efeitos endócrinos (hiperglicemia, hipoglicemia); efeitos musculo esqueléticos (artralgia, dores nas costas, câibras musculares); efeitos neurológicos (parestesia); e outros efeitos (lúpus induzido por fármacos). Os aspetos a vigiar por parte de enfermagem passam por: instruir o doente a tomar a medicação tal como lhe foi indicado. Se alguma toma for omitida, esta deve ser tomada logo que seja possível até 4h antes da toma seguinte; instruir o doente a verificar o pulso diariamente e a pressão arterial duas vezes por semana. Aconselhar o doente a suspender a medicação e a contactar um profissional de saúde se a frequência cardíaca inferior a 50 batimentos por minuto, dificuldade respiratória, crepitações; instruir sobre os efeitos laterais possíveis da medicação e informar o profissional de saúde, como por exemplo hipotensão ortostática (aconselhar o doente a mudar de posição lentamente); reforçar a necessidade de continuar os procedimentos adicionais para o controlo da hipertensão (restrição

de sódio) (Deglin & Vallerand, 2001, p. 183-185).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Fístula arteriovenosa

19-12-2023 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

19-12-2023 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

Sondas, Drenos e Cateteres

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

19-12-2023 08:00 - Antebraço Direita(o)

19-12-2023 08:00 - Características do dispositivo: 18g.

19-12-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [Turno da manhã] [FIM]*

04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Turno da manhã] [FIM]* 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - *Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM]* 04-01-2024 09:00

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

O doente realizava hemodiálise há cerca de 6 anos. Apresentava como acesso vascular, uma fístula arteriovenosa radio cefálica no membro superior esquerdo, sem complicações descritas até ao momento.

Na evidência não existe recomendação acerca de laqueação da fístula após o transplante renal, apenas é recomendado laquear a fístula se apresentar síndrome de roubo, hiperdébito, infeção ou formação de aneurismas, pois estes estão relacionados com maior taxa de mortalidade (Bardowska et al., 2020)

Portanto propõe-se a monitorização de vigilância do acesso vascular por parte do doente.

Mantêm o cateter venoso periférico para provável terapêutica que seja necessária.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-12-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
19-12-2023 08:00	Eliminação urinária	
19-12-2023 08:00	Metabolismo	04-01-2024 09:00
19-12-2023 08:00	Termorregulação	04-01-2024 09:00
19-12-2023 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
19-12-2023 08:00	Padrão alimentar	
19-12-2023 08:00	Comportamento de procura de saúde	
19-12-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
19-12-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	04-01-2024 09:00
19-12-2023 08:00	Volume de líquidos	
19-12-2023 08:00	Sensações somáticas	04-01-2024 09:00

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

Sistema Cardiovascular

Devido à complexidade do regime terapêutico que o doente transplantado renal é sujeito, a propensão para hipertensão arterial é maior. Cerca de 35-55% dos doentes têm hipertensão associada à terapêutica imunossupressora instituída (Noble et al., 2021). A monitorização dos sinais vitais é primordial. Segundo o protocolo da instituição é realizada de 1/1h nas primeiras 24h e de 2/2h até às 48h de pós transplante. Posteriormente é realizada diariamente. Este meu contacto é realizado após o 6º dia pós-operatório. Após a alta os doentes são instruídos para a monitorização e vigilância.

Eliminação Urinária

A monitorização contínua da eliminação urinária pós transplante é vital para avaliar a função renal esperada. Edemas, hipertensão e aumento do peso são indicadores críticos de possíveis complicações como a rejeição do enxerto. Para além as infeções urinárias neste grupo de doentes são mais comuns. Os sinais e sintomas são geralmente semelhantes às infeções que ocorrem na população em geral (Salifu et al., 2005). Durante o internamento, a eliminação é observada em todos os turnos, juntamente com o controle regular do peso e avaliação de edemas. Esta abordagem permite a deteção precoce de alterações e a intervenção imediata, de forma a garantir uma recuperação adequada.

Metabolismo

O desenvolvimento de diabetes pós o transplante renal, como vimos é comum. Devido ao

imunossupressor Tacrolimus a prevalência aumenta para 20% entre o primeiro e quinto ano de transplante, onde poderá chegar até aos 45% (Noble et al., 2021). Durante o internamento, é essencial avaliar os níveis de glicemia, ajustando os procedimentos de correção conforme necessário.

Termorregulação

Visto que trata-se de um doente com um regime medicamentoso imunossupressor, está mais suscetível a infeção, portanto, a avaliação da temperatura corporal é fundamental para monitorizar possíveis complicações, que poderá levar à rejeição do enxerto. Além disso é importante instruir ao doente a contínua monitorização da temperatura corporal após a alta.

Autogestão do regime medicamentoso

A autogestão do regime medicamentoso, é um dos domínios mais importantes de se avaliar, devido à complexidade dos imunossupressores, como foi referenciado no enquadramento. É fundamental, que o doente siga rigorosamente o regime medicamentoso. A não adesão pode levar à rejeição do rim transplantado. O cumprimento das dosagens, horários, administração correta e o conhecimento de reações adversas, faz parte desta autogestão do doente. Em contrapartida devido aos efeitos indesejados, poderá ser uma barreira para a não adesão ao regime medicamentoso. O acompanhamento regular é necessário para ajustar o regime conforme as necessidades individuais do doente (Rebafka, 2016).

Padrão alimentar

O padrão alimentar no doente transplantado renal, passa por uma dieta equilibrada. As limitações que podem ocorrer será no controlo da ingestão de sódio e hidratos, devido ao controlo da hipertensão arterial e diabetes. Desta forma, o doente poderá ter um regime totalmente oposto, enquanto fazia hemodiálise. Devemos promover esta nova adaptação, para que não haja sentimento de medo, essencialmente no que diz respeito à ingestão de líquidos. Derivados a algumas reações adversas dos imunossupressores, poderá eventualmente ser necessário a introdução de suplementação nutricional (Stoler et al., 2023).

Comportamento de procura de saúde

Durante os primeiros três meses, o doente transplantado renal terá consultas de monitorização e vigilância. Neste período o doente apresenta maior vulnerabilidade e está mais suscetível a complicações como a rejeição do rim. Daí, ser necessário rebordar os cuidados nesse momento, enfatizando a vigilância e a prontidão de identificar sinais e sintomas de alerta. Esses sinais incluem febre, diminuição da produção de urina, alterações na cor ou odor da urina, edemas, ganho de peso e dor no local do enxerto (Caeiro & Almeida, 2022). Assim o comportamento de procura de saúde neste contexto específico implica que o doente esteja atento aos indicadores mencionados e prontamente recorra a assistência aos serviços de saúde ao detetar qualquer

sinal de alerta. A intervenção precoce é crucial para a prevenção ou minimização e assim proporcionar o sucesso do transplante a longo prazo.

Volume de Líquidos

A função renal desempenha um papel vital na regulação do volume extracelular. Portanto, é crucial realizar uma monitorização rigorosa do débito e do equilíbrio hidroeletrólítico, incluindo a elaboração de um balanço hídrico. Qualquer alteração neste processo pode ser identificada comparando os valores observados com os valores considerados normais (Caeiro & Almeida, 2022). Neste caso o meu contacto com o doente foi realizado no entre o 6º e 7º dia pós operatório, a monitorização do volume de líquidos é realizada 24h.

Sensações Somáticas

O doente foi submetido a uma cirurgia e, portanto, a dor pode surgir como consequência da incisão cirúrgica ou do próprio trauma e manipulação de tecidos durante a cirurgia. Neste caso, a dor sendo considerada como o 5º sinal vital, é vigiada e controlada durante o internamento, para promoção de conforto do doente. Para além disso, a dor forte localizada na fossa ilíaca (local de colocação do excerto), é um sinal de alerta de complicação cirúrgica ou rejeição do excerto (DGS, 2011; Humar & Matas, 2005). Para além disso, pode trata-se de um doente quenão urinava e dependendo do tempo de inatividade dos músculos da bexiga, o facto de iniciar esta função pode desencadear dor e desconforto.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

19-12-2023 08:00 - Dor [RESOLVIDO] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Localização da dor

19-12-2023 08:00 - Abdómen Direita(o)

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução da dor [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [Todos os turnos] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Diminuir dor [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Gerir analgesia [SOS] [FIM] 04-01-2024 09:00

Sistema cardiovascular

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Localização do Pulso

19-12-2023 08:00 - Braço Direita(o)

19-12-2023 08:00 - Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

19-12-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

19-12-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

19-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 166 mmHg.

19-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 86 mmHg.

19-12-2023 08:00 - Hipertensão

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Turno da tarde e turno da noite]

19-12-2023 08:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

19-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 08:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipertensão

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [Turno da tarde]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre hipertensão [Turno da tarde]

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para vigiar pressão sanguínea [Turno da tarde]

19-12-2023 08:00 - Instruir a vigiar a pressão sanguínea [Turno da Tarde]

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea [Todos os turnos]

04-01-2024 09:00

04-01-2024 09:00 - Localização do Pulso

04-01-2024 09:00 - Braço Direita(o)

04-01-2024 09:00 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

04-01-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

04-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 61 mmHg.

Eliminação urinária

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Quantidade de urina: 2000 ml.

19-12-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Todos os turnos]

04-01-2024 09:00

04-01-2024 09:00 - Quantidade de urina: 1900 ml.

04-01-2024 09:00 - Urina em grande quantidade.

04-01-2024 09:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

04-01-2024 09:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Metabolismo

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Glicemia capilar: 86 mg/dl.

19-12-2023 08:00 - Glicemia [RESOLVIDO] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da glicemia [Turno da tarde e turno da noite]

[FIM] 04-01-2024 09:00

Termorregulação

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

19-12-2023 08:00 - Ouvido: 36.30 °C.

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Turno da tarde e turno da noite] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Promover autocontrole: temperatura corporal [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal [RESOLVIDO] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal [Turno da tarde]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre vigilância da temperatura corporal [Turno da Tarde]

Volume de líquidos

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Sinal de Godet

19-12-2023 08:00 - Membro inferior: Sinal de Godet negativo.

19-12-2023 08:00 - Peso: 72.40 Kg.

19-12-2023 08:00 - Edema

19-12-2023 08:00 - Localização do edema

19-12-2023 08:00 - Membro inferior

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução de sinais de edema

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Todos os turnos]

19-12-2023 08:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

19-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [Turno da tarde]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Turno da Tarde]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [Turno da Tarde]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [Turno da Tarde]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Turno da Tarde]

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos [Todos os turnos]

04-01-2024 09:00

04-01-2024 09:00 - Sensação de sede normal.

04-01-2024 09:00 - Sinal de Godet

04-01-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo.

04-01-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo.

04-01-2024 09:00 - Pele hidratada.

04-01-2024 09:00 - Peso: 73.00 Kg.

Autogestão do regime medicamentoso

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

19-12-2023 08:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

19-12-2023 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

19-12-2023 08:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

19-12-2023 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

19-12-2023 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

19-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da Tarde] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da Tarde] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Turno da Tarde] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Turno da Tarde] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Turno da Tarde]

04-01-2024 09:00

04-01-2024 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

04-01-2024 09:00 - Organiza a medicação conforme horário.

04-01-2024 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

04-01-2024 09:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

Padrão alimentar

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Número de refeições diárias: 6.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

19-12-2023 08:00 - Autogestão do regime dietético

19-12-2023 08:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Turno da Tarde]

19-12-2023 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

19-12-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

04-01-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora.

04-01-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

04-01-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora.

04-01-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Todos os turnos] [FIM] 04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [Turno da Tarde] [FIM]

04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Turno da Tarde] [FIM]

04-01-2024 09:00

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Turno da Tarde]

04-01-2024 09:00

04-01-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 6.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Comportamento de procura de saúde

19-12-2023 08:00

19-12-2023 08:00 - Promover adesão: vigilância de saúde

19-12-2023 08:00 - Potencial para melhorar comportamento de procura de saúde

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do comportamento de procura de saúde [Turno prévio à alta]

19-12-2023 08:00 - Incentivar hábitos de vigilância da saúde [Turno da tarde]

19-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão a comportamentos de vigilância de saúde [Turno prévio à alta]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre comportamentos a adotar para a prevenção de complicações pós transplante renal [Turno prévio à alta]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre consulta de saúde [Turno prévio à alta]

19-12-2023 08:00 - Ensinar sobre exames sanguíneos [Turno prévio à alta]

19-12-2023 08:00 - Ensinar cuidados à pele [Turno da Tarde]

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Instruir acerca da importância do reforço hídrico para a promoção da função renal
- Reforço sobre a importância de pesar diariamente
- Notificar em caso de alteração de peso significativo

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Explicar ao doente que a medicação é dada no hospital e que deverá levantar com antecedência
- Instruir sobre estratégias para evitar esquecimento da toma da medicação (lembretes, caixas de organização da medicação)
- Explicar ao doente o risco de complicações no incumprimento do regime medicamentoso (rejeição do enxerto)

- Instruir sobre horário e dose da medicação prescrita

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Incentivar a avaliação de tensões arteriais
- Importância da fazer registo diário das tensões arteriais

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Incentivar para a vigilância de sinais de edema
- Instruir acerca do edema
- Vigiar edemas

Ensinar sobre regime dietético

- Instruir sobre dieta equilibrada e individualizada, de modo a minimizar as consequências provocadas pelos imunossupressores (aumento do peso, aumento do apetite)
- Fazer várias refeições ao dia
- Incentivar a ingestão líquidos
- Ingerir pouco sal (2-4g), para não favorecer a HTA, nem dificultar o funcionamento do rim
- As antigas restrições em potássio e fósforo deixam de ser necessárias
- Restrição no açúcar e hidratos de carbono
- Instruir sobre a importância do reforço para a promoção da função renal
- Instruir sobre a importância de pesar diariamente
- Informar que o consumo da fruta toranja, simultaneamente com o fármaco Tacrolimus, inibe o efeito do fármaco (KDIGO, 2024).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Instruir acerca dos objetivos da medicação imunossupressora
- Informar sobre a importância do cumprimento do regime medicamentoso para a prevenção da rejeição do enxerto
- Informar que não pode tomar a medicação antes da colheita de análises, nos dias das consultas

Ensinar sobre hipertensão

- Instruir acerca da HTA como complicação no pós transplante
- Instruir sobre a vigilância da HTA

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Instruir a pesar diariamente
- Notificar em caso de alteração de peso significativo

Ensinar sobre vigilância da temperatura corporal

- Instruir sobre o risco de infeção devido ao regime imunossupressor
- Vigiar sinais de alerta relacionados com a infeção: febre

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Instruir sobre sinais de infeção urinária (disúria, polaquiúria, cheiro fétido)
- Incentivar para a vigilância da redução da eliminação urinária e a sua relação com a rejeição do enxerto

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Instruir sobre efeitos secundários dos imussuppressores como: alterações gastrointestinais, risco acrescido de infeções, hiperglicemias, alterações na pele, aumento da pilosidade, aumento da tensão arterial

Ensinar sobre comportamentos a adotar para a prevenção de complicações pós transplante renal

- Instruir acerca da importância da presença assídua nas consultas de vigilância (Teixeira Rocha et al., 2021).
- Informar que pode consultar o serviço de internamento em caso de sintomas não habituais
- Manter as vacinas atualizadas
- Higienização frequente das mãos
- Instruir sobre o uso de máscaras de proteção nos primeiros 3 meses pós operatório
- Incentivar evitar contato com pessoas portadoras de doenças contagiosas e animais
- Evitar ambientes fechados com aglomerados de pessoas
- Evitar tarefas que o façam entrar em contacto com o solo nos primeiros 3-6 meses

Ensinar sobre consulta de saúde

- Informar sobre o objetivo das consultas pós transplante
- Informar das consultas periódicas que terá após ter alta

Ensinar sobre exames sanguíneos

- Informar acerca do objetivo dos exames sanguíneos a realizar nos dias de consulta pós transplante
- Informar que deve estar em jejum nos dias de colheitas de sangue
- Informar que deve tomar a medicação no dia de consulta após as colheitas de sangue que têm como objetivo o doseamento dos imunossuppressores

Ensinar cuidados à pele

- Vigiar alterações cutâneas
- Instruir ao uso de protetor solar
- Evitar a exposição solar

4.8. Síntese relativa ao caso

As intervenções do enfermeiro especialista são essenciais para o cuidado integral do doente transplantado renal. Estas intervenções constituem um conjunto de ações específicas a serem realizadas pelo enfermeiro, com o objetivo de dar resposta aos problemas identificados.

