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

A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica

THE PERSON WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN A REGULAR HEMODIALYSIS PROGRAM
Development project of specialized clinical skills in the Medical-Surgical Nursing area for Person in Chronic Situations.

Autor
Carla Sofia Pereira Dias

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

António Carlos Lopes Vilela
Professor Adjunto, Doutor

Autor
Carla Sofia Pereira Dias

Porto, 2024

RESUMO

O crescente envelhecimento populacional, os comportamentos de risco, os fatores ambientais e o aumento da esperança de vida, estão a causar um aumento significativo das doenças crónicas. A doença crónica é hoje no mundo e, em particular na Europa e Portugal, a grande causa de mortalidade e morbilidade, prevendo-se um aumento deste cenário nos próximos anos. Esta realidade, constitui um grande desafio para os profissionais de saúde e para os dirigentes políticos.

A Doença Renal Crónica é uma condição clínica progressiva, caracterizada por alterações estruturais e funcionais nos rins. Esta tem um impacto significativo na saúde pública global, sendo uma causa direta de morbidade e mortalidade, além de ser um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Estima-se que, aproximadamente, 10% da população mundial esteja diagnosticada com esta doença, e que a taxa global de mortalidade associada a esta patologia, em todas as faixas etárias, tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos.

O tratamento é complexo e agressivo pois, exige, com frequência, o recurso a uma das técnicas de substituição da função renal. A pessoa é, assim, confrontada com um regime terapêutico multifacetado e contínuo, complexo de gerir e que implica mudanças e adaptações nos seus hábitos de vida. A pessoa com doença renal, que vai iniciar hemodiálise, está particularmente vulnerável necessitando de ser ajudada neste processo de transição. Os enfermeiros assumem uma importância fundamental em todo o processo da doença, nomeadamente na promoção do autocuidado, levando a uma melhor adesão do regime terapêutico. Há evidência que comprova que o sucesso do tratamento depende em grande parte desta adesão. A não adesão ao regime terapêutico, pode ter resultados negativos na qualidade de vida, no aumento da morbilidade, da mortalidade e nos gastos em saúde.

Este relatório foi elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional, módulo II, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A sua elaboração teve como principal objetivo refletir sobre o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas conducentes à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Palavras-chave: doença crónica; diálise renal; cuidado transicional, Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The growing ageing population, risk behaviours, environmental factors and increased life expectancy are causing a significant increase in chronic diseases. Chronic disease is now a major cause of mortality and morbidity worldwide, particularly in Europe and Portugal, and this scenario is expected to increase in the coming years. This reality constitutes a major challenge for health professionals and political leaders.

Chronic kidney disease is a progressive clinical condition characterised by structural and functional changes in the kidneys. It has a significant impact on global public health, being a direct cause of morbidity and mortality, as well as an important risk factor for cardiovascular disease. It is estimated that approximately 10 per cent of the world's population is diagnosed with this disease, and that the overall mortality rate associated with this pathology in all age groups has increased significantly in recent years.

Treatment is complex and aggressive, as it often requires recourse to one of the renal function replacement techniques. The person is thus confronted with a multifaceted and continuous therapeutic regime that is complex to manage and involves changes and adaptations to their lifestyle habits. The person with kidney disease who is about to start haemodialysis is particularly vulnerable and needs to be helped through this transition process. Nurses play a fundamental role in the whole disease process, particularly in promoting self-care, leading to better adherence to the therapeutic regime. There is evidence that the success of treatment depends largely on this adherence. Non-adherence to the therapeutic regime can have negative results on quality of life, increased morbidity, mortality, and health costs.

This report was written as part of the professional internship, module II, included in the study plan for the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. Its main aim was to reflect on the development of common and specific competences leading to specialisation in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations.

Key –words: chronic disease, renal dialysis, transitional care, Medical-Surgical Nursing

ABREVIATURAS

AV – Acesso Vascular

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BRA – Inibidores do recetor da angiotensina II

CCRIRA – Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DP – Diálise Peritoneal

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EDTNA – European Dialysis and Transplantation Nurses Association

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERA/EDTA – European Renal Association/ European Dialysis and Transplant Association

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EU – União Europeia

FAV – Fístula Arteriovenosa

FC – Frequência Cardíaca

GCL PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

HD – Hemodiálise

HDF – Hemodiafiltração

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IECA – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

IgA – Imunoglobulina A

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRRP – Insuficiência Renal Rapidamente Progressiva

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes

LRA – Lesão Renal Aguda

NFK – National Kidney Foundation

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAMSD 2021-2030 – Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030

PAV – Prótese arteriovenosa

pmh – por milhão de habitantes

PNSD 2021-2026 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

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

PRHD – Programa Regular de Hemodiálise

RAM – Resistências aos Antimicrobianos

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SRAA – Sistema Renina Angiotensina Aldosterona

TA – Tensão Arterial

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TFG – Taxa Filtração Glomerular

TSFR – Terapêutica Substitutiva da Função Renal

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO 13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) 19
3. ADAPTAÇÃO DA PESSOA AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO 27
3.1. Enquadramento teórico 27
3.2. Clientes 39
3.3. Medicação 39
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 39
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 41
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 41
3.5. Domínios 42
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 42
3.6. Conceção de Cuidados 44
3.7. Especificação das intervenções 48
3.8. Síntese relativa ao caso 49
4. A PESSOA A INICIAR HEMODIÁLISE EM CONTEXTO HOSPITALAR E O AUTOCUIDADO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA 53
4.1. Enquadramento teórico 53
4.2. Clientes 58
4.3. Medicação 58
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 58
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 60
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 61
4.5. Domínios 62
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 62
4.6. Conceção de Cuidados 64
4.7. Especificação das intervenções 69
4.8. Síntese relativa ao caso 70
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 73
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO 101
7. BIBLIOGRAFIA 105
ANEXOS 117

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Gráfico 1 – Causas de internamento Unidade Convencionada de Hemodiálise (pág.21)

Gráfico 2 – Causas de óbito na Unidade Convencionada de Hemodiálise (pág.21)

Gráfico 3 – Motivos de internamento dos doentes em Programa Regular de Hemodiálise (pág. 24)

Gráfico 4 – Síndromes nefrológicas mais frequentes em internamento (pág. 24)

Figura 1 – Classificação da Doença Renal Crónica de acordo com a Taxa de filtração Glomerular e a Albuminúria (KDIGO,2024, pág. 29)

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O aumento das doenças crónicas a nível mundial deve-se ao progressivo envelhecimento da população, aos comportamentos de risco (nomeadamente hábitos alimentares e vida sedentária), aos fatores ambientais e ao aumento da esperança de vida. Estas condições impõem novas necessidades e novos desafios no que diz respeito à procura de cuidados de saúde. É uma realidade inquietante, constituindo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde e para os dirigentes políticos, tanto pelas suas repercussões ao nível da saúde populacional, como pelas consequências ao nível social e económico (WHO, 2014).

Em Portugal no ano 2022, 44,7% da população com 16 ou mais anos referiu ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, mais frequentemente no caso das mulheres (47,0%) do que no dos homens (42,0%), e na população idosa (71,1%) por comparação com a população com menos de 65 anos (34,6%). Um aumento relativamente aos dois anos anteriores, atingindo o valor mais elevado da série que se iniciou em 2004. Os resultados obtidos ao nível da União Europeia (EU) -27 relativos a 2021 indicam que Portugal (43,9%) era um dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada, com proporções acima dos 40%, mais 8,7 p.p. do que a média da população da UE-27 (35,3%) (INE, 2023).

A Doença Renal Crónica (DRC) é classificada como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido à sua elevada prevalência e à sua associação com o aumento da morbidade e mortalidade. Afeta mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, estimando-se que cerca de 1 milhão recorra a Terapêutica Substitutiva da Função Renal (TSFR) (Glassock et al., 2017). Esta é uma condição clínica progressiva caracterizada por alterações estruturais e funcionais nos rins, resultantes de diversas causas (Kalantar-Zadeh et al.,2021; Cheung et al., 2021). Das doenças que podem provocar lesões nos rins e consequentemente DRC salientam-se: a hipertensão arterial (HTA), a diabetes mellitus (DM), as glomerulonefrites crónicas e algumas doenças hereditárias. Devido às complicações da DRC, como a anemia, a acidose metabólica e o hiperparatiroidismo secundário, grande parte dos doentes correm risco acrescido de doença cardiovascular e morte. Estas complicações afetam a saúde cardiovascular e a qualidade de vida, requerendo diagnóstico e tratamento (Romagnani et al., 2017).

A DRC tem um impacto significativo na saúde pública global, sendo uma causa direta de morbidade e mortalidade, além de ser um importante fator de risco para doenças cardiovasculares (Xie et al.,2018). Estima-se que aproximadamente 10% da população mundial

seja diagnosticada com algum tipo de DRC, e a taxa global de mortalidade em todas as faixas etárias aumentou 41,5% entre 1990 e 2017 (Bikbov et al.,2020). Face à maioria dos países da Europa, Portugal apresenta uma das maiores taxas de incidência de doentes em TSFR (261,53 novos casos por milhão de habitantes [pmh]) e de prevalência (2040 casos pmh), 21.3% destes doentes tem idade superior a 80 anos. No ano de 2022, iniciaram 2705 pessoas TSFR perfazendo um total de 21357, estando 12878 em Programa Regular de Hemodiálise (PRHD) (a prevalência nesta modalidade teve um aumento de 2,2% em relação a 2021). A idade média dos doentes em tratamento de Hemodiálise (HD) aumentou para 68,3 anos. A taxa de mortalidade nos doentes em HD continua a diminuir, sendo a causa mais prevalente a infeção (SPN, 2023).

A HD é um tratamento realizado através de uma máquina com a finalidade de filtrar o sangue, ou seja, realiza o trabalho que o rim não consegue fazer, eliminando o excesso de toxinas, sais minerais e líquidos (Ribeiro, Jorge & Queiroz, 2020). A pessoa submetida ao tratamento de HD necessita de um tratamento especializado, com profissionais preparados e que tenham conhecimentos teóricos e práticos suficientes para realizarem intervenções humanizadas a este grupo de doentes (Pacheco & Santos, 2005). O programa regular de HD implica por norma três sessões de diálise por semana, cada uma com duração de quatro horas. Em regra, as sessões de diálise ocorrem em dias alternados, com um intervalo de dois dias durante o fim-de-semana, e este deve ser regular e ajustado às necessidades de cada pessoa (Cristóvão, 2016).

O tratamento de HD implica na pessoa uma reavaliação completa do seu estilo de vida e obriga a mesma a enfrentar uma desordem psicossocial, que requer uma reorganização psicológica e emocional (Oliveira et al., 2020). Este implica também uma alta dependência e exige que a pessoa cumpra um regime terapêutico rigoroso, principalmente no que se refere ao regime dietético e de ingestão de líquidos, além do compromisso com o tratamento, normalmente três vezes por semana (Queiroz Frazão et al.,2014). Desta forma, é imperativo que a pessoa se adapte ao tratamento dialítico contínuo durante toda a vida, a menos que haja a possibilidade de um transplante renal (Oliveira et al., 2020). A pessoa em tratamento de HD pode experimentar uma variedade de emoções, tais como medo, ansiedade, insegurança, culpa e raiva, como resposta ao novo estilo de vida que deve ser adotado. Esses sentimentos podem ter um impacto negativo na autoestima e levar a uma resistência na adesão ao tratamento, o que prejudica o estado clínico da pessoa (Metrogos et al.,2021).

Na promoção da adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde, as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas à informação e educação da pessoa, tendo como objetivo a adesão ao regime terapêutico. A informação adequada aumenta o conhecimento e tranquiliza a pessoa conduzindo a uma maior probabilidade de melhorar os comportamentos de adesão e a adoção de estilos de vida saudáveis, capacitando-a para o autocuidado (Fernandes & Cruz, 2017).

Face ao exposto, é imperativo o desenvolvimento das competências necessárias nesta área específica, visando promover a adaptação e melhorar a qualidade de vida da pessoa em tratamento de HD, contribuindo desta forma para a sua capacitação e autogestão da sua doença crónica. Esta condição requer cuidados de enfermagem especializados e representa uma área de atenção significativa dentro da enfermagem especializada. É essencial desenvolver conhecimento e projetos que visem aprimorar e adquirir competências para intervenções autónomas de enfermagem numa área tão complexa e em constante evolução como a DRC.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) sustenta que o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica será um ponto de referência no que diz respeito à prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, adesão ao tratamento terapêutico e gestão de doenças crónicas. O objetivo é capacitar a pessoa a lidar com a sua condição de saúde, permitindo que ela viva plenamente e redefina o seu projeto de saúde de acordo com as suas necessidades individuais (Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2017).

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surgiu a necessidade de elaboração do relatório de estágio, para posterior apresentação e discussão pública. O relatório servirá de instrumento de avaliação para a Unidade Curricular (UC) - Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, que decorreu no primeiro semestre do segundo ano curricular. A realização do mesmo é indispensável para obter a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, pela OE, bem como a estrutura do ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre, conforme previsto no artigo 20.º do DEC-Lei n.º 74/2006.

O Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II inclui, horas de contato presenciais e horas para a realização de outras atividades necessárias ao desenvolvimento da UC como o estudo, a realização de trabalhos, ou a redação de relatórios, nomeadamente do relatório de estágio. As horas de contacto, num total de 410 horas, estão distribuídas por estágio – 360 horas e aulas de orientação tutorial - 50 horas.

Foi elaborado um projeto de desenvolvimento profissional durante o Módulo 1, com o intuito de planear as etapas necessárias para a sua concretização. Foi definido como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidar a pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, área onde exerço funções e que tive particular interesse (pessoal e profissional) no desenvolvimento de competências especializadas.

Benner (2001) apresenta o Modelo de Dreyfus, relacionado com a aquisição de competências e que foi aplicado à disciplina de Enfermagem. Este modelo determina que o desenvolvimento de competências passa por cincos níveis sucessivos de proficiência, nomeadamente, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O desenvolvimento da competência, segundo a autora, está fixado na experiência profissional, e na reflexão sobre ela, e dependente do conhecimento prático, que é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais.

Quando o enfermeiro gere situações complexas, e é reconhecido por outros como qualificado, quando a sua intervenção confere credibilidade, é considerado perito. Com base neste modelo, e considerando que não me encontro no mesmo nível em todas competências especializadas que visei alcançar, investi e refleti mais profundamente nas que ainda estava num nível inferior.

Partindo do objetivo geral, e com base nas competências transversais descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Desenvolver capacidades na identificação das necessidades da pessoa com doença renal crónica na adaptação ao tratamento regular de hemodiálise;

2. Desenvolver capacidade de intervenção especializada na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise;

3. Desenvolver competências na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional da pessoa com doença renal em programa regular de hemodiálise;

3.1 Desenvolver capacidades na promoção da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso;

3.2 Desenvolver capacidades na promoção da pessoa para o autocuidado com o acesso arteriovenoso;

3.3 Melhorar a performance na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional da pessoa, avaliando os resultados com base nas suas resposta;

4. Desenvolver capacidades na prevenção e controlo de complicações na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise;

5. Desenvolver capacidades na prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise;

6. Desenvolver capacidades na promoção da segurança dos cuidados à pessoa em programa regular de hemodiálise.

Os dois momentos de estágio foram realizados em unidades de cuidados direcionadas para o acompanhamento de pessoas em situação crónica, em linha com as orientações da OE. O primeiro estágio foi realizado em uma Unidade Convencionada de HD no norte de Portugal, e o segundo estágio foi realizado em um Serviço de Internamento de Nefrologia de um hospital do norte de Portugal.

Durante os estágios, foram consolidadas competências clínicas diferenciadas (competências clínicas comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica), num quadro de aplicação e de

transferência de conhecimentos, num percurso de aprendizagem de cariz reflexivo. A prática clínica através da conceção de cuidados baseou-se na resolução de problemas centrados em casos clínicos reais, numa dialética permanente entre a teoria e a prática. Neste âmbito, são apresentados dois casos clínicos, tendo por base os modelos conceptuais da Teoria da Transição de Afaf Meleis (1986) e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 1993). A partir da Ontologia de Enfermagem e da evidência científica disponível, foi possível a tomada de decisão, centrando-se na ação de enfermagem especializada principalmente na adaptação ao tratamento de HD. Para este efeito, foi utilizada a plataforma educacional e4nursing (que utiliza a Ontologia de Enfermagem), em uso na ESEP, onde foram elaborados dois casos clínicos, um em cada um dos estágios. A realização destes casos clínicos foi um grande contributo para a aquisição de competências, uma vez que, os diversos domínios com relevância para a prática clínica foram explorados através da colheita de dados, resultantes da vigilância e monitorização necessários para a tomada de decisão clínica, possibilitando a identificação dos focos de atenção ou diagnósticos de enfermagem e planear as intervenções de enfermagem adequadas e individualizadas para a pessoa em questão. Em um dos casos o doente já realizava tratamento há cerca de 8 meses mas ainda não se encontrava adaptado ao tratamento, principalmente no que se refere ao regime terapêutico (regime dietético e medicamentoso). No segundo caso, o doente iniciou tratamento de HD, num quadro de dispneia, pelo que inicialmente o objetivo principal foi a gestão de sintomas, no entanto, a parte emocional também foi muito importante, pelo medo e receio do início do tratamento, e todas as dúvidas inerentes ao mesmo.

Este relatório está estruturado da seguinte forma: introdução, onde se descrevem as principais linhas orientadoras deste relatório; o 2º capítulo com a caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os momentos de estágio; dois capítulos (3º e 4º) onde constam os estudos de caso realizados durante o estágio de desenvolvimento profissional; seguidamente no 5º capítulo onde é realizada uma análise reflexiva sobre o contributo para o desenvolvimento de competências tendo por base as competências comuns e especificas do enfermeiro especialista. Neste capítulo são também relatadas as atividades desenvolvidas inerentes ao projeto individual de desenvolvimento profissional e os seus contributos para a o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Por fim, a síntese final do relatório, onde é realizada uma breve reflexão crítica.

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

Ambos os estágios foram realizados em serviços, que apesar de apresentarem tipologias distintas, prestam cuidados à pessoa com DRC. O primeiro estágio foi realizado em uma Unidade Convencionada de HD e o segundo foi realizado em um Serviço de Internamento de Nefrologia.

Unidade Convencionada de Hemodiálise

A Unidade apresenta como foco as necessidades das pessoas, o cuidado renal vai mais além do tratamento de diálise, este tratamento altera a vida da pessoa em várias dimensões, pelo que a atenção prestada ao doente é o principal foco ajudando-o a enfrentar os desafios diários. Durante décadas de experiência a Unidade tem desenvolvido os conhecimentos e aptidões sobre como proporcionar o apoio emocional e prático que os doentes necessitam para aumentar a sua qualidade de vida.

Esta Unidade, apresenta as valências de HD de alto e baixo fluxo e hemodiafiltração (HDF). Atualmente oferece tratamento dialítico a um total de 107 doentes, os quais se encontram divididos pelos diferentes turnos e dias da semana. São disponibilizados três turnos diários, a funcionar nos seguintes horários: manhã, das 7h às 12h; tarde, das 12h às 17h; e noite, das 17h às 22h. A Unidade funciona de segunda a sábado, das 7h às 22h.