O primeiro contacto com o doente ocorreu no 6º dia pós-operatório. Nesse momento fiz o levantamento das necessidades, através das dificuldades sentidas pelo doente e mediante as

suas respostas. As intervenções foram realizadas de forma conjunta, para assegurar o reconhecimento que impedem a adesão adequada e no sentido de transpor obstáculos e colmatar dificuldades identificadas.

Tal como anteriormente apresentado, identifiquei domínios de enfermagem, para a conceção do plano de cuidados de enfermagem, que são: Sensações somáticas; Sistema cardiovascular; eliminação urinária; Metabolismo; Termorregulação; Volume de líquidos; Autogestão do regime terapêutico.

As principais complicações desse período, como já referi, 6 dias pós-operatório, estão relacionadas com a recuperação e adaptação ao novo órgão transplantado, daí que as intervenções de enfermagem foram pautadas na avaliação “clínica” com base no processo sensorial; cardiorrespiratório; sistema urinário; sistema regulador e sistema do regime terapêutico, com ênfase no padrão alimentar e autogestão do regime medicamentoso.

A capacidade de tomada de decisão e análise crítica perante complicações e alterações no estado do doente, fez com que eu necessitasse de recorrer à melhor evidência científica, para planear as intervenções adequadas. A intervenção do enfermeiro especialista neste âmbito, é inestimável para garantir os cuidados de qualidade, diferenciados e seguros, contribuindo expressivamente para a qualidade de vida dos doentes transplantados renais. O enfermeiro enquanto prestador de cuidados diferenciados, desempenha um papel de extrema relevância junto dos doentes submetidos a TR, uma vez que implementa intervenções focadas também no processo de adaptação da pessoa à nova condição, nomeadamente à necessidade de integrar um novo regime medicamentoso contribuindo para dotar a pessoa de conhecimentos que lhe permitam o desenvolvimento de competências, culminando numa adesão eficaz ao regime terapêutico e autogestão do mesmo.

As intervenções planeadas, foram de encontro às necessidades manifestadas e identificadas. Centrada nos aspetos relativos à autogestão do regime medicamentoso foi necessário avaliar o conhecimento da pessoa sobre este domínio. Em momentos de ensino ao doente, direccionados ao regime terapêutico o doente demonstra ter conhecimento e capacidade para realizar esta autogestão e sem anseios para o cumprimento de todo o regime terapêutico, incluindo do domínio da autogestão do regime medicamentoso e o padrão alimentar também foi considerado decisivo para o sucesso de um TR. No período pós-transplante tardio (após 6 semanas de cirurgia), podem ocorrer várias complicações relacionadas à nutrição, incluindo, desnutrição energético-proteica, peso excessivo e obesidade, dislipidemia e intolerância à glicose, considerados importantes fatores de risco para mortalidade e perda da função do enxerto renal.

A autogestão do regime terapêutico, na componente semântica, significa: os comportamentos que as pessoas adotam para promoverem e manterem a sua saúde. Priorizei a importância de cumprir o regime medicamentoso assim como incentivar a ingestão hídrica para estimular e restaurar o funcionamento da função renal. Focalizei as minhas intervenções, precocemente, no

âmbito da:

- Promoção à adesão ao regime medicamentoso pela importância primordial na preservação do novo órgão, evitando possível rejeição, por ser complexo, diversificado e complicado, especialmente quanto ao uso dos imunossuppressores. O domínio da autogestão do regime medicamentoso, maioritariamente direcionado para a medicação imunossupressora, as intervenções alicerçaram-se nos mecanismos de ação de cada medicação, a importância de seguir o regime medicamentoso, assim como a importância da prevenção da rejeição do rim e os seus efeitos secundários. Atualmente são combinados vários medicamentos, para aumentar a eficácia da imunossupressão e rescindir o risco de rejeição da lesão do enxerto e pelo contacto com o sistema imunológico do recetor a um órgão “que não é seu”. Daí a importância de ter feito a administração da terapêutica imunossupressora no intervalo definido e também a colaboração e apoio ao doente na adesão ao regime medicamentoso.
- O padrão alimentar também é considerado decisivo para o sucesso de um TR. No período pós-transplante tardio (após 6 semanas de cirurgia), podem ocorrer várias complicações relacionadas com a nutrição, incluindo, desnutrição energético-proteica, peso excessivo e obesidade, dislipidemia e intolerância à glicose, considerados importantes fatores de risco para mortalidade e perda da função do enxerto renal. Os cuidados com o padrão alimentar, devem ser rigorosos e o doente tem essa perceção, interiorizando a necessidade de fazer uma alimentação adequada para minimizar o aparecimento de distúrbios metabólicos, como a diabetes, dislipidemias, hipertensão. optando por uma alimentação adequada. O plano alimentar elaborado e disponibilizado pela instituição, estava composto por uma alimentação baseada em produtos naturais, sem contemplação dos produtos processados.
- Relacionado com o sistema regulador - volume de líquidos, no que concerne ao regime alimentar e hídrico, o doente estava receoso e apreensivo acerca da ingestão hídrica, por ter vivenciado uma situação de anúria, há cerca de um ano. Enquanto realizava tratamento de hemodiálise as orientações eram: restrição alimentar e hídrica. Pela recente alteração desses hábitos, a ambivalência desta intervenção, requereu uma abordagem aprofundada e pormenorizada.
- A termorregulação o doente apresentou temperaturas timpânicas mantendo-se sempre apirético. Este demonstra reconhecer sensações de frio e calor. Durante o internamento não se identificaram sinais de infeção: a ferida cirúrgica manteve-se em evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios, o penso manteve-se íntegro. Neste sentido, a prevenção, vigilância e o controlo do risco de infeção assumiram-se como fulcrais para evitar complicações, porque podiam deteriorar a condição clínica do doente, colmatando na perda do enxerto, e consequentemente no esmorecer a sua qualidade de vida e a aumentar os custos associados aos transplantes. O TR deste doente foi bem-sucedido. Durante o seu internamento não se identificaram sinais de infeção.

Considereei que fui responsável por facilitar este processo de transição, através de ações educativas autónomas e interdependentes ao doente transplantado, à sua família na perspetiva de minimização de riscos e fatores que possam predispor o seu aumento, como por exemplo, o

estado nutricional deficiente, associado a sobrepeso, desenvolvimento de doenças metabólicas (DM) e a não adesão à terapêutica. Isto porque, um estado nutricional adequado contribui para a cicatrização de feridas e o cumprimento da medicação imunossupressora diminui a probabilidade de rejeição.

Estas ações promovem a adesão e possibilitam a prevenção de complicações e a sua detecção precoce, salientado que, intervenções específicas são cruciais para otimizar a saúde do doente e certificar um resultado profícuo a longo prazo. Diante da complexidade que o doente submetido ao TR apresenta, é fundamental que o enfermeiro que intervém, com estes doentes, seja detentor de competências eficientes, para a tomada de decisões seguras, privando pela segurança do doente e fundamentadas em evidências científicas.

A abordagem sobre o comportamento de adesão ao regime terapêutico, as complicações e os sinais de alerta a que deve estar desperto assim como informar acerca dos cuidados a ter no domicílio, foram consideradas intervenções essenciais para o doente que as verbalizou. É importante ressaltar que o doente transplantado renal não deixa de ser um portador de DRC. Ressalvo, que um planejamento adequado, com os domínios de enfermagem devidamente identificados, as intervenções de enfermagem devidamente alocadas, permitiu a obtenção dos resultados adequados e que contribuíram para a promoção da adesão à terapêutica que por sua vez, despertará no doente a adoção de comportamentos saudáveis no pós-operatório, á posteriori na sua manutenção, que se manifestará a longo prazo no êxito do transplante e no aumento do seu bem-estar e qualidade de vida subjacente. Deste modo, considerasse que o objetivo inicialmente proposto foi superado.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de tecnologias para o diagnóstico, tratamento e controlo da progressão da doença, aliados à melhoria das condições de vida das populações, têm sido responsáveis pelo aumento da esperança média de vida. Este aumento da longevidade associa-se a um aumento da prevalência das doenças crónicas que colocam, ao sistema de saúde e aos seus profissionais, e em particular aos enfermeiros, inúmeros desafios e que inclusive comprometem a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Neste contexto, os cuidados de saúde, incluindo os cuidados de enfermagem, têm assumido na atualidade uma crescente relevância, também em virtude daqueles que são os desafios colocados aos profissionais, bem como às pessoas alvo dos seus cuidados, nomeadamente aquelas que padecem de doenças crónicas.

Este facto obriga a que os enfermeiros acedam à melhor evidência disponível, nomeadamente ao conhecimento da sua área disciplinar, no intuito de sustentarem a sua prática profissional com elevado rigor técnico e científico. Neste enquadramento, e no intuito de dar resposta às diferentes exigências de cuidados “a diferenciação e a especialização, são cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”, onde os enfermeiros se incluem (Regulamento nº140/2019, p. 4744).

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar e domiciliário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e na sua qualidade de vida (Regulamento nº 429/2018, p. 19368).

Os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas, e requerem “a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção” para atender à necessidade das pessoas, bem como das famílias, que são alvo desses cuidados (Regulamento nº140/2019, p. 4744).

Para o desenvolvimento de competências os estágios são fundamentais, permitindo a articulação entre a formação teórica e a experiência prática, constituindo parte determinante do percurso do enfermeiro para se tornar um perito em determinada área. As competências necessárias para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia

profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

O modelo de aquisição de competências de Patricia Benner serviu de alicerce durante o meu percurso formativo. Face à minha condição de enfermeira que cuida de adultos e à problemática em estudo, a pessoa em situação crónica com compromisso renal, este modelo, enquadra-se no desenvolvimento e aquisição de competências específicas.

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido. Este é um processo dinâmico aprimorado e aprofundado com a experiência.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Na fase inicial deste processo formativo, e de acordo com o modelo de Benner, considero que o meu nível de competência no âmbito do estágio de ambulatório se enquadra no nível competente. Para além de exercer funções há sete anos, uma vez que as minhas intervenções são consideradas e desenvolvidas com os objetivos previamente definidos, quer a curto ou longo prazo. “Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente.” (Benner, 2001, p.53); neste nível faltava adquirir flexibilidade e rapidez que determinados procedimentos requerem. “A enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência ajuda a ganhar eficiência e organização.” (Benner, 2001,p. 54).

Em ambiente hospitalar considero e de acordo com a descrição de Benner, que o meu nível de competência se enquadra no nível iniciado, porque só tinha conhecimentos de normas ecuidados que adquiri no meu percurso de licenciatura. Segui as orientações e as normas instituídas, tendo dificuldade em definir prioridades. “As iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com as quais poderão ser confrontadas. Para as ensinar e permitir que adquiram

experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objetivos...” (Benner, 2001, p. 49).

A OE, definiu o perfil de competências do enfermeiro especialista, nomeadamente as “competências comuns” e as “competências específicas”. Enquanto as primeiras são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, e do contexto de prestação de cuidados, as segundas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Neste capítulo irei refletir sobre a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crónica, sem, contudo, esquecer as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências comuns do Enfermeiro Especialista. De salientar que ao desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crónica (EEEMC - PSC) também estarei a desenvolver algumas das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O processo de reflexão que aqui apresento terá por base o propósito do projeto de desenvolvimento de competências deste estágio que foi “Pessoa em Situação Crónica com Compromisso Renal”.

Para o desenvolvimento das competências dirigidas à pessoa em situação crónica elaborei um projeto com o propósito, de aprofundar conhecimentos neste domínio, compreender as dificuldades impostas pelo regime terapêutico e promover autonomia possível para o doente. Para a concretização destas competências, foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver capacidades na identificação das necessidades da pessoa com compromisso renal (CR);
- Desenvolver capacidades na promoção da adaptação no processo de transição da pessoa com CR;
- Desenvolver capacidades na prevenção e controlo de infeção na pessoa com CR; Desenvolver capacidades na avaliação de resultados com base nas respostas da pessoa com CR;
- Desenvolver capacidades na prevenção de complicações na pessoa com CR, direcionado para o regime medicamentoso na pessoa em PRHD e na pessoa submetida a transplante renal (TR);
- Desenvolver capacidades de intervenção como gestor de risco em saúde e na promoção de estratégias.

Referencio-o que, na fase de projeto, foram identificados objetivos específicos, bem como um conjunto de atividades a desenvolver no estágio de natureza profissional, com vista à sua concretização e subsequentemente à aquisição das competências de enfermagem comuns e específicas, nas áreas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de

enfermagem da pessoa em situação crónica. De ressaltar que os objetivos também serviram de linha orientadora para a análise reflexiva que se apresenta.

Segundo o regulamento nº 429/2018, constam das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem da pessoa em situação crónica: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018).

Para ir de encontro ao definido nas competências da pessoa em situação crónica com compromisso renal, e descrevendo as orientações definidas pela OE: “o enfermeiro especialista identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas. Este responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades a identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa associação de cuidar fomentadora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018, p. 19368), fiz o planeamento de acordo com objetivos que considere serem realizáveis.