No que diz respeito aos recursos físicos, o centro possui um total de 24 postos de tratamento distribuídos em 3 salas. A sala de tratamento principal, denominada sala 1, dispõe de 15 postos de tratamento, enquanto a sala 2 possui 3 postos de tratamento e a sala 3 conta com 6 postos de tratamento. Embora a Unidade não tenha isolamento para doentes portadores do vírus da Hepatite B, existe um posto especificamente reservado para o tratamento de doentes portadores do vírus da Hepatite C e vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A estrutura do centro inclui uma central de tratamento de água, o tratamento de água é fundamental para o tratamento dialítico, e requer vigilância diária e sempre que necessário.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, referente à norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, a Unidade em questão cumpre com o número de enfermeiros necessários para o seu funcionamento. Segundo o mesmo regulamento, o número de enfermeiros por posto de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. A fórmula utilizada é por “Posto de trabalho”, realizados os cálculos, a clínica em questão necessita de 11

enfermeiros a contrato de 40h semanais. Como já foi referido anteriormente a mesma dispõe de 22 enfermeiros, mas cerca de 82% dos enfermeiros têm contrato de prestação de serviços. Sendo que é difícil avaliar se os 22 enfermeiros asseguram as dotações preconizadas. No entanto, esta segue as orientações do Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise (2016) e cumpre com rácios definidos pelo mesmo, cada enfermeiro tem alocado o máximo de 5 doentes por turno. Ainda de acordo com o mesmo regulamento, devido à elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, a equipa deve, preferencialmente, integrar pelo menos 50 % de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. No momento de realização do estágio a clínica contava com 3 enfermeiros especialistas em EMC e 7 enfermeiros especialistas em outras áreas (reabilitação, comunitária e psiquiatria). Todos os enfermeiros possuem formação específica de técnicas dialíticas, esta formação deverá ser certificada por uma entidade creditada e incluir a componente teórica e prática num total de 420 horas (Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise, 2016).

Na equipa de enfermagem: 3 enfermeiros estão responsáveis pela monitorização dos acessos vasculares, 2 pela formação em serviço, 1 pela comissão de infeção, 1 pela formação dos monitores de diálise e 1 pela gestão local de qualidade.

O método de trabalho instituído é o método individual, em cada turno há um enfermeiro responsável. Os registos e consultas ao processo do doente são efetuados em programa próprio da Unidade. Simultaneamente existe outro programa com conectividade bidirecional que faz a passagem de dados da balança para o monitor e do monitor para o processo do doente a cada tratamento.

A restante equipa multidisciplinar é constituída por: 5 médicos nefrologistas, 8 médicos residentes, assistente social, nutricionista, 8 assistentes operacionais, o técnico de manutenção, 2 funcionários administrativos, o farmacêutico, a enfermeira chefe (especialista em enfermagem médico-cirúrgica e especialista em enfermagem médico-cirúrgica ao doente crónico).

De acordo com os últimos dados internos da Unidade, encontravam- se 107 doentes em tratamento na clínica, sendo a modalidade de tratamento mais frequente a HDF (82doentes), relativamente ao género 62% eram homens e 38% eram mulheres. A média das idades foi de 68,10 (desvio padrão – 15.2), sendo que 59.63% tinham idade superior ou igual a 65 anos, e 23% Destes doentes 49,54% eram diabéticos. Durante o ano foram admitidos na clínica 27 doentes (20 iniciaram tratamento, 4 foram transferidos de outras unidades e 3 foram transferidos de programa de transplantação renal); saíram da unidade 17 doentes (11 faleceram, 5 foram transplantados e 1 foi transferido para outra unidade). Relativamente ao acesso vascular (AV), a fístula arteriovenosa (FAV) era o acesso mais prevalente (86%), seguido do cateter venoso central (CVC) tunelizado (13,76%) e por fim a prótese arteriovenosa (PAV)

(1,90%). Ocorreram 3 infeções do AV com repercussão sistémica, todas elas no CVC (incidência 0,029). No que se refere à etiologia da doença renal a mais prevalente foi a nefropatia diabética (42%). Relativamente às hospitalizações, durante esse ano ocorreram 35 internamentos, sendo que 30 dos doentes tiveram mais que um internamento durante o ano, a média de internamentos/doente por ano foi de 5,25 dias. A causa mais frequente de internamento foi relativa ao AV (hemorragia ou infeção). Estão descritas no gráfico seguinte (Gráfico 1) as restantes causas de internamento.

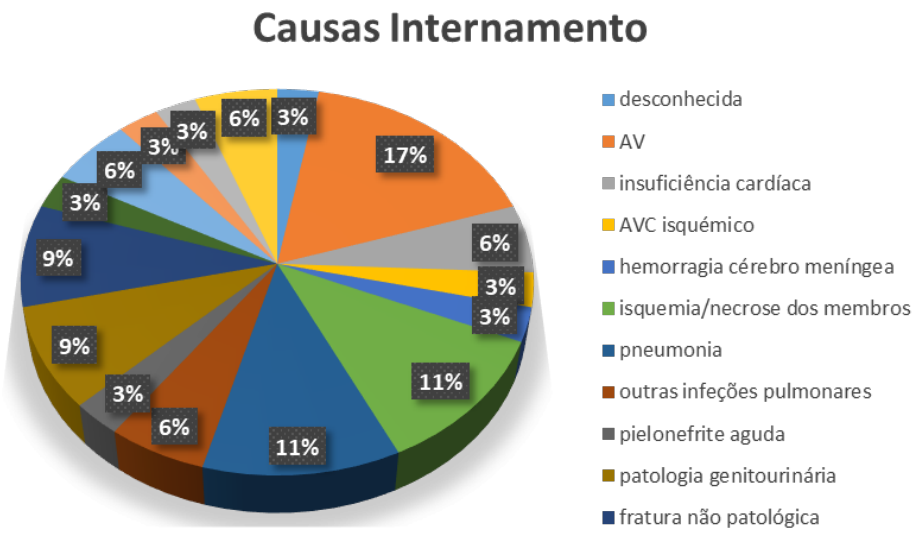


Gráfico 1 – Causas de internamento em Unidade Convencionada de Hemodiálise

A taxa de mortalidade anual global foi de 10,58%, sendo a insuficiência cardíaca a causa mais frequente (Gráfico 2).

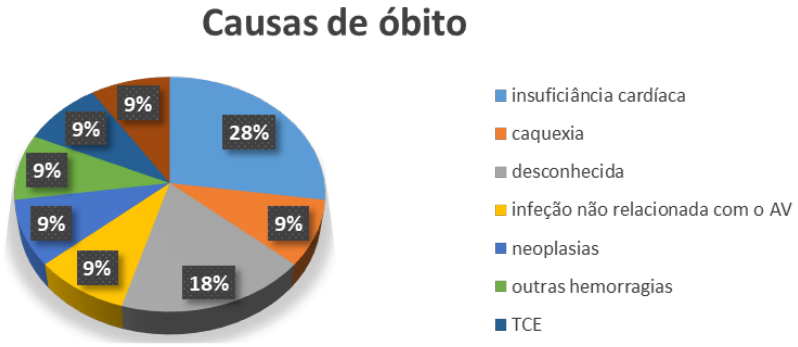


Gráfico 2 – Causas de óbito na Unidade Convencionada de Hemodiálise

Como projetos em curso a Unidade apresenta: programa de monitorização e vigilância de AV, no

entanto, prevê-se a implementação de modelo de gestão de AV e uso de ultrassonografia; projeto da averiguação da literacia dos doentes, nomeadamente sobre regime de ingestão de líquidos e a sua relação com o ganho ponderal interdialítico; projeto de prevenção de quedas, tanto a nível da Unidade como no domicílio, além de formação à equipa sobre prevenção de quedas e transferências, é realizada também educação aos doentes, e estão colocadas em locais estratégicos (com maior risco de queda) pósteres com exemplos de práticas seguras. Também como projetos de melhoria contínua prevê-se a reorganização da consulta de acolhimento inicial ao doente e família/cuidador, que para além da consulta de acolhimento serão instituídas consultas de acompanhamento aos doentes e família mais regulares durante os três primeiros meses, designado de "programa 90 dias". Foi referido também a possibilidade do uso da entrevista motivacional.

Serviço de Internamento de Nefrologia

O Serviço de Nefrologia está integrado no Departamento de Medicina, e engloba as valências: internamento nefrologia clínica, diálise, transplante renal de adultos e hematologia clínica. Este tem como missão garantir à população o acesso a cuidados de saúde no tratamento das doenças renais, com qualidade e com acesso aos recursos disponíveis mediante as necessidades observadas. O Serviço de Internamento de Nefrologia é responsável pelo internamento da pessoa com Lesão Renal Aguda (LRA) ou DRC e das complicações dos doentes em Programa Regular de Hemodiálise (PRHD) e transplante renal. A admissão da pessoa articula-se com o Serviço de Urgência, com a Unidade de HD, Unidade de Diálise Peritoneal (DP) e com a Consulta Externa.

Os principais propósitos do serviço consistem em diagnosticar, prevenir e tratar doenças renais, bem como antecipar complicações resultantes do avanço da DRC. Como metas específicas, são estabelecidas a manutenção e expansão de programas de transplante renal, transplante reno-pancreático e de dador vivo; disponibilização de programas de DP para todos os doentes que necessitem, seja por escolha ou pela impossibilidade de realizar HD; implementação de um programa de HD direcionado para patologias agudas e crónicas, incluindo a plasmaferese; realização de atividades relacionadas com acessos vasculares; colaboração e apoio a serviços clínicos intra e inter-institucionais. São ainda suas atribuições promover e colaborar em organizações científicas, de âmbito nacional e internacional, a formação médica e o desenvolvimento da investigação em Nefrologia.

Relativamente aos recursos físicos, o serviço de internamento encontra-se no Piso 1 onde são alocados doentes: transplante renal, nefrologia clínica, diálise e hematologia clínica. O serviço tem 27 camas de internamento, das quais 19 são de Nefrologia e 8 (2 em quartos de isolamento) pertencem ao Serviço de Hematologia Clínica.

No piso 0 funciona a Unidade de HD, sendo uma Unidade central que presta tratamento dialítico a doentes em regime de internamento e ambulatório. A Unidade de HD está estreitamente articulada com a Unidade de DP e faz parte integrante do Serviço de Nefrologia. A Unidade de HD dá também apoio de tratamento dialítico e outras técnicas depurativas extrarenais nas Unidades de Cuidados Intensivos e Serviço de Cardiologia. Neste piso funcionam também diversas consultas, como a consulta multidisciplinar de esclarecimento sobre as modalidades de tratamento de substituição da função renal e a consulta de ensino de DP.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, referente à norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, o serviço em questão cumpre com o número de enfermeiros necessários para a prestação segura de cuidados. Aplicando a fórmula são necessários 36 enfermeiros para assegurar os cuidados, o Serviço de Internamento dispõe de 44 enfermeiros no entanto estes também são alocados às três valências do Serviço de Nefrologia (internamento, sala de HD e DP).

No que concerne aos recursos humanos a equipa multidisciplinar é constituída: 20 médicos, o Diretor de serviço, 1 assistente graduado sénior, 10 assistentes graduados, 7 assistentes, 4 internos complementares; 1 Nutricionista, 3 assistentes técnicas (administrativos), 13 assistentes operacionais. Por seu lado a equipa de enfermagem é constituída por 44 elementos: destes 15 possuem especialidade, na sua maioria em EMC – 10, saúde mental e psiquiatria – 2, reabilitação – 2 e obstetrícia - 1. Os recursos humanos de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos são geridos de acordo com o total de camas. Normalmente no turno da Manhã estão 5 enfermeiros, no da Tarde 4 e no da Noite 3. O método de trabalho é o método individual. Os registos e consultas ao processo do doente são efetuados no programa SClínico e a medicação no programa Sti (circuito do medicamento - internamento).

Um dos enfermeiros especialistas é interlocutor do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência ao Antimicrobianos (GCL PPCIRA), outro enfermeiro especialista interlocutor do Departamento da Qualidade e um da Gestão de Risco.

De acordo com os últimos dados internos do serviço, durante o ano em análise, foram internados no serviço 278 doentes, com uma idade média de 66,6 anos (desvio padrão – 18,5). A mediana de dias de internamento foi de 6 dias, o que reflete o aumento da população idosa com DRC, das comorbilidades associadas e dos casos sociais.

O gráfico abaixo (Gráfico 3) representa os motivos de internamento dos doentes em PRHD, a infeção foi o motivo de internamento mais frequente, com predomínio das infeções respiratórias. Tem-se verificado nos últimos anos uma diminuição das complicações do AV. Os doentes em DP (n=30) não fazem parte desta análise.

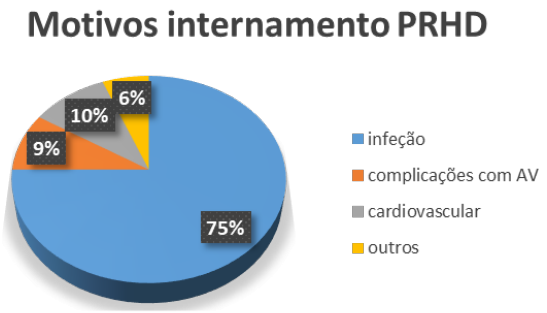


Gráfico 3 – Motivos de internamento dos doentes em programa regular de hemodiálise

A síndrome nefrológica mais frequente no Serviço de Internamento de Nefrologia, foi a DRC incluindo a DRC estadio V, em cerca de 65% dos casos o agravamento da DRC prévia associou-se a complicações infeciosas. Iniciaram terapêutica de substituição renal 21 doentes. A LRA foi a segunda síndrome nefrológica mais frequente, seguido da insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP), conforme apresentado no Gráfico 4.

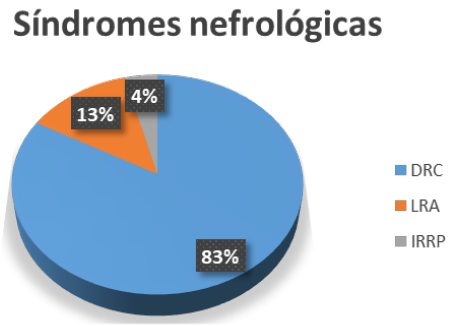


Gráfico 4 – Síndromes nefrológicas mais frequentes em internamento

A LRA ocorreu na sua maioria por componente pré renal/necrose tubular aguda, de etiologia isquémica em doentes com comorbilidade, nomeadamente DM, insuficiência cardíaca e idosos. Na LRA grande parte dos internamentos foi por e acidoses lácticas associadas a metformina. Relativamente à IRRP os internamentos foram por: vasculite ANCA, nefropatia de imunoglobulina A (IgA), nefrite tubulointersticial aguda e nefroesclerose hipertensiva.

A taxa de mortalidade dos doentes internados foi de 8,3%, sendo a principal causa a infeciosa (30%), em 35% foi assumido tratamento conservador e/ou suspensão da diálise. A idade média dos doentes falecidos foi de 84,2 anos. A maioria dos doentes falecidos apresentava doença cardiovascular, doença pulmonar crónica ou DM. Nos doentes internados ocorreram 27 readmissões (9,7% no total do internamentos), 26,6% às 72h, 55,5% aos 15 dias e 14,8% aos 30

dias, sendo resultado do agravamento da situação clínica ou descompensação da patologia de base e outras resultam de novos eventos clínicos, não relacionados com o motivo de internamento anterior, e que são frequentes em doentes com patologias crónicas.

No que se refere a projetos do serviço e projetos futuros, recentemente iniciou uma consulta e que dá apoio também aos doentes internados, a consulta de enfermagem no cuidado à pessoa em pré-diálise, nesta são acompanhados os doentes com DRC em estadio 4 e 5. Esta tem como principal objetivo acompanhar os doentes após a consulta de esclarecimento sobre as modalidades de tratamento de substituição da função renal até ao início do tratamento. Como projeto futuro, estão a ser organizadas as Jornadas de Enfermagem em Nefrologia subordinadas ao tema “Cuidar a pessoa com doença renal crónica em contexto hospitalar”.

3. ADAPTAÇÃO DA PESSOA AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Homem de 54 anos, vive sozinho. Diagnosticado com doença renal crónica terminal (DRCT), em programa regular de HD há 8 meses. Independente nas atividades de vida diárias. Apresenta cansaço fácil para pequenos esforços, apresentando ganho ponderal interdialítico excessivo. Nos últimos tratamentos, tem vindo a apresentar ganhos ponderais interdialíticos superiores a 3500ml (cerca de 1000ml a mais do que é recomendado) e diminuição da diurese. Não apresenta edemas periféricos. Grande parte das suas refeições são adquiridas em restaurantes e tem vindo a referir sensação de sede mais acentuada. Apresenta FAV umero-cefálica no membro superior esquerdo, que se encontra funcionante. Antecedentes pessoais: DM tipo 2, HTA, dislipidemia.

3.1. Enquadramento teórico

Apresentamos o enquadramento teórico referente ao caso clínico, evidenciando o processo adaptativo da pessoa ao tratamento de HD e a gestão do regime terapêutico. Aspetos relacionados com a DRC e o tratamento de HD também são abordados.

Doença renal crónica

A DRC é caracterizada pela deterioração lenta e irreversível da função dos rins. Como resultado da perda de função, ocorre a retenção de substâncias no sangue que normalmente seriam eliminadas pelos rins, resultando no acúmulo de produtos metabólicos tóxicos no sangue (azotemia ou uremia) (KDIGO, 2013; Romagnani et al., 2017). Aproximadamente 10% da população mundial é afetada por esta doença, e em estadios avançados, os doentes requerem TSFR, como HD, DP ou transplante renal (Romagnani et al., 2017).

Das doenças que podem provocar lesões nos rins e consequentemente DRC salientam-se: a HTA, a DM, as glomerulonefrites crónicas e algumas doenças hereditárias. Devido às complicações da DRC, como a anemia, a acidose metabólica e o hiperparatiroidismo secundário, grande parte dos doentes correm risco acrescido de doença cardiovascular e morte. Estas complicações afetam a saúde cardiovascular e a qualidade de vida, requerendo diagnóstico e tratamento (Romagnani et al., 2017).

A HTA é uma das principais causas da DRC, e em associação com esta condição clínica aumenta significativamente o risco cardiovascular. Na DRC os principais mecanismos da HTA incluem excesso de sódio e de líquidos, bem como um aumento da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e disfunção endotelial (Bortolotto, 2008). Este sistema tem sido reconhecido como um importante regulador da pressão arterial e da homeostase eletrolítica renal. Recentemente, descobriu-se que a angiotensina II, considerada como principal componente hipertensor desse sistema, não atua apenas como hormona circulante, mas também localmente em inúmeros órgãos e a nível do sistema regulatório duplo e independente, sanguíneo e tecidual (Sanjuliani et al., 2011). A aldosterona é um mineralocorticóide sintetizado pela camada glomerulosa do córtex das glândulas suprarrenais. A aldosterona promove a reabsorção do sódio, a excreção tubular do potássio e a expansão do volume plasmático. Contudo o envolvimento da aldosterona na HTA vai além deste mecanismo, pois amplifica a ação da angiotensina II, induzindo aumento do tónus e processo inflamatório vascular e estimulação dos recetores mineralocorticoídes do coração, cérebro e rins (Sanjuliani et al., 2011). Este sistema estimula a reabsorção de sódio, através da libertação da aldosterona, e o aumento da concentração de sódio provoca a rigidez das artérias, o aumento da pressão arterial e da pressão nas arteríolas aferentes nos rins, e todos esses fatores acabam por ocasionar a hiperperfusão, o aumento da filtração glomerular, lesão glomerular e consequentemente a DRC (Vasconcelos, 2022). Os inibidores do SRAA são fundamentais para o tratamento da DRC, estudos demonstraram que a utilização dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou inibidores do recetor da angiotensina II (BRA) reduzem a excreção de albuminúria e retarda a progressão da nefropatia em doentes com e sem diabetes. Estes inibidores são recomendados como anti-hipertensivos de escolha nos doentes com DRC e albuminúria com ou sem diabetes e, têm demonstrado benefícios cardiovasculares além do controlo da pressão arterial. A desregulação do SRAA desempenha um papel importante no desenvolvimento da nefropatia diabética. A hiperglicemia está associada à produção excessiva de angiotensina II após a superativação do SRAA. Portanto, os mecanismos de bloqueio do SRAA são um importante alvo terapêutico em pessoas com DM e nefropatia (Egocheaga, Drak & Otero, 2023). Os objetivos do tratamento da HTA em doentes com DRC são reduzir a progressão da doença renal nos estadios iniciais e diminuir o risco cardiovascular em todos os estadios da doença (Bortolotto, 2008).