O enfermeiro especialista por apresentar conhecimentos, sustentado na evidência científica, apresenta um conjunto específico de intervenções autónomas com uma perspetiva holística e de individualidade da pessoa, com o objetivo de minimizar a incapacidade e maximizar a funcionalidade física e psicossocial, promovendo a qualidade de vida e os ganhos em saúde, que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados. O enfermeiro especialista enquanto agente educacional desenvolve atividades educacionais com base na promoção do autocuidado com o objetivo de obter a independência da pessoa doente, em aspetos relacionados com a sua saúde.

Em algumas situações específicas, a HD e o TR são complementares. A diálise serve de terapia de suporte na fase inicial do tratamento e prepara para o transplante, podendo ser ainda posteriormente utilizada em caso de rejeição aguda ou crónica do órgão transplantado. Mesmo com um transplante bem-sucedido, após a alta e com o enxerto funcionante, o doente continua a viver com uma doença crónica. Consultas hospitalares com regularidade são necessárias, especialmente nos primeiros seis meses. O retomar a um estilo de vida normal (diferente, entretanto do estilo de vida anterior à doença renal) traz novas preocupações, como a necessidade de reativar a vida profissional, o convívio com a família e outras responsabilidades.

No primeiro contacto que se estabelece com a pessoa doente, o enfermeiro deve explicar a procura dos conhecimentos e experiências da mesma, de forma a facilitar e compreender as suas necessidades. Adotar a melhor estratégia, com o objetivo de a transmissão de informação ser facilitadora na compreensão e na aprendizagem do doente, garantindo que seja uma

intervenção eficaz e se obtenha uma qualidade de cuidados.

Com o objetivo de desenvolver a competência na identificação das necessidades da pessoa com CR e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, decidiu-se fazer revisão ao documento implementado, reforçando a importância das etapas de acolhimento do doente na unidade de HD, salientando a importância do primeiro contacto (Anexo I). A admissão na unidade é efetuada pelo Nefrologista, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista, Auxiliar e secretárias e cada um dos elementos da equipa, contribui para a integração e esclarecimentos das pessoas doentes e familiares, de acordo com as competências que lhe estão atribuídas.

Para o desenvolvimento das competências, na especificidade da pessoa com CR, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos aprofundados acerca desta doença crónica. É expectável possuir capacidades para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa com este compromisso, para intervir, com a intencionalidade de promover a adaptação da pessoa no seu processo de transição, de forma a minimizar o impacto da doença na vida da pessoa a vários níveis. Um dos vários desafios está relacionado com a capacitação da pessoa para a adoção de comportamentos de autogestão, nomeadamente do regime medicamentoso, visto que a pessoa com DRC é polimedicada devido às suas comorbilidades, situação que não é exclusiva da pessoa em tratamento HD, mas que ocorre igualmente no pós TR.

Neste momento formativo, devido ao número e “riqueza” de oportunidades, aliados à experiência e perspicácia da orientação recebida, foi possível o desenvolvimento de atividades relacionadas com esta competência. Relevando a realização de; Pesquisa de evidência científica no agregador de conteúdos EBSCO Host, a base de dados como Pubmed, Medline e CINAHL acerca das necessidades da pessoa em PRHD e TR pesquisa direcionadas à autogestão do regime terapêutico; Observar a colheita de dados, realizadas pelos tutores, acerca das necessidades da pessoa em situação crónica, relacionadas com a autogestão e regime terapêutico; Discussão com os tutores, acerca da colheita de dados realizada; Planeamento e identificação das necessidades detetadas.

Durante o estágio, e para atingir esta competência, focalizei-me nas necessidades da pessoa em PRHD e na pessoa com TR direcionadas à autogestão do regime terapêutico. Através da relação terapêutica que estabeleci com a pessoa nos momentos dos estágios, inteirei-me das necessidades e preocupações relacionadas à doença. Por isso é importante conhecer os hábitos da pessoa, e desta forma integrar no seu dia-a-dia, a gestão do regime terapêutico, em geral, eo regime medicamentoso, em particular, contribuindo assim para o sucesso no autocuidado, com a implementação de terapêuticas ajustadas a cada pessoa. Na gestão do regime terapêutico, o “ator principal” é a pessoa doente. Pela compreensão das suas crenças, atitudes e valores pessoais, é possível planear e executar terapêuticas de enfermagem que facilitem a alteração da conduta e consequentemente, à promoção da saúde (Silva et al., 2011).

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa (Kripalani & Weiss, 2006). No decurso da realização do estágio em ambos os contextos, aprofundei conhecimentos acerca do regime terapêutico por parte da pessoa com CR e conclui que era uma necessidade imperiosa para intervir, nomeadamente nos domínios relacionado com a restrição hídrica e alimentar, bem como com o regime medicamentoso.

A pessoa com CR, submetida a PRHD, enfrenta diariamente desafios constrangedores e comprometedores, reconhecidos pelo binómio: complexidade da doença e regime medicamentoso. Paralelamente a pessoa em HD e a pessoa submetida a TR apresentam alto risco de não adesão ao regime medicamentoso. Vários fatores podem contribuir para esta problemática, como anteriormente abordado no enquadramento dos casos clínicos. A literatura aponta para que, 50% das pessoas em PRHD não aderem ao regime terapêutico, sendo que a não adesão ao regime medicamentoso varia entre os 3% e os 80% (Ghimire et al., 2015).

No decurso da realização dos estágios, identifiquei barreiras, que eram comuns nos diferentes contextos e que comprometem a eficácia do regime terapêutico. As barreiras identificadas estavam relacionadas com: baixo estatuto socioeconómico; conflitos familiares; baixa literacia em saúde ou conhecimento acerca da doença; elevado número de medicamentos, assim como o tamanho dos mesmos e serem jovens adultos. A literatura evidencia, que os fatores relacionados com o doente, nomeadamente a faixa etária, a escolaridade, a literacia, a consciencialização e a vontade, são valiosos no processo de adesão.

A literatura refere ainda as dificuldades no que diz respeito ao acesso aos medicamentos, por parte dos idosos, devido ao reduzido poder económico que limita a sua capacidade de adquirir medicamentos. A idade avançada, o baixo grau de escolaridade e o nível socioeconómico demonstram influenciar negativamente a adesão. Em ambos os contextos, identifiquei situações de pessoas doentes que não cumpriam o regime terapêutico, devido às suas carências socioeconómicas.

A literatura refere ainda as dificuldades no que diz respeito ao acesso aos medicamentos, por parte dos idosos, devido ao reduzido poder económico que limita a sua capacidade de adquirir medicamentos. A idade avançada, o baixo grau de escolaridade e o nível socioeconómico demonstram influenciar negativamente a adesão. Em ambos os contextos, identifiquei situações de pessoas doentes que não cumpriam o regime terapêutico, devido às suas carências socioeconómicas. As unidades de ambulatório, disponibilizam maioritariamente todos os medicamentos relacionados com a DRC em HD. Estes doentes apresentam comorbilidades associadas, tendo necessidade de outra medicação, para outras patologias, encaminhei estas situações para a assistente social.

O baixo nível de escolaridade, a precaridade e reduzido rendimento e o desemprego podem constituir barreiras significativas a uma apropriada adesão terapêutica. A dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, o isolamento social do doente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde, são outros aspetos também a ter em conta na adesão à terapêutica medicamentosa (Camarneiro, 2021).

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso está associada ao conhecimento sobre os fármacos, sobre a compreensão do esquema terapêutico e sobre a responsabilidade. A prescrição de numerosos medicamentos, as frequentes tomas diárias ou as dosagens elevadas, também podem contribuir para uma menor adesão ao tratamento, tal como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado (Horne et al., 2019).

A gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o impacto que esta representa na sua vida e a associação com outras patologias, isto é, a existência de outras doenças concomitantes, como a depressão, também condicionam a adesão. Segundo Gaspar (2013), a gravidade da doença e a incapacidade que os sintomas provocam a nível físico, psicológico e social, são consideradas as características mais frequentemente associadas à não adesão. As pessoas com DRC estão sujeitas a inúmeras restrições como, por exemplo, as alimentares, sociais, físicas, familiares, entre outras. No contexto de internamento, foi possível analisar com a tutora e identificar estratégias para ir de encontro às necessidades das pessoas com DRC, que estão em ambiente vulnerável. As pessoas doentes sentem-se fechadas e a doença impede-as de realizar atividades que até aí eram normais. Com o transplante renascem momentos de alegria associados ao “libertar” as limitações que vivenciaram com o emergir da doença.

Entre os fatores que contribuem para o sucesso do TR, no topo, está posicionado o tratamento com imunossuppressores. Este tem como finalidade principal evitar a rejeição e propiciar o aumento da sobrevida do enxerto e dos doentes. Contudo, os doentes nem sempre aderem ao tratamento imunossupressor e aos cuidados pós transplante, acarretando rejeição aguda. Os fatores de risco associados ao abandono do tratamento incluem doentes jovens, transplantados há muito tempo e a não compreensão dos benefícios desse tratamento. A literatura evidencia, que há outros fatores associados à não adesão ao regime medicamentoso: esquecimentos, alterações da prescrição, atividades do trabalho, viajar sem os medicamentos e a quantidade de medicamentos que necessita tomar durante o dia.

Estratégias como, lembretes no telemóvel, caixas de organização de medicamentos, criar uma rotina, ou seja, estabelecer horários para a toma da medicação foram consideradas. Sugeri também, a criação de um panfleto, com imagens com a terapêutica imunossupressora, no intuito de melhorar o conhecimento do doente acerca da medicação. Nas situações em que identifiquei que a pessoa tinha potencial para melhorar os seus conhecimentos sobre o regime medicamentoso, independentemente do contexto dos cuidados, ensinei sobre o regime e sobre

estas estratégias promotoras dos comportamentos de tomar a medicação.

Mantive uma aproximação e assiduidade, junto das pessoas doentes e promovi uma comunicação eficaz com os doentes portadores de DRC e transplantados, no entanto reconheço que há momentos de aperfeiçoamento, pois a melhoria é contínua. Novas estratégias, como a existência de plataformas digitais, e um aplicativo está disponível na unidade de HD, baseadas numa abordagem inovadora e diversificada, tem como público-alvo todas as pessoas doentes e familiares e o conteúdo dessas plataformas contribui para a difusão do conhecimento sobre a DRC. Essas ferramentas surgem como auxiliares na educação permanente e, para os doentes e familiares, surgem como facilitadores do conhecimento e sobre autogestão e monitorização. Colaborei na instalação desta ferramenta nos telemóveis das pessoas doentes e familiares. Disponibilizei boletim informativo da instituição, expliquei pormenorizadamente o seu funcionamento e o conteúdo. Incidi sobre a importância das orientações e conselhos relacionados com o regime medicamentoso; cuidados relacionados com a ingestão hídrica e alimentar e a correspondência com a eficácia do tratamento assim como a minimização de complicações e eventos indesejáveis associadas (vómitos; caibras; aumento de peso interdialítico; HTA; hipercalemia). A não adesão ao regime terapêutico adequado e aconselhado, contribui para internamentos; tratamentos extras; alterações de prescrições (aumento ou redução do número de tomas de medicação e maior ou menor variedade de medicamentos, no pensamento de: “mais um comprimido” “mais um medicamento”, pensando que mais é mais eficaz.

Nos contactos realizados, foi possível estabelecer uma comunicação eficaz acerca da importância desta componente do regime medicamentoso. Nas avaliações e intervenções que realizei, detetei que em algumas situações, a baixa literacia por parte do doente era o maior desafio. O desconhecimento para além de ser abrangente foi notável. A ignorância estava presente ao não saberem: O porquê da importância de cumprir horários da medicação e a assiduidade na administração da mesma. Foi um desafio abordar e realizar intervenções para atenuar e clarificar as dúvidas e o desconhecido. É fundamental conhecer os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico, de forma a poderem-se delinear estratégias que promovam a adesão, quer a nível educacional, quer a nível comportamental, ou ambas.

Além da importância do cumprimento do regime medicamentoso, foi também importante informar o doente das interações entre os alimentos e a medicação. Em parceria com a pessoa conseguimos encontrar estratégias facilitadoras para o cumprimento, facilitando o processo de autogestão. Na unidade de ambulatório, existe uma farmacêutica responsável pela entrega mensal da medicação extra-dialítica. As minhas intervenções foram avaliar o conhecimento do doente acerca do regime medicamentoso (o nome do fármaco, a periodicidade da toma ou o seu efeito) e comparar com os resultados dos parâmetros do tratamento. Também intervi com a família e cuidadores informais, quando o doente tinha dificuldade ou desconhecimento acerca do regime medicamentoso.

Outros condicionantes, que interferem com o comprometimento da adesão ao regime medicamentoso é a baixa literacia em saúde. Para colmatar esta dificuldade, considere-se que o planeamento estratégico eficaz e adequado seria, solicitar à pessoa doente, trazer para unidade, toda a medicação do domicílio e individualmente realizar momentos de esclarecimento e sensibilização, para a importância da adesão ao regime medicamentoso. A execução deste plano, mostrou ser eficaz e eficiente, pelo correto seguimento das indicações sobre este domínio de enfermagem.

A atitude que a pessoa doente incorpora, vai refletir-se nos seus comportamentos de adesão e autocuidado e na forma como ela gere a sua saúde/doença. Neste processo de transição saúde/doença o enfermeiro tem um papel substancial, que é o de facilitar este processo e a adesão ao regime terapêutico. A aquisição de conhecimentos e habilidades, fornece à pessoa doente /família o apoio para o desenvolvimento de competências e capacidades que lhe permitem delinear objetivos e tomarem decisões informadas e conscientes. As estratégias implementadas para a pessoa em HD com hiperfosfatémia, são realizadas em momentos de ensino à pessoa doente, onde são informadas acerca de um novo fármaco prescrito e esclarecidas possíveis dúvidas acerca do regime medicamentoso. Exemplificando: a introdução de um quelante de fósforo, foi realizado um ensino à pessoa doente, num gabinete, antes da entrada para a sala de tratamento. Nesses contactos foi possível ensinar a pessoa acerca da importância da toma do fármaco nas principais refeições, nomeadamente ao almoço e ao jantar, assim como dos seus efeitos secundários gastrointestinais. Estes momentos foram cruciais para o cumprimento do regime medicamentoso.

O cumprimento do regime terapêutico (a toma da medicação na hora certa, uma alimentação equilibrada, a continuidade das consultas de vigilância, a prática de exercício físico e o controlo do peso corporal ideal, a evicção do uso do tabaco e manter as relações sociais) é uma parte importante no doente TR, que pode afetar a sua saúde de forma positiva ou negativa (Omer, 2009).