A fisiopatologia da DRC caracteriza-se por dois grupos gerais de mecanismos lesivos:

- Mecanismos desencadeantes específicos da etiologia subjacente, como por exemplo anormalidades do desenvolvimento ou da integridade renal determinadas geneticamente, deposição de imunocomplexos e inflamação em alguns tipos de glomerulonefrite, ou exposição a toxinas em algumas doenças dos túbulos e do interstício renais (ex: nefropatia de IgA, nefrite intersticial aguda).
- Um conjunto de mecanismos progressivos que envolvem hiperfiltração e hipertrofia dos nefrónios viáveis remanescentes, que são consequências comuns da redução prolongada

da massa renal, independentemente da etiologia primária (ex: HTA, DM).

Inicialmente o estadio da doença tinha só em consideração a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), contudo, o risco de degradação da função renal está intimamente ligado à quantidade de albuminúria, que não era considerada. A unificação destes dois aspetos permite estadiar a doença e ajudam a determinar o prognóstico (KDIGO, 2013; Romagni et al.,2017).

A DRC apresenta os seguintes estádios, que estão representados na figura 1:

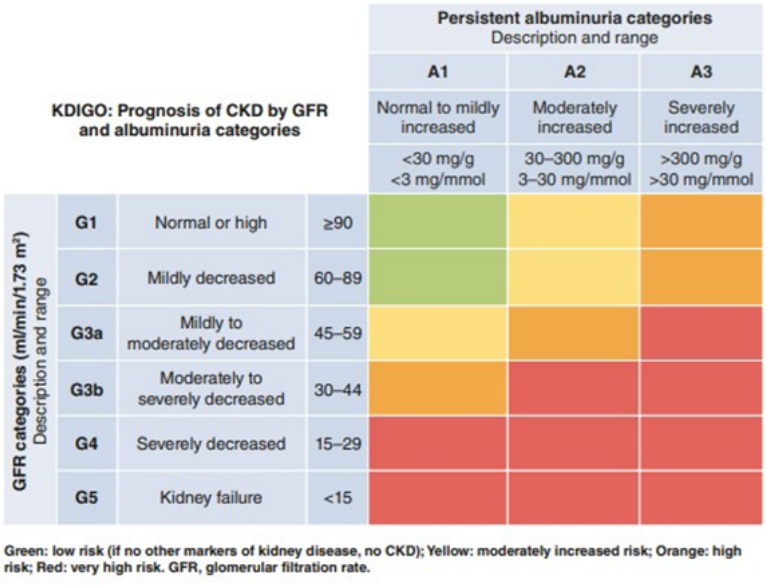
1. TFG Normal ou Elevada (TFG> 90 ml/min);

2. DRC Ligeira (TFG = 60-89 ml/min);

3. DRC Moderada (TFG = 30-59 ml/min);

4. DRC Grave (TFG = 15-29 ml/min);

5. DRC na Fase Terminal (TFG <15 ml/min).



KDIGO: Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories

GFR categories (ml/min/1.73 m²) Description and range				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red: very high risk. GFR, glomerular filtration rate.

Figura 1: Classificação da Doença Renal Crónica de acordo com a Taxa de filtração Glomerular e a Albuminúria. Fonte: KDIGO, 2024, pág 126.

A DRC do estadio 1 até ao 3 é por norma uma doença silenciosa, por ser praticamente assintomática. Nos estadios seguintes (4 e 5), verifica-se um rápido agravamento da sintomatologia. Nestes estadios pode evidenciar-se nictúria, isto está diretamente relacionado com a diminuição da capacidade dos rins em reabsorverem a água e concentrar a urina. Por este motivo os doentes com DRC apresentam muitas vezes HTA associada à incapacidade dos rins eliminarem o excesso de sal e de água. Que por sua vez pode conduzir a problemas cerebrovasculares e/ou à insuficiência cardíaca. À medida que a DRC progride e se acumulam

substâncias tóxicas no sangue, vai se desenvolvendo um quadro de cansaço fácil e diminui a sua agilidade mental. Com a acumulação de compostos tóxicos, instalam-se alterações neurológicas e musculares, como espasmos musculares, fraqueza muscular e cãibras. Alterações gastrointestinais como perda de apetite, náuseas, vómitos, inflamação da mucosa oral (estomatite) e um sabor desagradável na boca também ocorrem em fases avançadas. Estes sintomas podem levar à desnutrição e à perda de peso. Os doentes que sofrem de DRC avançada desenvolvem frequentemente úlceras intestinais e hemorragias. A pele pode tornar-se castanho-amarelada. Alguns dos doentes que sofrem de DRC têm prurido generalizado (Romagni et al., 2017).

Marchão et al. (2011) afirmam que a progressão da DRC associa-se a um conjunto de manifestações clínicas que se designam por "Síndrome Urémica", conjunto de sinais e sintomas que resultam dos efeitos tóxicos de níveis elevados de produtos catabólicos nitrogenados e de outras toxinas no sangue. Os doentes urémicos apresentam frequentemente o chamado "hálito urémico" (hálito a urina), náuseas, vómitos e anorexia, que surgem na maioria das vezes associados à astenia e fadiga. Surgem alterações do estado mental, com perturbação da personalidade, que evolui gradualmente da confusão mental ao coma. A DRC provoca manifestações nos múltiplos órgãos, afetando diferentes sistemas (Urinário, Cardiovascular, Hematológico, Gastrointestinal, Neurológico, Sistema músculo-esquelético, Endócrino e Pele), e em diferentes proporções, consoante o estadio da doença (Marchão et al., 2011, as cited in Oliveira,2012). Nesta fase os doentes têm de iniciar TSFR, sendo ela HD, DP ou transplante renal.

Hemodiálise

A HD substitui a função dos rins, através da filtração artificial do sangue, ou seja, são retiradas substâncias do sangue, que quando em excesso trazem prejuízos para o corpo, como é o caso da ureia, do potássio, do sódio e da água (Daugirdas et al., 2016). Nesta técnica a remoção de solutos e excesso de líquidos, a manutenção do equilíbrio ácido-base e eletrólitos é realizada através de princípios físicos como a ultrafiltração, osmose, difusão e convecção, com auxílio de membranas semipermeáveis entre o sangue e o líquido dialisante (Hellebrand, Allen & Hoffman, 2018). Para a realização da técnica é necessário um monitor de HD e um AV, que permite aceder ao sangue da pessoa, é conectada ao ramo arterial do circuito extracorporal por onde o sangue circula, com recurso a uma bomba de sangue, para o dialisador, e outra que é conectada ao ramo venoso do circuito extracorporal, permitindo o retorno do sangue dialisado para a pessoa (OE, 2016).

Na HD, uma solução fisiológica chamada dialisante passa pela membrana semipermeável oposta ao sangue. O dialisante contém solutos essenciais em concentrações semelhantes ao soro normal, mas não contém produtos metabólicos, como ureia e creatinina, que atravessam a

membrana da região de alta concentração (sangue urémico do doente) para a região de baixa concentração (dialisante). Da mesma forma, alguns solutos presentes no dialisante difundem para o sangue (Fazendeiro, 2011). O movimento ocorre em duas direções para alcançar a homeostasia. Eletrólitos, como sódio e potássio, que são substâncias vitais, devem ter sua concentração rigorosamente controlada, por isso o dialisante deve conter estes iões em níveis iguais ou ligeiramente inferiores aos do sangue, permitindo as trocas do sangue (onde estão em maior concentração) para o dialisante (com menor concentração de sódio e potássio), até que o equilíbrio seja alcançado. Da mesma forma, o bicarbonato, que é um tampão fisiológico do sangue, também deve ser presente no dialisante em uma concentração mais alta do que no sangue (Thomas, 2005).

A HDF é uma técnica depurativa que combina ultrafiltração, difusão e transporte convectivo, priorizando a remoção de moléculas de tamanho médio e grande, resultando em maior eficácia dialítica. Nessa técnica, a perda de líquido é substituída por uma solução eletrolítica ultra pura (dialisante), que permite aumentar o volume convectivo e reduzir os custos do tratamento (quando utilizados monitores que permitem a realização de HDF em tempo real). Além disso, a HDF é uma modalidade de tratamento mais tolerável e confortável (Maduell et al., 2013).

A duração das sessões de HD, a frequência dos tratamentos, o tipo e o tamanho do dialisador, a composição do dialisado e o fluxo de sangue ou dialisado podem ser ajustados de acordo com necessidades específicas, como a função renal residual, doenças agravantes ou o grau de anabolismo ou catabolismo.

O PRHD implica por norma três sessões de diálise por semana, cada uma com duração de quatro horas. Em regra, as sessões de diálise ocorrem em dias alternados, com um intervalo de dois dias durante o fim-de-semana. O excesso de fluidos e as toxinas urémicas são temporariamente removidas durante as sessões de HD, mas tendem a acumular-se logo de seguida, pelo que o tratamento deve ser regular e ajustado às necessidades de cada pessoa (Cristóvão, 2016).

Adaptação ao tratamento de hemodiálise

Receber o diagnóstico de doente renal crónico terminal, implica na pessoa uma reavaliação completa do seu estilo de vida e obriga a mesma a enfrentar uma desordem psicossocial, que requer uma reorganização psicológica e emocional (Oliveira et al., 2020). A HD é o tratamento de substituição renal mais comum, mas esta implica uma alta dependência e exige que o doente cumpra um regime terapêutico rigoroso, principalmente no que se refere ao regime dietético e de ingestão de líquidos, além do compromisso com o tratamento, normalmente três vezes por semana (Queiroz Frazão et al.,2014). Desta forma, é imperativo que a pessoa se adapte ao tratamento dialítico contínuo durante toda a vida, a menos que haja a possibilidade

de um transplante renal (Oliveira et al., 2020).

No que se refere o processo mental da pessoa a iniciar HD, são referidas por diversos autores uma variedade de emoções, tais como, medo, ansiedade, choque, insegurança, angústia, culpa e raiva, como resposta ao novo estilo de vida que deve ser adotado. Esses sentimentos podem ter um impacto negativo na autoestima e levar a uma resistência na adesão ao tratamento, o que prejudica o estado clínico da pessoa (Metrogos et al.,2021). Nolasco (1982) refere três fases de adaptação após a indução em HD, sendo elas: a fase de lua-de-mel, caracterizada por esperança e confiança, podendo manifestar momentos de ansiedade; a fase de desilusão, caracterizada por sentimentos de tristeza perante as limitações que enfrenta, surge quando o doente se apercebe que o tratamento comporta riscos e frequentes situações desagradáveis; e a fase de adaptação que alterna entre períodos de resignação e depressão, caracteriza-se pela retoma do equilíbrio psicológico e pela aceitação das limitações impostas pela doença e pelo tratamento, esta fase pode levar anos a concretizar-se. Perceber em que fase se encontra o doente permitirá estabelecer uma relação terapêutica adequada às suas necessidades. O enfermeiro deve dar oportunidade de o doente se exprimir, os doentes têm a sua própria interpretação, assim como a sua própria compreensão do seu estado (Benner, 2001).

Alguns estudos referem que a ansiedade em pessoas DRC é frequente, pois a doença é percebida como ameaça à vida, à integridade corporal e como interrupção do meio de sobrevivência, prejudicando a identidade do doente, sua autonomia e muitas vezes trazendo incertezas em relação ao seu futuro (Ramirez et al., 2012). A ansiedade é a reação inicial e normal da grande maioria das pessoas face ao prognóstico/qualidade de vida em diálise. Esta é muito frequente e está presente em 40-70% das pessoas doentes em tratamento médico conservador e em 50-70% das pessoas doentes em diálise (Metrogos et al.,2021).

Na promoção da adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde, as intervenções devem ser direcionadas à informação e educação da pessoa, tendo como objetivo a adesão ao regime terapêutico. A informação adequada aumenta o conhecimento e tranquiliza a pessoa conduzindo a uma maior probabilidade de melhorar os comportamentos de adesão e a adoção de estilos de vida saudáveis, capacitando-a para o autocuidado. Na preparação da pessoa com DRC em início de HD, é importante esclarecer sobre os tratamentos e os ganhos em saúde, a nutrição e ingestão hídrica, os acessos vasculares, os hábitos de vida e os direitos e deveres, estes são requisitos de autocuidado de desvio de saúde (Fernandes & Cruz, 2017).

Os doentes enfrentam diversos fatores que podem gerar stress, incluindo aspetos relacionados com o tratamento, dor, inquietação, restrições dietéticas e hídricas, fadiga, fraqueza e uma sensação de ineficácia. As alterações na sua condição física e mental, colocam-nos em risco significativo, sendo de extrema importância dar atenção aos fatores de stress mental desses doentes. Estes fatores podem levar a uma redução na adesão ao tratamento, aumentando a mortalidade e as hospitalizações. Os efeitos adversos do stress podem exercer pressão sobre as

pessoas e ter consequências físicas, comportamentais e psicológicas, como ansiedade, preocupação, oscilações de humor e problemas de saúde. Portanto, é fundamental identificar o stress e os elementos que o desencadeiam (Ghasemi Bahraseman et al., 2021).

Considerando estes aspetos e as observações sobre a rotina dos doentes em tratamento dialítico, justifica-se a necessidade de estudar o processo de transição dos mesmos, tendo em vista a identificação dos focos de atenção para os cuidados de enfermagem. A transição é um processo individual e subjetivo, sem uma estrutura definida, que pode variar de acordo com as experiências, reflexões e características pessoais. Os processos de transição interagem com a (re)definição da própria pessoa e da situação de transição vivenciada por ela (Chick & Meleis, 1986). A teoria de transição identifica propriedades comuns em diferentes experiências de transição e sobre as quais deve recair a nossa atenção quando escutamos o relato das pessoas. São elas: a consciencialização, o envolvimento, a mudança/diferença, período de tempo e eventos críticos. Meleis et. al (2000) referem que o processo de transição pode ser influenciado por diversas condições facilitadoras ou inibidoras de uma transição, são elas os significados, crenças e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, condições na comunidade/sociedade. A avaliação de uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo de transição. A mesma autora identifica os indicadores de processo inerentes a uma transição saudável - sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolvimento da confiança e coping. Os indicadores de resultado – referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. É importante salientar que o referencial teórico oferece uma abordagem que pode guiar os cuidados de enfermagem, utilizando intervenções centradas na pessoa que passa por uma transição. No entanto, é importante destacar que ainda existe uma lacuna na pesquisa relacionada às pessoas com DRC (Oliveira et al.,2020). Com base nos pontos apresentados, conhecer os fatores que condicionam a transição é uma abordagem viável para identificar focos de atenção para os cuidados de enfermagem. Esta identificação permitirá determinar a estratégia mais adequada para a manutenção e promoção da saúde das pessoas em tratamento dialítico (Oliveira et al., 2020).

A pessoa com DRC apresenta perdas significativas e mudanças profundas na sua vida, estas mudanças têm um impacto limitante na forma como vivem, devido às diversas complicações fisiológicas resultantes da progressão da doença. Essas constatações são corroboradas estudos que apontam as limitações no que diz respeito ao trabalho (Cavalcante et al., 2015), dependência financeira (Cavalcante et al., 2015; Rudnicki, 2014) e a perda de independência nas atividades de vida diárias (Souza Júnior et al., 2015), como os principais desafios enfrentados pelos doentes. Essas limitações são caracterizadas por experiências dificultadoras da transição, uma vez que tornam a vida mais árdua e estão relacionadas com a perda da autonomia na tomada de decisões sobre a própria vida (Oliveira et al., 2020).

A empatia de várias fontes, como a família e a equipa de saúde, pode diminuir os problemas físicos e psicológicos dos doentes, auxiliando-os a enfrentar a doença com maior tranquilidade, a evitar o isolamento e a recuperar vitalidade e energia (Shahgholian & Yousefi, 2018). Davison & Simpson (2006) acreditam que a comunicação dos enfermeiros com os doentes e suas famílias é muito importante e pode aumentar a sua esperança, o facto de o enfermeiro falar com os doentes sobre sua situação pode, às vezes, ser uma fonte de alívio e esperança para a sua saúde e bem-estar.

Gestão do regime terapêutico da pessoa em Hemodiálise

O regime terapêutico em HD inclui o tratamento de HD, o regime medicamentoso, padrão alimentar e padrão de exercício físico (Kim et al., 2010; Beuter et al., 2013). A não adesão a um destes componentes agrava a condição clínica dos doentes e está associada ao aumento da hospitalização e mortalidade (Saran et al.,2003). A restrição hídrica é deveras importante para o bem-estar dos doentes em PRHD, no entanto, tem sido um dos aspetos do regime terapêutico com menor adesão (Smith et al.,2010; Rambod et al.,2010). A terapia de longa duração, para além do cumprimento da medicação, abrange numerosos comportamentos relacionados com a saúde, como o regime alimentar adequado e exercício físico. A gestão inadequada do regime terapêutico recomendado é uma das causas mais frequentes de internamento, por descompensação da doença (WHO, 2003).

Os enfermeiros assumem uma importância fundamental em todo o processo da doença, nomeadamente na promoção da adesão ao regime terapêutico. Há evidência que o sucesso do tratamento depende em grande parte desta adesão a um regime estritamente recomendado e, que a não adesão, pode ter resultados negativos na qualidade de vida, no aumento da morbilidade e mortalidade e nos gastos em saúde (Alikari et al.,2015). O regime terapêutico é essencial para a sobrevivência e a segurança das pessoas com DRCT (Álvarez Mabán & Barra Almagiá, 2010). Pelo que a equipa multidisciplinar das unidades de HD e dos cuidados de saúde primários devem realizar atividades para consciencializar os doentes, com o objetivo de alcançar os melhores resultados na adesão ao regime terapêutico. Os doentes em HD apresentam outras doenças associadas (HTA, DM), normalmente com seguimento nos cuidados de saúde primários, pelo que o controlo destas comorbilidades implica um melhor ajuste no regime do tratamento dialítico. Os doentes devem ser incentivados à autogestão da sua doença e empoderados para o autocuidado, tornando-os também responsáveis pelo seu tratamento (Pereira & Leite, 2022).

A dieta na pessoa em tratamento de HD é restritiva em sódio, potássio, fósforo e líquidos. A recomendação da quantidade diária de líquidos a ingerir é de: volume de urina de 24 horas + 500 ml e o ganho de peso entre diálises nunca superior a 1500 a 3000 ml (Fouque et al. 2007). O objetivo é evitar a sobrecarga hídrica, manter os equilíbrios eletrolítico, proteico, mineral e

vitamínico (Martins, 2015). O surgimento de complicações no doente em PRHD está muitas vezes relacionado com a sobrecarga de líquidos. Esta sobrecarga contribui fortemente para o surgimento de diversas complicações como: a HTA, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca congestiva, levando a elevadas taxas de mortalidade (Santos et al.,2022). O ganho de peso interdialítico deve ser inferior a 4,0 a 4,5% do peso seco, no entanto, muitos doentes apresentam um ganho entre sessões superior a este valor (Bossola et al., 2022).

A necessidade de adotar mudanças restritivas no padrão alimentar desde o início do tratamento dialítico gera um impacto significativo na vida do doente. A não adesão ao regime alimentar e de restrição de líquidos, influencia o ganho de peso entre as sessões de HD. A dificuldade para manter uma dieta adequada, juntamente com a necessidade de limitar a ingestão de líquidos, pode ser um desafio para os doentes. Este aspeto causa muitas vezes desconforto, uma vez que os doentes percebem que estas alterações se tornarão a nova norma para viver com a sua doença. É importante ressaltar que a não adesão ao regime dietético e de ingestão de líquidos pode contribuir para a deterioração do estado clínico do doente (Marinho et al., 2020). Este regime é apontado frequentemente pelos doentes como o mais difícil a cumprir no regime terapêutico. Estes fatores muitas vezes são motivo de falta de adesão ao tratamento, especialmente porque a dieta ideal para os doentes em HD é limitada e restringe o consumo de alimentos que anteriormente faziam parte do padrão alimentar da maioria dos doentes (Ribeiro et al., 2023).