Para além do regime medicamentoso implícito, podemos tomar medidas a nível do regime dietético, para controlo da hiperfosfatémia. Constatei que as principais dificuldades dos doentes no controlo do fósforo, prendiam-se com a identificação dos alimentos com maior teor de fósforo e na seleção de alimentos com menor rácio fósforo-proteína. Considerando-se as limitações associadas com a restrição de fósforo e com a remoção de fósforo pela diálise, os quelantes de fósforo são necessários para a maior parte dos doentes em PRHD.

Uma orientação dietética individualizada por nutricionistas, associada a programas de educação nutricional, é fundamental para melhorar a adesão do doente. As pessoas têm dificuldades em compreender que as refeições take away, são confeccionadas tendo em base condimentos e temperos à base de produtos de elevado teor de fósforo. Perante esta avaliação, as minhas intervenções, ao nível do regime dietético, foram de encontro às melhores práticas: reduzir as

refeições take away e sempre que possível realizar refeições em casa e desperdiçar a água da cozedura, o que permite eliminar 50% do teor de fósforo dos alimentos (esta estratégia também permite a remoção de outros minerais, e elimina o paladar dos alimentos); diminuir o consumo de alimentos laticínios, evitar bebidas e alimentos processados; diminuir no consumo de frutos secos, essencialmente nozes, feijões, amendoins. Dar preferência a alimentos naturais com menor biodisponibilidade de fósforo; evitar alimentos processados; e escolher alimentos naturais ricos em proteína, mas com baixo teor de fósforo (Ikizler et al., 2020).

A percepção da experiência profissional que estes momentos formativos me proporcionaram, alicerçados considero que a pessoa com DRC em PRHD e o doente submetido a TR, está sujeito a um regime medicamentoso complexo. O enfermeiro na prestação de cuidados, tem acesso privilegiado para ensinar e instruir, dotando a pessoa com DRC de conhecimentos e habilidade, para poder autogerir a sua condição clínica e assim prevenir outras complicações ou agravamento da condição clínica (Ahsan et al., 2023).

Tendo como referencial teórico a Teoria das transições de Meleis, estas interações, foram decisivas para a pessoa reconhecer “o que mudou” e em que medida as “coisas estão diferentes”, de forma a promover a reorganização para um novo modo de viver.

Tendo como referencial teórico a Orem, a pessoa para que possa cuidar de si mesma e gerir um regime terapêutico complexo, necessita de ter conhecimentos, motivação, capacidades cognitivas percetuais e interpessoais, capacidade para a tomada de decisão, coerência e capacidade de integrar as ações de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária (Meleis, 2000). Como referi, a adesão ao regime terapêutico é multifatorial, estando relacionada com fatores sociais, económicos, culturais, com o regime terapêutico, com a patologia de base e as comorbidades associadas assim como fatores pessoais. Também a pessoa doente em HD com hiperfosfatémia, precisa possuir conhecimento acerca do regime medicamentoso, sabendo que todo esta envolvimento apresenta considerável complexidade de entendimento e implica consciencialização para a adesão e compreensão de todo este mecanismo. Sabendo que, com o cumprimento do mesmo, pode reduzir complicações como a osteodistrofia mineral óssea. Este reconhecimento por parte do doente, enfatiza assim tomada de consciencialização da doença.

Para a obtenção de resultados positivos é fundamental atender as particularidades de cada pessoa e, deste modo, compete ao enfermeiro planear os cuidados de enfermagem valorizando a individualidade, que favorece a humanização dos cuidados (Pedroso et al., 2019). Pretende-se uma melhor compreensão das dificuldades dos doentes e das estratégias implementadas para as enfrentar.

O Enfermeiro, é o facilitador deste processo de transição, através de ações educativas autónomas e interdependentes aos recetores do transplante, à sua família e/ou cuidadores, com incidência na minimização de riscos, como a não adesão à terapêutica. A identificação atempada de comportamentos de não adesão ao regime medicamentoso é primordial para

assegurar o sucesso do TR, realçando a importância do cumprimento do regime medicamentoso é crucial para reduzir o risco de complicações, como a rejeição do enxerto.

A enfermagem, enquanto disciplina com conhecimento próprio e fundamentado, e os enfermeiros, enquanto profissionais habilitados para o desenvolvimento da profissão, tomam por foco de atenção quer as respostas humanas às transições, quer a procura de conhecimento (Meleis et al., 1994). De acordo com Meleis (2010), as transições são desencadeadas por eventos relacionados com processos de saúde/doença, com o desempenho de papéis e/ou com os processos relacionados com o desenvolvimento humano. Meleis desenvolveu e organizou a sua teoria em três conceitos centrais: a natureza das transições, os fatores determinantes para a transição e os padrões de resposta. As transições podem ser entendidas como o conjunto de respostas a uma determinada experiência humana, influenciadas pelas condições pessoais e ambientais, onde se incluem as expectativas e percepções das pessoas, os significados que atribuem a essas experiências, os conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis et al., 1994). A experiência da transição exige da pessoa a incorporação de novos conhecimentos, a redefinição dos significados atribuídos a esses eventos, a alteração de comportamentos e também a alteração do conceito de si (Meleis, 2010).

A pessoa em PRHD vivencia um processo de transição saúde doença, onde a condição de saúde influencia significativamente diversos domínios da sua vida, incluindo aspetos pessoais, profissionais, familiares e sociais. Em muitos casos, esta condição pode levar a uma rutura na organização e funcionamento adequado desses diferentes âmbitos da vida dos indivíduos.

O tratamento de HD exige a realização de três sessões semanais, com uma duração de quatro horas diárias, em regime de ambulatório. Este tratamento, implica uma reorganização da vida do doente e da sua família. A adaptação é bastante difícil e por vezes dolorosa, as pessoas têm de se adaptar às mudanças exigidas pelo tratamento, entre as quais se incluem a restrição hídrica e alimentar, um esquema de medicação complexo e o cumprimento das sessões de HD (Cristovao, 2015; Frazão et al., 2013).

Desenvolver capacidades na identificação das necessidades da pessoa com CR é fundamental para proporcionar cuidados de qualidade e centrados no doente. Assim será possível conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica (Regulamento nº 429/2018, p. 19368).

Neste âmbito, a título de exemplo, sugeri como plano de intervenção ações de sensibilização, tendo como objetivo informar, sensibilizar, perceber o significado que têm em relação à sua condição clínica e consciencializar este grupo de doentes, quando iniciam tratamento HD. O plano de intervenção passa pela apresentação em powerpoint de sessões elucidativas relacionadas com o tratamento da DRC (HD e TR) e posteriormente formular questões de acordo com o apresentado. A elaboração destas sessões, permite planejar intervenções para uma

melhor consciencialização. E esta, passa por várias etapas, entre elas estabelecer uma relação empática e considero imperiosa a pessoa doente, entender que a sua condição passa por uma transição saúde/doença. O acolhimento precoce, onde a primazia deve ser dada ao doente no sentido de conhecer o significado atribuído à sua condição clínica, perceber os conhecimentos e expectativas. Informar a importância sobre o que é o tratamento de HD que substitui a função renal, tornando necessária à sua realização de acordo com a prescrição definida. Também para a pessoa submetida a TR, informar e fazer compreender que o órgão transplantado, precisa ser cuidado para poder desenvolver as funções específicas deste órgão. As etapas subsequentes, atender as pessoas em situação crónica, acerca do conhecimento que já têm acerca do seu estado de DRC e dar a conhecer outros âmbitos relacionados: realização do PRHD; regime terapêutico (alimentar, medicamentoso, restrição hídrica); cuidados com o AV e com o enxerto.

A relação terapêutica que estabeleci com a pessoa alvo dos cuidados, considero que foi eficaz e adequada, pois identifiquei as necessidades de intervenções especializada nas duas áreas de atenção relevantes para a pessoa e assim estabeleci planos de intervenção individualizados para a pessoa com vista à adaptação da doença crónica nos diferentes contextos, maximizando a autonomia e qualidade de vida.

Sendo os contextos totalmente distintos, denotei que a minha interação do doente em PRHD foi diferente no DRC no contexto hospitalar. As minhas intervenções foram centradas no doente no âmbito holístico com objetivo da resolução dos problemas e ir de encontro às suas necessidades e expectativas.

O papel do enfermeiro é essencial para a monitorização, deteção e intervenção nas complicações hemodialíticas do mesmo modo que se torna fundamental para a obtenção de segurança e qualidade no procedimento hemodialítico, causado pela relação de proximidade com os doentes. As complicações no processo hemodialítico são frequentes e por isso as medidas preventivas são necessárias para evitar tais complicações, como uma monitorização mais efetiva dos doentes durante a HD que irá possibilitar maior ajuda e segurança no sentido de garantir a qualidade da assistência dos mesmos. É, portanto, pertinente que os profissionais de enfermagem por estarem sempre ao lado dos doentes dialisados mantendo uma estreita relação com eles, sejam fundamentais durante o processo hemodialítico bem como na atuação perante as diferentes complicações dialíticas, tornando essas ações cruciais para garantir um processo seguro e eficiente.

Para garantir cuidados seguros, entre outros aspetos, considero que o circuito extracorporeal da pessoa doente, deverá estar acessível e visível ao longo de todo o tratamento. Assegurar e garantir tratamentos seguros, esta permissão pode ser realizada através de consciencialização da equipa e de momentos de sensibilização com os doentes de aspetos relacionados com a Segurança. Entendimento e perceção da importância de cuidados seguros, como a visualização do membro AV (FAV e CVC) ao longo de todo o tratamento. Sensibilizar para a fixação segura

das agulhas de FAV, para eliminar o risco de exteriorização das mesmas. Essas propostas de melhoria podem ser realizadas nas reuniões semanais desenvolvidas com a equipa de enfermagem, e desta forma desenvolver momentos de “benchmarking” com o intuito de estabelecer estratégias eficazes para a promoção do autocuidado e refletir para as práticas dos cuidados desenvolvidas pelos enfermeiros, com objetivo na prevenção de complicações. No decurso deste estágio, não se verificaram desconexões acidentais de agulhas e a percepção que as pessoas doentes não eram tão remitentes em manter o membro do AV coberto.

Com objetivo de prevenir complicações, nas diferentes pessoas que se encontravam numa condição crónica, exigiu que mantivesse uma vigilância, monitorização e avaliação permanentes. Priorizei as intervenções de enfermagem associadas não só à prevenção de complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores, assim como implementei intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença crónica.

Uma das complicações mais frequentes nos doentes em HD, são complicações relacionadas com o AV. Pela importância de preservar a “vida” do AV, bem como, a sua eficácia e eficiência, garantindo tratamentos de qualidade. No contexto de ambulatório, existiam dois enfermeiros responsáveis dos AV, para além de guidelines, protocolos e procedimentos relacionados com os cuidados ao AV. Ao longo deste estágio desenvolvi competências relacionadas com os acessos vasculares, nomeadamente na suscetibilidade da abordagem minuciosa ao exame físico e dinâmico ao AV.

A literatura também evidencia que deve haver um enfermeiro responsável pela monitorização e vigilância do acesso arteriovenoso através do exame físico e monitorização dinâmicas do AV (Sousa et al., 2023). Nas reuniões semanais, um dos itens agendados, é importância dos cuidados aos acessos vasculares, de salientar a avaliação e despiste precoce de complicações. A gestão e coordenação dos AV está alocada a Enfermeiros Responsáveis pelos AV, sendo detentores de competências e perfil adequados a esta área. Considerada a experiência profissional na área da HD não inferior a 3 anos; conhecimentos avançados em exame físico do acesso vascular e competências avançadas na canulação de acessos vasculares. Após análise crítica e refletida o ampliar e consolidar conhecimento acompanhou os objetivos deste grupo de gestão de AV: Implementar protocolos e orientações corporativas para a gestão do acesso vascular na clínica; Elaborar plano mensal de vigilância dos acessos vasculares de acordo com os protocolos e orientações; Promover a avaliação diária e respetivos 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; Monitorizar as infeções e eventos adversos relacionadas com o AV; Promover a discussão de casos clínicos com a equipa multidisciplinar.

Ainda de encontro com a prevenção de complicações, tive a possibilidade de acompanhar a supervisão à prestação de cuidados, com a finalidade de criar um ambiente terapêutico e seguro. Após este acompanhamento, foi importante redefinir os recursos humanos em algumas situações, por exemplo, turnos em que os doentes são mais dependentes, tais como: doentes transportados em cadeiras de rodas ou com auxílio de marcha; turnos com elevado número de cateteres venosos centrais e com algumas fístulas arteriovenosas com grau elevada complexidade. Foi discutido com a enfermeira responsável da instituição sobre a possibilidade de reajustar o número de recursos humanos, de acordo com as necessidades do doente, monitorizadas através a aplicação de escalas validadas e implementadas (Barthel; Moore); assim como a monitorização do processo de diálise em cada tratamento realizado.

Neste âmbito, do controlo de infeção, foram percecionadas situações na sua globalidade, sendo previsíveis a ocorrência e transmissão de infeção se eventualmente não forem consideradas atitudes de prevenção. A prevenção, vigilância e o controlo do risco de infeção assumem-se como fulcrais para evitar complicações, uma vez que podem vir a deteriorar a condição clínica do doente crónico. Maximizei a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença crónica, na diáde: hemodiálise e transplante.

Para desenvolver capacidades na prevenção e controlo de infeção na pessoa com CR, neste sentido, a prevenção, vigilância e o controlo do risco de infeção assumem-se como fulcrais para evitar complicações, uma vez que podem vir a deteriorar a condição clínica do doente crónico. Maximizei a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença crónica, na diáde: hemodiálise e transplante.

Com o desenvolvimento da atividade proposta no âmbito da prevenção e controlo de infeção na pessoa com CR, considero que o controlo de infeção deve ser implementado através da concretização de medidas que evitem a transmissão do agente infeccioso entre doentes e profissionais de saúde, bem como entre os próprios doentes. O objetivo primordial é reduzir a incidência de infeções, estabelecendo ambientes de prestação de cuidados seguros, que vão de encontro à cultura de segurança, já anteriormente mencionada, contribuindo para a redução das complicações associadas às doenças infecciosas.

A unidade de TR apresenta protocolos bem estruturados sobre os procedimentos a realizar no pré e no pós-operatório dos doentes submetidos a transplante, nomeadamente, no que diz respeito à unidade pós a cirurgia; aos procedimentos de isolamento e de controlo de infeção necessários para garantir a segurança do doente transplantado; e aos ensinamentos que serão necessários desenvolver com o intuito de promover o autocuidado, garantindo que no momento da alta será capaz de desempenhar um conjunto de atividades que serão fundamentais para a monitorização e vigilância do estado de saúde no pós transplante.

Em ambiente hospitalar o risco de infecção pode comprometer a viabilidade do rim transplantado, terminando na perda do enxerto, a diminuir a sua qualidade de vida e aumentar os custos associados aos transplantes. O tratamento de HD é um procedimento em que a exposição a sangue a outros produtos orgânicos e material passível de contaminação é previsível, sendo primordial adotar medidas para prevenir o contacto.

Recomenda-se que a equipa destinada à prestação de cuidados aos doentes portadores de VHB, durante o período de prestação de cuidados, esteja alocados a essa especificamente (OM,2017). A alocação dos postos de tratamentos realizados a doentes portadores do VHC e VIH, está em consonância com o definido pela OM, segregação em área física devidamente identificada assim como os postos de tratamento e respetivo equipamento. As máquinas de HD dos doentes VHC e VIH podem ser utilizados em doentes negativos, sempre que sejam cumpridas as normas instituídas para as suas desinfecções e limpeza interna e externa (OM,2017), esta orientação estava plasmada na unidade de ambulatório.

As medidas de prevenção de infeções compreendem um conjunto de práticas que abrangem diversas precauções. Entre estas, incluem-se as precauções básicas, que são aquelas padronizadas por cada instituição de saúde, universais ou reconhecidas como padrão. Estas precauções visam reduzir o risco de transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde, especialmente quando o agente é desconhecido. Além disso, também são adotadas precauções adicionais para o controle de infeções quando dizem respeito a doenças transmitidas por via aérea, por gotículas e por contacto (Pittet et al., 2006).

A solidificação do controlo e prevenção de infeções e precaver a transmissão de vírus VHB, VHC e HIV, considerada que haveria oportunidade de melhoria se fossem otimizados alguns procedimentos, nesta área de intervenção: a identificação visual e com dísticos de cores diferentes as máquinas de HD, para os doentes portadores destes vírus; implementação de check list dos equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais de saúde; operacionalização dos panos de limpeza, assim como identificar o equipamento de limpeza específico para esta sala, com fita vermelha; alocar os doentes em turnos específicos e definir um stock de material, evitando o desperdício e tendo presente que nesta área o que entra não pode sair, para ser usado em outras áreas, tendo em conta as orientações do controlo de infeção.

Em ambos os contextos, deparei-me com doentes que eram portadores de KPC, *Clostridium difficile* ou Gripe A. Juntamente com a minha tutora, foi possível colaborar na implementação e revisão de protocolos, para estes contextos. Assim como, elaborar orientações para a sinalética do isolamento (contato, gotículas ou via aérea); colaborar em estratégias na identificação do posto (por exemplo, dístico vermelho); sugeri que seria adequado a utilização de um carro de apoio para a prestação de cuidados daqueles doentes em específico; colaborei em orientações, para providenciar o acondicionamento de resíduos para aquele posto específico e garantir os EPI

necessários aos profissionais para a prestação de cuidados. Para além disto, acho pertinente que o doente em isolamento, seja o último a entrar na sala de tratamento e o último a sair, minimizando o risco de contacto com os outros doentes.

No que diz respeito aos agentes infecciosos como KPC, Gripe A e Clostridium Difficile, são tomadas medidas de isolamento de acordo com o agente infeccioso. É avaliado o período de antibioterapia e delineado o planeamento dos respetivos rastreios. O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é responsável por dar formação à equipa de enfermagem e à equipa dos assistentes operacionais acerca dos protocolos instituídos, assim como supervisionar a sua implementação.

Estas medidas são de extrema importância na prevenção e controlo de infeções, sobretudo em contextos onde existe um risco elevado de transmissão de infeções. Ao adotar estas práticas, é possível assegurar a segurança nos cuidados prestados, assim como zelar pela segurança da equipa multidisciplinar.

As orientações de cada instituição, direcionadas ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), veiculando e salientando a Prevenção de Infeção, relevam que prevenir essencial para isso está implementado o PPCIRA de acordo com a DGS. Aprofundar conhecimentos nesta área, percecionada como “frágil” e com conhecimento delicado, implicou a realização de uma entrevista aos interlocutores do grupo Programa Nacional Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) da unidade de HD. O grupo PPCIRA é constituído por um médico, um enfermeiro especialista em médico cirúrgica, farmacêutica e o enfermeiro coordenador de enfermagem.

Na realização da entrevista informal, inteirei-me da constituição do grupo PPCIRA na unidade de HD, que tem como objetivo a prevenção do risco de infeção, garantir o material necessário para a prestação de cuidados, assim como a promoção da formação dos colaboradores. O risco de infeção, na unidade HD, nomeadamente com os AV é o aspeto fulcral, e a sua identificação é crucial para combater a disseminação, isto é o risco de surgimento de infeções cruzadas ou nosocomiais. O envolvimento da equipa de cuidados que constituem este plano, reúne com uma frequência trimestral, abordando assuntos relacionados com Higiene e controlo de infeção bem como o uso de antibióticos. Os momentos são evidenciados através de registos, no entanto foram adicionadas, as intervenções de enfermagem para cada tipo de infeção. Neste âmbito, também são realizadas auditorias aos procedimentos de enfermagem.

A avaliação dos cuidados prestados, é medida através de indicadores de qualidade definidos através de algoritmos e compilados numa base de dados de gestão de cuidados clínicos. O Balance Scorecard (BSC) é uma ferramenta validada para monitorizar o desempenho em relação a objetivos específicos, ou seja, através dos indicadores de performance (KPIs). Estes indicadores, estão alocados algumas instituições de saúde, que por sua vez vão de encontro às normas implementadas pela unidade, normas essas, que estão associadas à melhor prática e

qualidade de vida para o doente (Cattinelli et al., 2012).

Ao longo de cada tratamento, fiz uma análise crítica a cada um dos indicadores de qualidade definidos através do BSC. Focando-me nos indicadores de Qualidade do processo de diálise (tempo efetivo de diálise, Kt/V, volume de substituição, tipo de acesso vascular) e indicadores dos resultados de diálise (hemoglobina, estado de hidratação e hemodinâmico, fósforo, cálcio, albumina e potássio). Mensalmente, é feita uma análise crítica a esses indicadores, e estes foram avaliados e discutidos minuciosamente com a tutora de estágio. Quando os indicadores de desempenho, que não atingiam o target, foram elaborados planos de ação alicerçados nas inconsistências detetadas, por forma a atingir os resultados definidos, sendo estes os indicativos e eficiência e eficácia do tratamento. Para a implementação de ações e evidências adequadas e ajustadas a cada parâmetro, é considerado importante a consciencialização da equipa para o cumprimento das prescrições; propostas revisões e atualizações de prescrições de diálise. A revisão aos procedimentos e instruções implementados e relacionados com o processo de diálise, assim como a abordagem a protocolos relacionados com os cuidados à pessoa transplantada, foram recomendadas para atualização de orientações a implementar nos cuidados à pessoa doente.

Nas reuniões semanais, com a equipa implementei reuniões semanais com a equipa, com o intuito de criar momentos de análise aos protocolos instituídos e relacionados com AV (maturação do AV; exame físico e dinâmico do AV (avaliação do fluxo do AV); maturação de AV; Infecção dos AV). Aspectos relacionados com a segurança também foram contemplados, com insistência na visibilidade do AV ao longo do tratamento. Foi aprimorado o cumprimento da diretriz do volume de a reinfeção, pode ter contribuído para a melhoria dos valores da hemoglobina. Também a monitorização do estado de hidratação, protocolado foi revisto, depois de terem sido aceites as minhas propostas. Verificou-se que os indicadores de qualidade foram otimizados significativamente, depois da minha intervenção e sensibilização.

Para além, das necessidades identificadas acima, ao longo do contacto com os doentes nos campos de estágio, verifiquei que alguns apresentavam algumas dúvidas sobre os cuidados a ter com o acesso vascular. Nomeadamente no caso de doentes com acesso vascular recentemente construído, ou em PRHD há pouco tempo.

Relativamente à competência específica em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, definida pela OE, o enfermeiro maximiza o ambiente terapêutico da pessoa a vivenciar a doença crónica, avaliando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas. O enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção (Regulamento nº 429/2018, p.19369).

No decorrer do estágio não ocorreram emergência, contudo, as enfermeiras tutoras, realçaram

a importância de saber atuar nestas situações, conhecendo pormenorizadamente os planos e os princípios de atuação definidos nas instituições, e sempre que existirem simulacros atuar em conformidade. Neste sentido foi analisado o plano de emergência e catástrofe do serviço, com especial atenção à planta de emergência, com a sinalética adequada, com as respetivas rotas de evacuação e pontos de encontro. Foi também percebida a hierarquia definida para estas situações, sendo que o enfermeiro coordenador e o enfermeiro responsável do turno, assumem o papel de liderança.

Com vista ao desenvolvimento da unidade de competência em análise, senti necessidade de consultar o plano nacional de segurança. A segurança é um elemento crucial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde, com foco especial no Serviço Nacional de Saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como objetivo primordial oferecer suporte aos gestores e profissionais clínicos do Serviço Nacional de Saúde, capacitando-os na implementação de métodos e metas que aprimorem a gestão dos riscos relacionados à prestação de cuidados de saúde.

Este plano é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. As instituições de saúde, através dos seus departamentos de qualidade e segurança, devem implementar e monitorizar este conjunto de ações propostas, com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população (Despachonº9390/2021).

Alusivo ainda à segurança do doente, importa salientar que a unidade hospitalar dispõe de uma política de gestão de Risco Clínico, que tem como objetivo estabelecer uma abordagem estratégica para a gestão do risco geral e clínico, por forma a prevenir a reduzir a sua gravidade.

Ainda neste âmbito, concretizei a atividade proposta, na fase de projeto de que era a realização de uma entrevista ao gestor de risco em saúde do contexto clínico. Ao longo desta entrevista, constatei que os hospitais dispõem de um documento de notificação de risco clínico e não clínico. O risco clínico diz respeito ao contexto do doente (quedas, identificação do doente, identificação com pulseira acerca de alergias, circuito da medicação, controlo de infeção, úlceras de pressão). O risco não clínico é no contexto geral, infraestruturas, assim como outras catástrofes.

A importância de distinguir, estes tipos de risco, reside na necessidade de abordagens e estratégias de gestão específica para cada um. Enquanto o risco clínico requer medidas para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, o risco não clínico exige medidas para garantir a segurança física e operacional dos contextos. Ao reconhecer e gerir adequadamente ambos os tipos de riscos, as unidades podem proporcionar um ambiente seguro para todos os envolvidos, promovendo assim a confiança dos doentes e a eficácia dos cuidados de saúde.

Cada notificação realizada é triada de acordo com o nível de prioridade e gravidade pelo GGRH que, após análise, encaminha para os profissionais que considera responsáveis pela resolução do problema. Este ciclo de identificação do problema e da sua resolução são fundamentais para a melhoria contínua da qualidade. A notificação de eventos adversos é uma das principais medidas usadas para avaliar o nível de segurança do doente (Toren et al., 2021).

De acordo com o enfermeiro responsável pela gestão de risco clínico e não clínico, foi possível validar que todos os profissionais, incluindo os em integração, têm conhecimento do instrumento de notificação do risco clínico e não clínico e que este é utilizado sempre que se justifique. Na instituição existe uma periodicidade trimestral de reuniões com o departamento de risco.

Como veículos de informação estão presentes no serviço: placard de risco (identificação dos interlocutores, o que notificar, número de emergência geral e clínico, procedimento e evacuação de doentes, cartaz de triagem de resíduos e acidentes de trabalho). De forma a fomentar esta cultura de segurança, o gestor de risco é responsável pela realização de auditorias a todos os doentes, uma vez por mês. De acordo com o resultado da auditoria, é realizado um relatório e um plano de intervenção com os objetivos a serem alcançados.

A existência de um sistema de notificações de eventos adversos pelo GGRH, seguido pela análise e encaminhamento para o profissional responsável, é fundamental para uma abordagem eficaz na identificação e resolução de problemas. A capacidade de identificar, notificar e analisar eventos adversos e riscos é uma componente essencial para promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim como a realização de reuniões periódicas com o departamento de risco, proporcionam um espaço para a discussão de estratégias preventivas e corretivas.

O objetivo da promoção da segurança do doente, permite ir ao encontro das competências específicas para o EEMC - PSC, uma vez que de acordo com a OE (2018), o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.

Na fase final deste percurso e no contexto hospitalar, considero ter alcançado o nível de competência avançado. Considero que o comportamento neste nível, foi aceitável. Deparei-me com situações reais da prática clínica, participei com frequência e ativamente em atividades, tendo capacidade de fazer uma leitura e interpretação mais pormenorizada, “O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar...” (Benner, 2001, p. 50). No ambiente do estágio de ambulatório, considero que atingi o nível de competência - Proficiente. Uma vez que adquiri capacidades para identificar situações como um todo e, desta forma, melhorar o meu processo de tomada de decisão; a característica minor deste nível está associada, quando confrontada com situações

novas e complexas, não conseguir com discernimento, descrever e explicar os mesmos. “... a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas; a percepção é aqui uma palavra-chave.” (Benner, 2001, p. 54 e 55).

Ao finalizar este documento, é importante refletir sobre a sua elaboração, apontar importantes considerações sobre o desenvolvimento de competências através das atividades realizadas de modo a cumprir os objetivos propostos ao longo dos estágios. Algumas das atividades propostos previamente, não foram possíveis de se concretizar. Ao longo deste capítulo, defrontei-me com algumas dificuldades para o desenvolvimento de competências. Adotei uma postura profissional com empenho, dedicação, com humildade e abertura, acertei novas estratégias e sugestões de melhoria, e assim adquirir um conjunto maior de conhecimentos no cuidar da pessoa em situação crónica.

No regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define quatro grandes domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e, o domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, p. 4745). De salientar que durante o estágio, a prática profissional orientou-se segundo estes desígnios.

Em diversas situações da sua prática diária, o enfermeiro especialista, “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento nº140/2019, p. 4745)

A tomada de decisão ética suporta-se em princípios que respeitam os desejos e crenças das pessoas (Nora et al., 2016). Além do respeito pela dignidade humana e pela qualidade de vida, os enfermeiros devem respeitar os princípios de autonomia, beneficência e mal - maleficência, justiça, vulnerabilidade e consentimento informado (OE, 2015).

Durante o estágio de natureza profissional, e independentemente do contexto em questão, experienciei situações que se podiam constituir momentos para uma tomada de decisão, assim como, reflexões sobre a prática, pesquisa de conhecimento científico e experiência, estes momentos propiciaram o desenvolvimento de competências no âmbito da responsabilidade, ética e legal.