É essencial compreender alguns dos fatores que dificultam a adesão às medidas de autocuidado voltadas para a restrição hídrica. Entre estes, um papel importante é desempenhado pela perda de motivação e falta de autoavaliação, definida como a incapacidade de definir corretamente o estado de líquidos e a ingestão de sal e líquidos (Bossola et al.,2022). Muitos doentes referem sede, boca seca e/ou redução espontânea da saliva. Estes sintomas estão associados à ingestão de sódio, depleção de potássio, aumento dos níveis de ureia no sangue, elevação da glicemia, altos níveis de angiotensina, além de fatores psicológicos (Fan et al.,2013).

Cristóvão (2016) enumerou as principais medidas de autocuidado utilizadas para gerir a restrição hídrica, considerando seu impacto no ganho de peso interdialítico e na eficácia dialítica. O mesmo autor categorizou essas medidas em dois grupos: aquelas destinadas a diminuir o consumo de sal e as que têm como objetivo controlar a ingestão de líquidos. Quando se trata das medidas para reduzir o consumo de sal, Cristóvão (2016) apontou que as estratégias mais eficazes incluem: evitar usar sal à mesa, verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos, evitar o uso de produtos instantâneos, evitar usar molho de soja na comida e comida asiática, evitar molhos e condimentos, evitar o consumo de enchidos e alimentos enlatados e preferir o uso de ervas aromáticas na preparação das refeições. Para controlar a ingestão de líquidos, o autor destaca medidas como: evitar comer refeições muito condimentadas, evitar expor-se ao sol, evitar o álcool, evitar comer alimentos com muita água, evitar comer doces, evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitido por dia, colocar a

quantidade de líquido para todo o dia numa garrafa, controlar a glicemia capilar, evitar o consumo de sopa, bochechar a boca com água morna sem engolir, beber só para tomar os comprimidos, controlar o peso em casa, chupar rebuçados ou mascar pastilha elástica (sem açúcar), chupar limão, ajustar a quantidade dos líquidos à diurese e registar a quantidade de líquido bebido durante o dia.

A pessoa com DRC normalmente apresenta outras doenças crónicas, nomeadamente a DM, o diabético renal crónico é um doente de alta complexidade, difícil de ser reabilitado, com inúmeras complicações extra renais, como doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (Oliveira et al.,2004). Assim, não só nos estadios iniciais da doença renal, mas também na situação terminal, o controlo glicémico adequado tem um importante impacto sobre o prognóstico de sobrevida, sendo a hemoglobina glicada utilizada para identificar o risco cardiovascular destes doentes (Fernandes, 2019).

A revisão sistemática e meta-análise de Bossola et al. (2022) revela que intervenções educativas/cognitivas, intervenções de aconselhamento/comportamentais e/ou intervenções psicológicas/afetivas são eficazes na diminuição do ganho de peso entre sessões de diálise. Estas intervenções são caras, demoradas e exigem a cooperação dos doentes. As intervenções educativas devem incluir informações sobre a doença renal e consequências da mesma, fisiologia da sede (como já foi explicado anteriormente pelo SRAA) e as consequências do consumo de sódio e líquidos. No entanto, a aquisição de conhecimentos por si só pode não levar à mudança de comportamentos. As intervenções de aconselhamento/comportamento exigem reforços contínuos, pessoalmente ou por telefone com o intuito de obter o feedback da adesão no domicílio. Mesmo que haja adesão do doente, existe sempre o risco da não adesão. As intervenções psicológicas/afetivas baseiam-se na intervenção de um psicólogo, infelizmente, esta ação não está disponível em muitas unidades de HD.

Os cuidados ao doente em HD são um grande desafio para os enfermeiros pela necessidade de atenção contínua e intervenção precoce aquando das complicações associada à doença e ao tratamento, sendo a sobrecarga de líquidos uma das principais preocupações no que respeita ao controlo clínico dos doentes em HD. É necessário uma atuação baseada nas evidências científicas disponíveis para a manutenção de uma prática segura (Santos et al.,2022).

No que se refere ao regime medicamentoso, o enfermeiro da unidade de HD tem um contributo importante tanto no processo de avaliação da adesão, como na identificação dos fatores que a influenciam a mesma. Também é importante o seu contributo no desenvolvimento de estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso da pessoa em HD. O enfermeiro ocupa uma posição privilegiada para fomentar a adesão ao tratamento medicamentoso, dada a proximidade que mantém com a pessoa. Nesse processo, é crucial avaliar, com vista ao estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem e à implementação das intervenções correspondentes, com o objetivo de aprimorar a adesão (Pinto,2021). Como indicado pela

National Kidney Foundation (2002), o acompanhamento da medicação deve ser feito de forma regular, ajustando a dosagem com base nos resultados analíticos e nos sintomas. O profissional de saúde deve estar atento à deteção de potenciais efeitos adversos na função renal e à identificação de interações medicamentosas.

O regime medicamentoso da pessoa em HD é extremamente complexo, não só pelo número de medicamentos que toma, mas também pela dificuldade de ser ajustado ao contexto dialítico. O número médio de medicamentos diferentes no domicílio da pessoa em HD é de 10 a 12, com uma carga média de 19 comprimidos por dia, quase o dobro da dos doentes com insuficiência cardíaca e cerca de cinco vezes a dos doentes com DM (Cardone & Parker, 2020). O número de comprimidos é considerado um preditor de adesão pois quanto maior o número de comprimidos menor o seu nível de adesão (Neri et al., 2011). A terapêutica medicamentosa varia de pessoa para pessoa, conforme as suas necessidades, podendo incluir vitaminas, cálcio e captadores de fósforo, entre outras. Tem também como objetivo, o controlo de sintomas causados por doenças associadas à DRC, como sejam a HTA e a DM (Daugirdas et al., 2016). O cumprimento do regime medicamentoso é crucial em todas as doenças crónicas, mas na pessoa em HD é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves, podendo mesmo desencadear rapidamente a morte (Rahdar et al., 2019).

O enfermeiro, dentro do seu ambiente clínico, investiga a presença de sinais e sintomas relacionados à hipercaliémia ou hiperhidratação. Esses indicadores podem estar relacionados a questões dietéticas, mas também à não adesão ao regime medicamentoso. Diversos estudos destacam uma correlação positiva entre a adesão ao plano terapêutico em doentes em HD (incluindo restrições alimentares e de ingestão hídrica, regime medicamentoso e comparecimento regular às sessões de diálise) e a qualidade de vida dessas pessoas (Umeukeje et al., 2018; Rahdar et al., 2019). Estes doentes estão sujeitos a um amplo e periódico controlo analítico, e a avaliação dos resultados analíticos também pode ser um indicador da não adesão ao regime medicamentoso (Pinto, 2021).

A literatura baseada no estudo do regime medicamentoso evidencia que poderá existir uma alta prevalência de não adesão medicamentosa nas pessoas em HD. Existem também fatores associados a essa não adesão que poderão estar relacionadas com as caraterísticas das pessoas doentes e do meio em que se encontram inseridas (Alikari et al., 2018; Rahdar et al., 2019). Os fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico são: fatores externos, fatores relacionais e fatores inerentes ao doente. Por sua vez, estes três grupos de fatores podem ser agrupados em cinco categorias: os fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; os fatores relacionados com a terapêutica prescrita; e os fatores individuais relativos ao doente (Dias et al., 2011). A não adesão ao regime medicamentoso pode ser uma ação: involuntária do doente, que ocorre quando o doente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsciente; ou voluntária do doente, situação na

qual o doente decide não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções dadas pelo médico (Camarneiro, 2021).

Nesse cenário, é imperativo que o enfermeiro conduza uma avaliação aberta e consistente, elaborando um plano de cuidados que incorpore intervenções apropriadas de maneira sustentada, por forma a garantir a execução efetiva do plano terapêutico, ajudando a pessoa a capacitar-se para a gestão da sua doença (Pinto, 2021). A implementação de programas educacionais fundamentados em sessões de ensino, vídeos relevantes para sensibilizar os doentes e família, apoio via telefone, distribuição de folhetos informativos, esclarecer dúvidas aos doente e familiares sobre a importância da adesão total ao regime terapêutico, conforme sugerido por Zhianfar et al. (2020), emergem como estratégias viáveis para elevar as taxas de adesão aos regimes de tratamento, incluindo o regime medicamentoso. Além das estratégias supracitadas, foi enfatizada a importância do apoio emocional aos doentes e aos familiares. Também as intervenções comportamentais podem levar a uma maior adesão do regime medicamentoso, como o aumento da comunicação e aconselhamento, a simplificação dos esquemas terapêuticos, o envolvimento dos doentes no seu tratamento, a utilização de memorandos e o reforço positivo pela melhoria da adesão (Dias et al., 2011).

Também a existência de uma consulta uma consulta de enfermagem direcionada individualmente ou em determinado momento em grupo, poderá influenciar positivamente as pessoas a aderir ao regime medicamentoso (Matos, 2012). A adoção de algumas dinâmicas de tratamento e o desenvolvimento de intervenções educativas individualizadas é fundamental para consciencializar os doentes em HD sobre para a adesão ao regime medicamentoso, melhorando assim, o seu processo de tratamento (Meleis, 2012). A comunicação terapêutica compreende o uso da comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa, a desenvolver relações interpessoais construtivas. Desta forma, a comunicação terapêutica pode permitir o desenvolvimento de sessões de formação individual ou em grupo, considerando as necessidades da pessoa com DRC em HD com o intuito de a capacitar (Pinto,2021).

Outra estratégia para promover a adesão é realizar reconciliação medicamentosa. A reconciliação medicamentosa consiste na análise da medicação do doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, tendo por objetivo evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo assim a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação. É um processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados (DGS, 2016). Dada a frequência de alterações relacionadas à medicação nos doentes em HD, (Cardone & Parker, 2020) recomendam que este processo seja realizado mensalmente ou no pós internamento ou alteração de local de tratamento.