Ao longo dos contextos, demonstrei tomada de decisão de acordo com os princípios, valores e normas deontológicas, assim como, a resolução de problemas que foram de encontro às necessidades do doente. Presenciei alguns momentos, como o incumprimento ao regime terapêutico (incumprimento do tempo efetivo, recusa de medicação, faltas ao tratamento). Neste sentido, a minha intervenção, no sentido de auxiliar a pessoa em situação crónica, passou por explicar o regime terapêutico, assim como a importância de não faltar aos tratamentos, mas o doente, perentoriamente, afirmando, “o tratamento é meu”, recusou, neste sentido respeitei a

vontade do doente, indo de encontro da responsabilidade, ética e legal.

Nesta situação, tive oportunidade de promover a proteção dos direitos humanos e ir de encontro à defesa do mesmo, conforme a deontologia profissional. De forma assegurar o respeito pelo direito do doente e o acesso a toda a informação. Assegurando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, relacionado com todo o ato a ser realizado. E com isto, fui de encontro ao respeito pelo direito do doente à privacidade.

Referente ao respeito e privacidade pelo doente, em alguns momentos nos estágios, criaram dificuldade para que pudesse garantir privacidade e intimidade dos doentes. Refiro-me ao contexto de ambulatório, algumas situações, os doentes sentiam necessidade de confidenciar alguns aspetos mais privados e talvez por “vergonha”, por estarem num ambiente com mais doentes a realizar o tratamento de HD, não comunicavam. Penso que seja importante criar um momento privado, neste tipo de contexto, de forma a promover a privacidade do doente. A proposta de criar momentos privados para facilitar a comunicação, revela uma compreensão sensível às necessidades emocionais dos doentes, isto contribui para a promoção de um ambiente de cuidado mais humano e centrado no doente.

Por outro lado, no contexto de internamento, existiam as condições necessárias, desde as estruturas físicas e local para a realização de consultas como veículo de informação. Ao seguir os princípios éticos e deontológicos da profissão, destaco a preocupação em garantir que os doentes tenham acesso à informação relevante sobre tudo o que envolve a sua condição clínica, e preservar a confidencialidade das informações clínicas.

Em relação ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Ao longo dos estágios, a minha missão enquanto enfermeira no desenvolvimento de competências neste domínio, alicerçou-se em garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, e se possível, num quadro de otimização de recursos. Os contextos de saúde de grande complexidade, onde a unidade de internamento se insere, dispõem de um grande número de normas e protocolos que visam potenciar a qualidade dos cuidados prestados, através da uniformização dos cuidados, do elencar do material necessário aos procedimentos e ainda a distribuição das funções dos diferentes profissionais necessários envolvidos. Desta forma, as normas e protocolos existentes promovem uma melhor organização do serviço e dos cuidados prestados.

As normas e protocolos institucionalizados é de extrema importância na padronização e eficiência dos cuidados. Estas diretrizes promovem uma abordagem uniforme, de forma a otimizar os recursos das instituições, assim, são fundamentais para garantir a qualidade e segurança nos cuidados de saúde.

Neste domínio, o enfermeiro especialista “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, p.4745). A preocupação com a segurança dos doentes na prestação de cuidados é visível nas instituições, e é uma das principais preocupações do GGRH, que além de outros procedimentos como as auditorias, dispõe de uma plataforma de notificação de incidentes disponível para todos os profissionais.

No domínio de gestão de cuidados, ao longo dos estágios foi também possível compreender e refletir sobre toda a organização da delegação de funções de gestão nestes contextos tão complexos.

Na instituição de ambulatório de hemodiálise, a Enfermeira Chefe, desempenha funções de gestão, como a reposição do stock de material e medicação, mantendo um stock seguro (80% da sua capacidade), gestão de equipamentos, elaborando planos de manutenção, a elaboração de escalas mensais, assim como a gestão de pessoal. Para além destas funções de gestão, é responsável pela supervisão da equipa de enfermagem, pela gestão operacional da unidade, pela coordenação das equipas, pela garantia da qualidade e segurança dos cuidados, pela coordenação interdisciplinar com outros profissionais de saúde, e pela promoção da formação contínua da equipa. Este desempenha um papel fundamental, de forma a garantir a excelência nos cuidados prestados.

Neste âmbito foi possível acompanhar todos estes processos e conhecer o desencadeamento de cada um. A título de exemplo, apercebi-me da falta de um enfermeiro para a realização do turno. Tentei neste sentido, explorar a possibilidade de outro elemento, assegurar o turno, e certifiquei-me que a continuidade de cuidados era prestada com segurança. Está preconizado, nas competências comuns do enfermeiro especialista que este “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Na ausência da enfermeira chefe, tem um enfermeiro que desempenha estas mesmas funções. Este enfermeiro, tem a capacidade de reunir e proporcionar um ambiente de prestação de cuidados à pessoa em situação crónica com CR. Deste modo, considero que o enfermeiro responsável de turno, seja parte integrante na elaboração deste plano, e por isso acredito que esta competência se enquadra nas competências do EEMCSC.

Na instituição de internamento, o enfermeiro responsável de turno é também o elo de ligação preferencial com a equipa multidisciplinar, colaborando em diversas situações de toma de decisão relacionadas com a gestão. Exemplificando, o enfermeiro responsável de turno assume a liderança na gestão das vagas do serviço, articulando as transferências com diversos serviços de internamento, define o momento adequado para admissão de novos doentes e participa ativamente nas reuniões médicas da equipa de transplante renal.

Relativamente ao domínio de aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve

o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

A opção por esta área do conhecimento de enfermagem, a pessoa em situação crônica, justificou-se precisamente porque, na procura de um maior autoconhecimento, encontrei lacunas de conhecimento e competências que ainda não tinha tido oportunidade de apreender e para as quais este curso de mestrado está orientado.

Será essencial para todos os enfermeiros especialistas, fazer uma constante avaliação das suas necessidades formativas e um investimento na resolução das mesmas, para que se verifiquem um crescimento profissional que permita grande assertividade de atuação.

Ao longo do estágio procurei ter espírito crítico sobre as minhas lacunas e investir na obtenção de novos saberes e na procura constante de novas experiências, neste âmbito, considero que tive uma evolução bastante significativa.

No final dos turnos, ou após situações que o justificavam, juntamente com o enfermeiro responsável dos AV e a enfermeira tutora, perante algumas situações ocorridas, após a realização da visita de enfermagem, discutimos e analisámos sobre os procedimentos corretos ou possíveis formas de melhoria relativamente aos AV.

Juntamente com o enfermeiro coordenador dos AV houve a necessidade de otimização das técnicas de canulação realizadas em alguns doentes. Neste sentido, sugeri a realização de uma formação acerca dos AV, a ser realizada pelo enfermeiro coordenador dos AV. Suportadas na melhor evidência científica, assim como os cuidados a ser ensinados ao doente. Nesta formação, sugeri ainda, discutir/analisar alguns casos na instituição, onde podíamos otimizar as técnicas de canulação.

Perante esta intervenção, consegui diagnosticar uma necessidade formativa e ter uma tomada de decisão para a concretização da aprendizagem relacionada com o AV. Acredito que fui um elemento facilitador na aprendizagem naquele contexto de trabalho.

No que diz respeito ao contexto de internamento, concretizei a atividade prevista no meu pré projeto. Esta atividade passou pelo desenvolvimento de capacidades acerca do regime terapêutico na pessoa submetida a TR. Essencialmente acerca dos fármacos imunossupressores.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A Enfermagem do presente e do futuro terá de compreender os seus alicerces estruturais, mas deverá, por um lado, saber caminhar no sentido de consolidar as competências específicas da profissão e, por outro lado, avançar na produção de um saber próprio da disciplina de enfermagem, porque sem uma orientação clara e uma base para guiar o desenvolvimento da profissão, é fácil perder o sentido (Watson, 2018).

A Enfermagem tem trilhado um percurso histórico e intelectualmente desafiador na sua afirmação como profissão e disciplina académica. A evolução da prestação de cuidados desde a vocação até à profissionalização permitiu o crescimento progressivo de uma profissão independente, dotada de saberes e competências específicas.

A atual formação em enfermagem é caracterizada pela sua extensão e exigência, visando capacitar os enfermeiros para o cumprimento do seu compromisso social, pautando-se pela excelência na prestação de cuidados. Para além da dimensão prática, a enfermagem como campo disciplinar tem vindo a consolidar-se, reconhecendo a sua interdisciplinaridade e a capacidade de integrar contributos de diversas áreas de conhecimento.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica tem um papel decisivo na construção do conhecimento e na articulação assertiva das competências que lhes são exigidas e que são determinantes para a promoção de uma imagem profissional de excelência.

A elaboração do presente relatório teve como propósito, de forma crítica-reflexiva, descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Os contextos dos estágios decorreram em valências diferentes, hemodiálise e transplante renal, e permitiram-me desenvolver aprendizagens e competências para os cuidados à pessoa portadora de DRC, em condições clínicas distintas, resultantes de processos experienciados e que se traduziram em modificações do comportamento. As aprendizagens são processos dinâmicos de interação, em que os comportamentos e experiências da pessoa envolvida, desempenham um papel crucial. Essas aprendizagens originam aquisições, retenção e capacidade de utilização dos conhecimentos, em que se desenvolvem capacidades de compreensão, análise, síntese e avaliação da prática.

Os estágios são momentos únicos que permitem uma aprendizagem supervisionada em

contexto real e obrigam à mobilização de um grande conjunto de conhecimentos e para o desenvolvimento de competências. Os contextos clínicos onde os mesmos decorreram possibilitaram experiências ímpares, que possibilitaram dar resposta à aquisição das competências especializadas. Neste sentido, a escolha destes contextos para o estágio final, revelou-se como uma excelente opção.

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

Ao longo deste processo foi possível desenvolver competências de conceção de cuidados de enfermagem à pessoa com compromisso da função renal, tendo em conta as suas diferentes etapas. Considero que melhorei a capacidade de recolha de dados no âmbito dos processos corporais, que permitiram avaliar a condição da pessoa, bem como a prescrição de intervenções de enfermagem, que permitiram dar resposta aos problemas identificados. Também melhorei a capacidade de recolher dados e identificar necessidades da pessoa relativas ao seu processo adaptativo de vivência com doença crónica, estabelecendo prioridades de atuação e implementando estratégias de intervenção especializadas.

Relativamente ao tema do projeto que delineei, considero ter atingido os objetivos a que me propus, tendo este projeto servido também como meio para adquirir as ferramentas necessárias à mobilização e transposição do conhecimento para a prática. Realço que estes dois momentos de estágio, foram ricos em aprendizagem e constituíram uma oportunidade única no meu percurso profissional.

A concretização deste relatório conjuntamente com a elaboração dos planos de cuidados, permitiu desenvolver competências no cuidado à pessoa a vivenciar a doença crónica, tendo um especial enfoque nos comportamentos de autogestão do regime medicamentoso. O enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crónica desenvolve competências específicas na sua prática num contexto muito particular, onde existe uma proximidade com a pessoa com DRC em HD, quer no que diz respeito ao contacto físico, quer na periodicidade de contacto. Esta proximidade permite, entre outros, identificar problemas de automedicação, situações de inconformidades na toma dos medicamentos, ou mesmo lapso ou ausência na toma dos mesmos. Percebemos a importância do enfermeiro na identificação das necessidades em cuidados de enfermagem neste âmbito, bem como no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem especializada, de forma a facilitar o processo de autogestão.

Por vezes surgem dificuldades na implementação dos regimes terapêuticos, pela complexidade dos mesmos, combinado com as alterações das condições do doente, como o seu estado

cognitivo. Desponta a necessidade de o enfermeiro especialista aplicar estratégias que contribuam para um aumento da adesão ao regime terapêutico, sobressaindo o envolvimento do doente e do cuidador/família. A pessoa doente ao participar no planeamento do seu tratamento, consciencializa-se do seu processo de doença e tratamento, desponta a aceitação e o desenvolvimento de capacidades para a sua gestão, reconhecendo-se a promoção da saúde, prevenção e tratamento.

No decorrer deste mestrado, ao longo da procura de informação, deparei-me com determinadas áreas do conhecimento que ainda não estão totalmente exploradas, sobre as quais existe a necessidade de maior investigação, constituindo uma das dificuldades sentidas no momento da tomada de decisão. No entanto, face ao meu conhecimento previamente adquirido e à literatura disponível, tentei perceber qual a intervenção mais adequada tendo em conta os dados recolhidos acerca da condição da pessoa naquele momento, ponderando os riscos e benefícios, assim como os recursos disponíveis e discutido com o tutor e orientadores, logo que oportuno.

O maior constrangimento à concretização deste mestrado foi, sem dúvida, a capacidade de realizar a síntese dos conteúdos, assim como a organização dos conteúdos e a conceção do plano de cuidados na plataforma e4nursing. O fator tempo, foi também uma dificuldade, devido à necessidade de conciliar prazos de entrega de trabalhos com a carga horária profissional e dos ensinos clínicos, além da vida pessoal. No entanto considero que superei esta desafio, sentindo que foi uma experiência gratificante.

Estes obstáculos foram ultrapassados com grande empenho e com orientação imprescindível dos orientadores e tutoras de estágio. Assim como, foi determinante o apoio de toda a minha família, amigos e equipa de trabalho.

Em suma, considero que consegui alcançar os objetivos definidos para este relatório. O mesmo será posteriormente defendido publicamente, encerrando assim um ciclo que me permitiu evoluir pessoal e profissionalmente, conhecer outras realizadas, ficar mais desperta para, melhorar a minha prestação de cuidados, motivando-me na contínua procura de conhecimento.

7. BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Rahman, E. M., Balogun, R. A., & Balogun, S. A. (2014). *Chronic Kidney Disease: Signs/symptoms, Management Options and Potential Complications* [Book]. Nova Science Publishers, Inc. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=e600xww&AN=669788&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Ahsan, A., Kaul, S., Singh, N., Khullar, D., & Gupta, A. (2023). Evaluation of medication adherence in chronic kidney disease patients with and without hemodialysis. *Indian Journal of Medical Specialities*, 14(3), 162. https://doi.org/10.4103/injms.injms_46_23
- Akbar, S. A., Jafri, S. Z. H., Amendola, M. A., Madrazo, B. L., Salem, R., & Bis, K. G. (2005). Complications of renal transplantation. *Radiographics*, 25(5), 1335-1356.
- Ammirati, A. L. (2020). Chronic kidney disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66, s03-s09.
- Ana Larisse Teles, C., Brena Barreto, B., Lia Silveira, A., Antônio Augusto Ferreira, C., & Geraldo Bezerra da Silva, J. (2023). Percepção Dos Pacientes Com Doença Renal Crônica Sobre Os Impactos Do Tratamento Na Atividade Profissional. *New Trends in Qualitative Research*, 18, e884. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e884>
- Anderson, C. A. M., & Nguyen, H. A. (2018). Nutrition education in the care of patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Semin Dial*, 31(2), 115-121. <https://doi.org/10.1111/sdi.12681>
- Barbosa, G. d. S., & Valadares, G. V. (2009). Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 524-527.
- Bardowska, K., Letachowicz, K., Kaminska, D., Kusztal, M., Golebiowski, T., Krolicki, T., . . . Krajewska, M. (2020). The attitude of kidney transplant recipients towards elective arteriovenous fistula ligation. *PLoS One*, 15(7), e0234931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234931>
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*, 18(1), 46-51.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto, Ed.).
- Berner, T., Ferro, C., Dieguez, G., Metz, S., Moore, J., Szabo, E., & Kovesdy, C. P. (2023). Real-

- World Phosphate Binder Use among Dialysis-Dependent Patients with CKD. *Nephron*, 147(10), 583-590. <https://doi.org/10.1159/000530230>
- Browne, T., & Merighi, J. R. (2010). Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *Am J Kidney Dis*, 56(3), 547-557. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.03.002>
- Bunemann, M., Bauer-Hohmann, M., Klewitz, F., Kyaw Tha Tun, E. M., Tegtbur, U., Pape, L., . . . Nohre, M. (2020). Beliefs about immunosuppressant medication and correlates in a German kidney transplant population. *J Psychosom Res*, 132, 109989. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109989>
- Caeiro, F., & Almeida, T. (2022). O primeiro ano pós - transplante (E. LIDEL, Ed. 8 ed.).
- Camarneiro, A. P. (2021). Therapeutic adherence: contributions to understanding and intervention. *Revista de Enfermagem Referência*(7).
- Castro, M. C. M. (2019). Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. *J Bras Nefrol*, 41(1), 95-102. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0028>
- Cattinelli, I., Bolzoni, E., Barbieri, C., Mari, F., Martin-Guerrero, J. D., Soria-Olivas, E., . . . Gatti, E. (2012). Use of Self-Organizing Maps for Balanced Scorecard analysis to monitor the performance of dialysis clinic chains. *Health Care Manag Sci*, 15(1), 79-90. <https://doi.org/10.1007/s10729-011-9183-6>
- Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *JAMA*, 322(13), 1294-1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Cheung, C. Y., & Tang, S. C. W. (2022). Personalized immunosuppression after kidney transplantation. *Nephrology (Carlton)*, 27(6), 475-483. <https://doi.org/10.1111/nep.14035>
- Clark, W. R., Dehghani, N. L., Narsimhan, V., & Ronco, C. (2019). Uremic Toxins and their Relation to Dialysis Efficacy. *Blood Purif*, 48(4), 299-314. <https://doi.org/10.1159/000502331>
- Cossart, A. R., Staatz, C. E., Campbell, S. B., Isbel, N. M., & Cottrell, W. N. (2019). Investigating barriers to immunosuppressant medication adherence in renal transplant patients. *Nephrology (Carlton)*, 24(1), 102-110. <https://doi.org/10.1111/nep.13214>
- Cristovao, A. F. (2015). Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Rev Bras Enferm*, 68(6), 1154-1162. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680622i>
- Cui, J., Xu, D., Ma, J., Liu, B., Kawai, T., Yeh, H.,Irani, Z. (2017). Stenoses in the surgically manipulated segment have better angioplasty response compared to the surgically naive segment in fistulas. *J Vasc Access*, 18(3), 192-199. <https://doi.org/10.5301/jva.5000659>
- Daugirdas, J. T. (2015). Removal of Phosphorus by Hemodialysis. *Semin Dial*, 28(6), 620-623.

<https://doi.org/10.1111/sdi.12439>

Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2001). Guia Farmacológico para Enfermeiros. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed. 7º ed.).

Delač, M. Č., Meštrić, Z. F., Perković, S., Štefanović, L. B., Vidas, Ž., Kocman, B., . . . Delaš, I. (2018). Assessment of nutritional support in patients after liver and kidney transplantation [Article]. Croatian Journal for Food Technology, Biotechnology & Nutrition / Hrvatski Casopis za Prehrambenu Tehnologiju, Biotehnologiju i Nutricionizam, 13(3/4), 140- 146.

<https://doi.org/10.31895/hcptbn.13.3-4.7>

Delgado, L. (1997). Manual de Hemodiálise. Edição da Clínica de Doença Renais. Lisboa.

Despachon.º14/391. (2001). Manual de boas Práticas de Hemodiálise - Listagem das doenças transmissíveis com relevância na diálise e instrução sobre a sua profilaxia Diário da República - 2.ª Série, nº158 - 10 de Julho, pág 11487.

Despachonº9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. . Assembleia da República. Diário da República, II série (nº187 - 24 de setembro de 2021), 96-103.

Norma 017/2011 da Direção Geral da Saúde. Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. , (2011). <https://www.anadial.pt/wp-content/uploads/2018/04/Norma-017-2011-.pdf>

Di Maira, T., Little, E. C., & Berenguer, M. (2020). Immunosuppression in liver transplant. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 46, 101681.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2016). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health(40), 201-219-201-219.

Dias, T. S., Neto, M. M., & Cardeal da Costa, J. A. (2008). Arteriovenous fistula puncture: an essential factor for hemodialysis efficiency. Renal failure, 30(9), 870-876.

Eckardt, K.-U., Kasiske, B. L., & Zeier, M. G. (2009). KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. American Journal of Transplantation, 9, S1-S155.

Enfermeiros, O. d. (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise

Evans, P. D., & Taal, M. W. (2011). Epidemiology and causes of chronic kidney disease. Medicine, 39(7), 402-406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2011.04.007>

Fouque, D., Vennegoor, M., Ter Wee, P., Wanner, C., Basci, A., Canaud, B., . . . Martin-Malo, A. (2007). EBP guideline on nutrition. Nephrology Dialysis Transplantation, 22(suppl_2), ii45-ii87.

- Francis, A., Johnson, D. W., Craig, J. C., & Wong, G. (2018). Moving on: transitioning young people with chronic kidney disease to adult care. *Pediatr Nephrol*, 33(6), 973-983. <https://doi.org/10.1007/s00467-017-3728-y>
- Frazão, C. M. F. d. Q., Fernandes, M. I. d. C. D., Nunes, M. d. G. M., Sá, J. D. d., Lopes, M. V. d. O., & Lira, A. L. B. d. C. (2013). Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34, 45-52.
- Gabriel, M. D. (2017). Handbook of Kidney Transplantation. In (Vol. Sixth edition). Wolters Kluwer Health. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=e600xww&AN=1857582&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M., & Silva, G. (2023). Portuguese Registry of Kidney Replacement Therapy 2022. Gabinete Do Registo Da Doença Renal Crónica Da Sociedade Portuguesa de nefrologia, 1-124. https://doi.org/https://www.spnephro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2022-final.pdf.
- Garcia Ospina, C. A., Holguín, M. C., Cáceres Escobar, D., & Restrepo Valencia, C. A. V. (2017). Importancia de la hiperfosfatemia en la enfermedad renal crónica, como evitarla y tratarla por medidas nutricionales. *Revista Colombiana de Nefrología*, 4(1), 38. <https://doi.org/10.22265/acnef.4.1.270>
- Gaspar, E. (2013). Factores que influenciam a adesão à terapêutica antirretroviral: a percepção dos enfermeiros de um serviço de infecciologia. Escola Nacional de Saúde Pública-UNL.
- Gasu, V., Ashong, M., Seferi, A., & Fitzpatrick, A. (2019). Effectiveness of phosphate binders in adult patients with end stage renal disease receiving hemodialysis: a systematic review. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, 17(1), 49-73. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003740>
- Gebrie, M. H., Asfaw, H. M., Bilchut, W. H., Lindgren, H., & Wettergren, L. (2023). Patients' experience of undergoing maintenance hemodialysis. An interview study from Ethiopia. *PLoS One*, 18(5), e0284422. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284422>
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Jose, M. D., & Zaidi, S. T. R. (2017). Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0583-9>
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Lioufas, N. M., Peterson, G. M., & Zaidi, S. T. (2015). Nonadherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: A Systematic Review. *PLoS One*, 10(12), e0144119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144119>
- Gokoel, S. R. M., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J. M., Moes, D., & de

- Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplant Rev (Orlando)*, 34(1), 100511. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
- Gonçalves, P., Reveles, A., Martins, H., Rodrigues, I., & Rodrigues, S. (2016). Adherence to Immunosuppressive Therapy in Kidney Transplant Recipients: Integrative Literature Review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº8), 121-131. <https://doi.org/10.12707/riv14063>
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. P. (2012). The impact of treatment transitions between dialysis and transplantation on illness cognitions and quality of life - a prospective study. *Br J Health Psychol*, 17(4), 812-827. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02076.x>
- Haller, M. C., Kammer, M., & Oberbauer, R. (2019). Dialysis vintage and outcomes in renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant*, 34(4), 555-560. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy099>
- Hamrahian, S. M., & Falkner, B. (2017). Hypertension in Chronic Kidney Disease. *Adv Exp Med Biol*, 956, 307-325. https://doi.org/10.1007/5584_2016_84
- Hansen, R., Seifeldin, R., & Noe, L. (2007). Medication adherence in chronic disease: issues in posttransplant immunosuppression. *Transplant Proc*, 39(5), 1287-1300. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.02.074>
- Hartweg, D. (1991). Dorothea Orem: Self-care deficit theory (Vol. 4). Sage publications.
- Humar, A., & Matas, A. J. (2005). Surgical complications after kidney transplantation. *Semin Dial*, 18(6), 505-510. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2005.00097.x>
- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., . . . Barba, Á. (2017). Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. *Nefrologia*, 37 Suppl 1, 1-191. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004> (Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis.)
- Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J.-J., Chan, W., . . . Cuppari, L. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3), S1-S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- INE. (2021). Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde 2021.
- Jenkins, K., & Mahon, A. (2008). Chronic Kidney Disease, stages 4-5: A guide to clinical practice. EDTNA/ERCA Chronic Kidney Disease (CKD) Group, Madrid, Spain, 86.
- Jones, D. J., Harris, J. P., Butler, L. T., & Vaux, E. C. (2020). A potential barrier to adherence? Memory for future intentions is impaired in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 24(1), 114-120.

- Kairaitis, L. K., Collett, J. P., & Swinnen, J. (2018). Diameter of inflow as a predictor of radiocephalic fistula flow. *The Journal of Vascular Access*, 19(6), 548-554. <https://doi.org/10.1177/1129729818761306>
- Kajdas, A. A., Szostak-Wegierek, D., Dabrowska-Bender, M., Normann, A. K., & Sondergaard Linde, D. (2023). Immunosuppressive Therapy and Nutritional Status of Patients after Kidney Transplantation: A Protocol for a Systematic Review. *J Clin Med*, 12 (21). <https://doi.org/10.3390/jcm12216955>
- Kalantar-Zadeh, K., Forfang, D., Bakris, G., Martin, K. J., Moe, S. M., & Sprague, S. M. (2023). Managing Phosphate Burden in Patients Receiving Dialysis: Beyond Phosphate Binders and Diet. *Kidney360*, 10.34067/KID.0000000000000262. <https://doi.org/10.34067/kid.0000000000000262>
- Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T. H., Nitsch, D., Neuen, B. L., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease. *Lancet*, 398(10302), 786-802. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5)
- Kalble, T., Lucan, M., Nicita, G., Sells, R., Burgos Revilla, F. J., Wiesel, M., & European Association of, U. (2005). EAU guidelines on renal transplantation. *Eur Urol*, 47(2), 156-166. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.02.009>
- Kennedy, A., Rice, M. K., Waguespack, M., Xie, W. Y., Al-Qaoud, T., & Malik, R. D. (2023). A Contemporary Evaluation of Urological Outcomes After Renal Transplantation. *Urol Pract*, 10(1), 75-81. <https://doi.org/10.1097/UPJ.0000000000000353>
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011), 12(1), 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 888.
- Lameire, N. H., Levin, A., Kellum, J. A., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., . . . Conference, P. (2021). Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Kidney Int*, 100(3), 516-526. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.06.028>
- Law, J. P., Pickup, L., Pavlovic, D., Townend, J. N., & Ferro, C. J. (2023). Hypertension and cardiomyopathy associated with chronic kidney disease: epidemiology, pathogenesis and treatment considerations. *J Hum Hypertens*, 37(1), 1-19. <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00751-4>
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K.,Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis*, 75(4 Suppl 2), S1-s164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Loureiro, M., Sousa, L., Duarte, J., Coutinho, G. F., Martins, M. M., & Novo, A. (2023). El proceso

de transición y capacitación de la persona trasplantada al corazón y familia: ensayo teórico. *Cultura de los Cuidados*, 27(66), 172-182.

Low, J. K., Williams, A., Manias, E., & Crawford, K. (2015). Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*, 30(5), 752-761. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu204>

Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros Universidade do Minho (Portugal)]*.

Magee, C. C., & Pascual, M. (2004). Update in renal transplantation. *Archives of internalmedicine*, 164(13), 1373-1388.

Malik, J., de Bont, C., Valerianova, A., Krupickova, Z., & Novakova, L. (2022). Arteriovenous Hemodialysis Access Stenosis Diagnosed by Duplex Doppler Ultrasonography: A Review. *Diagnostics (Basel)*, 12(8). <https://doi.org/10.3390/diagnostics12081979>

Marino, L. V., Romao, E. A., & Chiarello, P. G. (2017). Nutritional status, energy expenditure, and protein oxidative stress after kidney transplantation. *Redox Rep*, 22(6), 439-444. <https://doi.org/10.1080/13510002.2017.1325572>

Matsuda-Abedini, M., Marks, S. D., & Foster, B. J. (2023). Transition of young adult kidney transplant recipients. *Pediatr Nephrol*, 38(2), 383-390. <https://doi.org/10.1007/s00467-022-05582-6>

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5th Edition, Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, Philadelphia.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Hall, J. M., & Stevens, P. E. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: Promoting diversity and collaborative mentorship. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 177-180.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mhammedi, S. A., Hamdi, F., Benabdelhak, M., Bentata, Y., & Haddiya, I. (2019). [Therapeutic compliance: another challenge for patients on chronic haemodialysis]. *The Pan African medical journal*, 33, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.28.9448> (L'observance thérapeutique: un autre défi à relever chez l'hémodialyse chronique.)

- Narla, D., Nguyen, C., Mahesh, S., & Raina, R. (2023). Maintenance Immunosuppression in Kidney Transplantation. In *Pediatric Solid Organ Transplantation: A Practical Handbook* (pp. 133- 145). Springer.
- Nephrocare. (2006). Para uma dieta saudável de um doente em hemodiálise (4 ed.).
- Nevins, T. E., Nickerson, P. W., & Dew, M. A. (2017). Understanding Medication Nonadherence after Kidney Transplant. *J Am Soc Nephrol*, 28(8), 2290-2301. <https://doi.org/10.1681/ASN.2017020216>
- Noble, J., Terrec, F., Malvezzi, P., & Rostaing, L. (2021). Adverse effects of immunosuppression after liver transplantation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 54-55, 101762. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2021.101762>
- Nolasco, F. (1982). Patologia do hemodialisado. Manual de hemodiálise para enfermeiros, 157-160.
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. d. S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.
- OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros
- OE. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros Lisboa
- OE. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros
- OE. (2016). Guia orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Ordem dos Enfermeiros In: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883>
- OE. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série - Nº 135.
- OM. (2017). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos
- Omer, Y. (2009). Evaluation of follow up care among post kidney transplantation client, community health nursing. Ain shams University, Egypt.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pacheco, G. d. S., Santos, I. d., & Bregman, R. (2007). Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Escola Anna Nery*, 11, 44-51.
- Pedroso, V. S. M., Siqueira, H. C. H., Andrade, G. B., Medeiros, A. C., Tolfo, F., & Moura, B. (2019).

The nurse and the model of living of the renal transplanted user: seeking the quality of life/O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 241-247.

Peralta, R., Fazendeiro Matos, J., & Carvalho, H. (2021). Safe Needling of Arteriovenous Fistulae in Patients on Hemodialysis: Literature Review and a New Approach. *Nephrol Nurs J*, 48(2), 169-176.

Pinto, R., Duarte, F., Mata, F., Sousa, C., Salgueiro, A., & Fernandes, I. (2023). Construção e validação de um modelo de decisão para a canulação da fístula arteriovenosa em hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(N° 2 - Suplemento N.º 1). <https://doi.org/10.12707/rvi22021>

Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., & Donaldson, L. (2006). 'Clean Care is Safer Care': the Global Patient Safety Challenge 2005-2006. *Int J Infect Dis*, 10(6), 419-424.<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2006.06.001>

Potter, L., Lushin, E. N., Hofmeyer, B., Ensor, C., Wilson, N., Tremblay, S., . . . American Society of Transplantation Transplant Pharmacy Community of, P. (2019). Discharge medication procurement and education after kidney transplantation. *Clin Transplant*, 33(8), e13627. <https://doi.org/10.1111/ctr.13627>

Radmore, N. M., & Hyrkäs, K. (2019). Teaching-learning partnership between nurses and long-term patients undergoing peritoneal dialysis: A qualitative study. *J Ren Care*, 45(3), 159-170.

Rahdar, Z., Jahantigh Haghighi, M., Mansouri, A., Siasary, A., Alahyari, J., & Jahantigh, F. (2019). Probing the Relationship Between Treatment Regimen Compliance and the Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Descriptive-Analytic Study. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.5812/msnj.95599>

Rastogi, A., Bhatt, N., Rossetti, S., & Beto, J. (2021). Management of hyperphosphatemia in end-stage renal disease: a new paradigm. *Journal of Renal Nutrition*, 31(1), 21-34.

Rebafka, A. (2016). Medication Adherence After Renal Transplantation-a Review of the Literature. *J Ren Care*, 42(4), 239-256. <https://doi.org/10.1111/jorc.12181>

Regulamento nº140/2019, d. d. F., p.4744. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista *Diário da República*, 26, Série II.

Regulamento nº 429/2018, d. d. j. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. . *Diário da República*, 2º série - N° 135.

Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Reyna-Sepúlveda, F., Ponce-Escobedo, A., Guevara-Charles, A., Escobedo-Villarreal, M., Pérez-

- Rodríguez, E., Muñoz-Maldonado, G., & Hernández-Guedea, M. (2017). Outcomes and Surgical Complications in Kidney Transplantation. *Int J Organ Transplant Med*, 8(2), 78-84.
- Rodrigues, I., Ambrósio, F., Duarte, V., & Ribeiro, C. (2011). Terapêutica Peri - Dialítica. In *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp. 173-184). Almedina.
- Rodríguez-Osorio, L., Zambrano, D. P., Gracia-Iguacel, C., Rojas-Rivera, J., Ortiz, A., Egido, J., & Parra, E. G. (2015). Uso del sevelamer en la enfermedad renal crónica. Más allá del control del fósforo [10.1016/j.nefro.2015.05.022]. *Nefrología*, 35(2), 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.05.022>
- Roetker, N. S., Guo, H., Ramey, D. R., McMullan, C. J., Atkins, G. B., & Wetmore, J. B. (2023). Hemodialysis Access Type and Access Patency Loss: An Observational Cohort Study. *Kidney Med*, 5(1), 100567. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100567>
- Roseleur, J., Harvey, G., Stocks, N., & Karnon, J. (2019). Behavioral Economic Insights to Improve Medication Adherence in Adults with Chronic Conditions: A Scoping Review. *Patient*, 12(6), 571-592. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00377-8>
- Roumeliotis, S., Mallamaci, F., & Zoccali, C. (2020). Endothelial Dysfunction in Chronic Kidney Disease, from Biology to Clinical Outcomes: A 2020 Update. *J Clin Med*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/jcm9082359>
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization.
- Salifu, M. O., Tedla, F., & Markell, M. S. (2005). Management of the Well Renal Transplant Recipient: Outpatient Surveillance and Treatment Recommendations [Article]. *Seminars in Dialysis*, 18(6), 520-528. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2005.00099.x>
- Santos, L. F., Prado, B. d. C., Castro, F. P. d. S., Brito, R. F., Maciel, S. C., & Avelar, T. C. (2018). Qualidade de Vida em Transplantados Renais. *Psico-USF*, 23(1), 163-172. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230114>
- Santos, R. P. d., Carvalho, A. R. d. S., & Peres, L. A. B. (2019). Kidney transplantation epidemiology in Brazil. *Nefrología (English Edition)*, 39(4), 402-410. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.05.004>
- Shinaberger, C. S., Greenland, S., Kopple, J. D., Van Wyck, D., Mehrotra, R., Kovesdy, C. P., & Kalantar-Zadeh, K. (2008). Is controlling phosphorus by decreasing dietary protein intake beneficial or harmful in persons with chronic kidney disease? *The American journal of clinical nutrition*, 88(6), 1511-1518.
- Silva, M., Santos, L., Dias, C., Cardoso, F., & Matos, V. (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros - Nutrição* (Almedina, Ed.).

- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. F. (2014). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *J Clin Nurs*, 23(13-14), 1796-1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.12207>
- Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N., Dias, V. F. F., & Novais, M. E. L. M. (2020). Self-care behavior profiles with arteriovenous fistula in hemodialysis patients. *Clinical Nursing Research*, 29(6), 363-367.
- Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N., & Novais, M. E. L. M. (2017). Self-care on hemodialysis: Behaviors with the arteriovenous fistula. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 21(2), 195-199.
- Sousa, C. N., Teles, P., Sousa, R., Cabrita, F., Ribeiro, O., Delgado, E., . . . Ozen, N. (2023). Hemodialysis vascular access coordinator: Three-level model for access management. *SeminDial*. <https://doi.org/10.1111/sdi.13153>
- Sousa, M. E. P. (2012). Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa com Doença Renal Crónica Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu].
- Stoler, S. T., Chan, M., & Chadban, S. J. (2023). Nutrition in the Management of Kidney Transplant Recipients. *J Ren Nutr*, 33(6S), S67-S72. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2023.07.001>
- Szumilas, K., Wilk, A., Wiśniewski, P., Gimpel, A., Dziedziejko, V., Kipp, M., & Pawlik, A. (2023). Current Status Regarding Immunosuppressive Treatment in Patients after Renal Transplantation. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(12), 10301. <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/12/10301>
- Teixeira Rocha, C. C., da Lima Neto, A. V., Pereira da Silva, A. B., Silva Farias, V. A., D'Eça Junior, A., & Rosendo da Silva, R. A. (2021). Nursing Care for Kidney Transplant Patients: A Scoping Review. *Aquichan*, 21(3), 1-15. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.6>
- Tesfaye, W. H., Peterson, G. M., Castelino, R. L., McKercher, C., Jose, M. D., Wimmer, B. C., & Zaidi, S. T. R. (2019). Medication Regimen Complexity and Hospital Readmission in Older Adults With Chronic Kidney Disease. *Ann Pharmacother*, 53(1), 28-34. <https://doi.org/10.1177/1060028018793419>
- Thomas, N., Jeffrey, C., & Cunha, J. M. (2005). Enfermagem em nefrologia.
- Toren, O., Dokhi, M., & Dekeyser Ganz, F. (2021). Hospital nurses' intention to report near misses, patient safety culture and professional seniority. *Int J Qual Health Care*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab031>
- Tschida, S., Aslam, S., Khan, T. T., Sahli, B., Shrank, W. H., & Lal, L. S. (2013). Managing specialty medication services through a specialty pharmacy program: the case of oral renal transplant immunosuppressant medications. *J Manag Care Pharm*, 19(1), 26-41.

<https://doi.org/10.18553/jmcp.2013.19.1.26>

Urena Torres, P. A. (2017). [Strategies aiming to control hyperphosphatemia in chronic kidney disease]. *Nephrol Ther*, 13 Suppl 1, S95-S101. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2017.01.002> (Strategies visant a reduire la phosphatemie dans la maladie renale chronique.)

Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandao, J., Nogueira, R., . . . Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479-487. <https://doi.org/10.1159/000508678>

Watson, J. (2018). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. In (Vol. 26): SciELO Brasil.

WHO. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization.

WHO. (2022). World Health Organization: Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Wildes, D. M., Costigan, C. S., Kinlough, M., Flynn, J., Dolan, N., Riordan, M., . . . Awan, A. (2023). Transitional care models in adolescent kidney transplant recipients-a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*, 38(1), 49-55. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfac175>

8. ANEXOS

Anexo I

Guia Orientador de Acolhimento a Novos Doentes

O início do tratamento numa unidade de hemodiálise, implica uma serie de mudanças na vida da pessoa com IRC. Um acolhimento inicial adequado, pode constituir um aspeto facilitador da sua adaptação, ajudando na redução da ansiedade que o doente possa sentir.

O presente documento, serve apenas como guia orientador, para a realização do acolhimento à pessoa na nossa unidade. O mesmo está organizado em diferentes etapas, cada uma delas com temas essenciais a abordar. No entanto as mesmas podem ser dinâmicas e adaptadas a cada pessoa e de acordo com as suas dúvidas e anseios.

Pré-diálise - Etapa Realizada pela Enfermeira Chefe

Colheita de dados

- Contexto familiar (onde reside, cuidador, apoio social, Lar)
- História Clínica (consulta de diário clínico)
- Direitos e Deveres dos doentes: Abordagem aos direitos e deveres do doente;
- Realizar ensino para a utilização da Cadeiras de Dialise e entregue respetivo manual de instruções;
- Entregue Manual de Acolhimento: “Bem-vindo à Instituição” e Guia Alimentar e breve abordagem ao seu conteúdo, promovendo uma melhor compreensão e adesão ao tratamento pela pessoa/família e cuidadores;
- Avaliação inicial do Acesso Vascular (Data de construção/colocação; Validação e reforço dos conhecimentos prévios e abordagem inicial).

1ª Etapa de Acolhimento – Informação Geral

- Apresentação da instituição, quem somos e onde estamos;
- Direitos e Deveres do utente - Reforço e orientação para placard na sala de espera e para a cópia fornecida junto com o manual de acolhimento anteriormente entregue;
- Informação geral da clínica - horário de funcionamento, contactos telefónicos;
- Informar sobre turno atribuído, horário do tratamento e início do mesmo por ordem de chegada à clínica;
- Explicação do circuito do utente (transporte, a sala de espera dos utentes, vestiários, a sala de diálise, casas de banho, refeição durante o tratamento, dispositivos de entretenimento);
- Equipa que vai cuidar e acompanhar constituída por: Enfermeiros, médicos residentes, médicos nefrologista, farmacêutica, nutricionista, assistente social e assistentes operacionais.
- Informar que será posteriormente contactado pela Nutricionista, farmacêutica e assistente social para informação adicional e esclarecimento de dúvidas relacionadas com cada uma das áreas de intervenção.
- Informar sobre o tratamento que temos para oferecer e os diferentes tipo de modalidades de tratamento HD e HDF? Produtos e equipamento e esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento da cadeira de diálise;
- Informar que em situação de emergência no domicílio deverá ligar de imediato 112;
- Aplicar Escala de Barthel e respetivo registo.

2ª Etapa de Acolhimento – Tratamento e Acesso Vascular (Efetuar registo no Euclid):

- Esclarecimento de dúvidas relacionadas com a etapa anterior;
- Higiene e Controlo de Infecção: Importância da desinfecção das mãos à entrada e saída da clínica; Regras de etiqueta respiratória; Uso de máscara de proteção em caso de sintomas respiratórios; uso de luva para realização da hemóstase; utilize contentores (abra com o pedal) certos para o lixo; lave o braço da fístula arteriovenosa;
- Explicar conceitos: prescrição médica, peso seco, 4h de efetivas de tratamento, número de tratamentos prescritos/semana;
- Ensino sobre o acesso vascular para diálise: cuidados, vigilância e sinais de alerta. O tema será aprofundado pelos responsáveis dos AV e entregue panfleto “Acesso Vascular”;

- Abordagem inicial, sobre nutrição e cuidados na ingestão hídrica (importância do controle do potássio e do fósforo); reforçada a existência de consulta de Nutrição e que posteriormente terá consulta.

3ª Etapa de Acolhimento – Medicação, Apoios e Programas

- Esclarecimento de dúvidas relacionadas com a etapa anterior;
- Medicação Intra e extra dialítica: Importância de cumprir a medicação prescrita; Informar que a medicação extra dialítica é fornecida pela clínica (entregue pela farmacêutica no final de cada mês); A farmacêutica irá posteriormente abordar este item.
- Informar sobre a realização de análises de sangue mensais ou sempre que necessário para controle analítico e verificação da eficácia do tratamento;
- Monitorização regular do AV (Qa) e líquidos no espaço extra celular;
- Programa Exercício Físico – Enfermeiro Reabilitação;
- Programa de Prevenção de Quedas: Enf.º Responsável que realizará os ensinamentos necessários sobre prevenção.
- Programa My Company (Enf.º Responsável)
- Apoio Social e Familiar e férias – Tema abordado e esclarecimento de dúvidas pela Assistente Social.

4ª Etapa de Acolhimento – Esclarecimento de dúvidas

- Etapa realizada pela Enf.º responsável pela formação da instituição sensivelmente 1 mês após a 3ª etapa de acolhimento, no sentido de identificar necessidades, esclarecer dúvidas e reforçar ensinamentos anteriormente efetuados.