Para a obtenção de resultados positivos é fundamental atender as particularidades de cada pessoa e do contexto onde se encontra inserido, de modo a planear intervenções de enfermagem atendendo à individualidade de cada um, favorecendo assim, a humanização dos cuidados (Pedroso, et al., 2019).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 54 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-12 19:00:00	Insulina Glargina lantus 12 U SC de manhã	
2023-10-12 19:00:00	Sertralina 50mg - 1cp de manhã	
2023-10-12 19:00:00	Atorvastatina 40mg - 1cp à noite	
2023-10-12 19:00:00	Amlodipina 5mg - 2cp à noite	
2023-10-12 19:00:00	Losartan 100mg - 1cp de manhã	
2023-10-12 19:00:00	Ácido fólico - 1cp todas as sessões de HD	
2023-10-12 19:00:00	Complexo B + Biotina - 1cp todas as sessões de HD	
2023-10-12 19:00:00	Óxido férrico 100mg EV - 1 ampola 1x/semana na HD	
2023-10-12 19:00:00	Sevelâmero 800mg - 1cp ao almoço e ao jantar	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para todos os medicamentos prescritos, inicialmente deve ser avaliado com o doente se existem défices de conhecimento ou a não adesão ao regime terapêutico (Deglin & Vallerand, 2003).

Insulina Glargina - Para o tratamento da DM em adultos, sendo um análogo da insulina humana com uma ação de duração prolongada. Deve ser administrado uma vez por dia a qualquer hora, mas à mesma hora todos os dias (INFOMED, 2024). Deve-se monitorizar sinais e sintomas de hipoglicemia, periodicamente deve ser monitorizada a hemoglobina glicada para se avaliarem os resultados do tratamento. Deve ser avaliado o padrão alimentar, e realizar ajustes se necessário (Deglin & Vallerand, 2003).

Sertralina - pertence a uma classe de agentes antidepressivos conhecidos como inibidores da recaptação da serotonina, são utilizados para tratar a depressão e ou perturbações de ansiedade. Sertralina deve ser administrada em toma única diária de manhã ou à noite. Os comprimidos de sertralina podem ser administrados com ou sem alimentos (INDICE.eu, 2024). Devem ser monitorizadas as alterações de humor (aumento de ansiedade, nervosismo ou insónia), se ocorrerem comunicar ao médico (Deglin & Vallerand, 2003).

Atorvastatina - pertence a um grupo de medicamentos chamado estatinas, que se destinam a regular a concentração de lípidos (gorduras). É usado na redução dos lípidos no sangue conhecidos como colesterol e triglicéridos. Pode ser tomado a qualquer hora do dia, com ou sem alimentos, no entanto deve ser sempre tomado à mesma hora (INFOMED, 2024). Deve ser avaliado e padrão alimentar e explicado ao doente que esta terapêutica deve ser acompanhada de certas medidas como, restrições alimentares (gorduras, colesterol, hidratos de carbono e álcool), exercício físico e evitar fumar (Deglin & Vallerand, 2003).

Amlodipina - antihipertensor (bloqueador dos canais de cálcio). Deve ser monitorizada a Tensão Arterial (TA), a Frequência Cardíaca (FC), e avaliar sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (edema periférico, crepitações, dispneia, ganho de peso). O doente deve ser instruído para não parar a medicação, mesmo que tenha a TA controlada. Explicar ao doente outras medidas de controlo da HTA (dieta pobre em sódio, e se possível praticar exercício físico) (Deglin & Vallerand, 2003).

Losartan - antihipertensor (Antagonista dos recetores de angiotensina II) . Pelo risco de hipotensão, deve ser avaliada a TA e a FC regularmente, na posição de deitado, sentado e em pé. Deve-se avaliar sinais de dispneia ou edema facial. O doente deve ser informado que não deve suspender a medicação, mesmo que tenha a TA controlada. Explicar ao doente outras medidas de controlo da HTA (dieta pobre em sódio, e se possível praticar exercício físico) (Deglin & Vallerand, 2003).

Sevelâmero - indicado no controlo da hiperfosfatemia em doentes a realizar HD. Este deve ser ingerido com alimentos e não com o estômago vazio. O sevelâmero diminui a concentração sérica de fósforo, através da sua ligação a fosfatos no trato gastrointestinal e da redução da absorção. É importante a monitorização regular dos níveis séricos de fósforo durante a administração de captadores de fosfato. Os efeitos secundários conhecidos incluem, acidose metabólica, vómitos, náuseas, diarreia, dispepsia, dor abdominal, obstipação, flatulência e

erupção cutânea (Nambiar et al., 2018). Pelo que se deve avaliar a ocorrência destes efeitos secundários durante o tratamento. Como já foi referido, deve-se instruir o doente para tomar esta medicação às refeições (Deglin & Vallerand, 2003).

Ácido fólico - é um componente do grupo B das vitaminas e é necessário para a produção normal e maturação das células vermelhas do sangue. A deficiência de ácido fólico é uma das causas da anemia megaloblástica (INFOMED, 2024).

Complexo B + Biotina - associações de vitaminas, o organismo humano é incapaz de sintetizar as vitaminas, tendo de as receber em quantidades suficientes através de uma alimentação equilibrada. Existem situações em que o nosso organismo necessita de mais vitaminas do complexo B do que habitualmente, nomeadamente com um regime alimentar restritivo ou deficiente (INDICE.eu, 2024).

Óxido férrico - é um antianémico e está indicado no tratamento de deficiência de ferro. Pode ser administrado durante uma sessão de HD, diretamente na linha venosa do dialisador. Após a administração intravenosa, o núcleo de ferro polinuclear do complexo é captado, predominantemente, pelo sistema reticuloendotelial no fígado, baço e medula óssea. Numa segunda fase, o ferro é usado para a síntese de hemoglobina, mioglobina e outras enzimas contendo ferro ou armazenado sobretudo no fígado na forma de ferritina (INFOMED, 2024). Devem ser monitorizados sinais vitais, uma vez que a sua administração pode causar hipotensão, e sinais e sintomas de anafilaxia. O ritmo da perfusão deverá ser durante 1 hora. Os níveis de ferritina e de ferro devem ser avaliados, para monitorizar a eficácia do tratamento (Deglin & Vallerand, 2003).

Administrar multivitamínicos, incluindo ácido fólico; vitaminas B6, C e D; e suplementos de ferro, repõe os défices vitamínicos e minerais resultantes de desnutrição, anemia ou perda durante o tratamento de diálise (Doenges, Moorhouse & Murr, 2019). No entanto, o doente deve ser aconselhado a manter o padrão alimentar de acordo com as suas necessidades (explicando que a melhor fonte de vitaminas é um regime alimentar equilibrado) (Deglin & Vallerand, 2003).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas
12-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Fístula arteriovenosa

12-10-2023 19:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

12-10-2023 19:00 - Braço Esquerda(o): Frémito bem percetível.

12-10-2023 19:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa

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

Apresenta fístula arteriovenosa (FAV) úmero-cefálica no membro superior esquerdo funcionante e sem alterações.

A FAV é realizada por um cirurgião vascular e consiste na anastomose de uma veia e uma artéria superficial do braço, com o objetivo de permitir um fluxo de sangue superior a 250 ml/minuto. Esse fluxo de sangue abundante passa pelo filtro capilar durante quatro horas, retirando todas as impurezas (Oliveira, 2004). Esta deve ser observada para despiste de sinais de infeção e palpada para sentir se tem frémito (se está funcionante).

Já realiza tratamento pela FAV há cerca de 8 meses, e demonstra conhecimentos a ter com a mesma. Nomeadamente no que se refere ao autocuidado da FAV (realiza higiene da FAV antes do tratamento, não movimenta o braço durante o tratamento, não veste roupa apertada no membro da FAV, realiza a hemostase da mesma no final do tratamento de forma dinâmica e sabe como atuar em caso de hemorragia pelos locais de punção, entre outros).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-10-2023 19:00	Sistema respiratório	26-10-2023 19:00
12-10-2023 19:00	Sistema cardiovascular	
12-10-2023 19:00	Eliminação urinária	
12-10-2023 19:00	Volume de líquidos	
12-10-2023 19:00	Emoção	26-10-2023 19:00
12-10-2023 19:00	Padrão alimentar	
12-10-2023 19:00	Metabolismo	
12-10-2023 19:00	Atitudes terapêuticas	
26-10-2023 19:00	Autogestão do regime medicamentoso	

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

Passam-se a referir os domínios selecionados, fazendo alusão à sua relação com o quadro teórico.

Sistema respiratório - apesar de não apresentar dispneia o doente referiu cansaço para pequenos esforços. Provavelmente pelo ganho ponderal interdialítico excessivo. O ganho de

peso interdialítico deve ser inferior a 4,0 a 4,5% do peso seco (Bossola et al., 2022). Lindberg (2010) destaca que as consequências do excesso de líquidos incluem cãibras, HTA, fadiga, edema nas extremidades, dificuldade respiratória e edema agudo pulmonar. Face ao exposto é importante avaliar a evolução da comunicação de falta de ar, e perceber a sua relação com o excesso de ganho ponderal interdialítico.

Sistema cardiovascular - Na DRC os principais mecanismos da HTA incluem excesso de sódio e de líquidos, bem como um aumento da atividade do SRAA e disfunção endotelial. O objetivo do tratamento da HTA é diminuir o risco cardiovascular (Bortolotto, 2008). Foi selecionado este domínio, não só pela necessidade de vigilância dos sinais vitais durante o tratamento de HD, mas também para monitorizar a HTA do doente. Sendo este aconselhado a monitorizar as TA e FC também no domicílio.

Eliminação urinária - como o doente apresenta diurese, é importante monitorizar a mesma, uma vez que o doente deve ajustar a quantidade de líquidos ingeridos diariamente à diurese que apresenta (Cristóvão, 2016). A recomendação da quantidade diária de líquidos a ingerir é de: volume de urina de 24 horas + 500 ml e o ganho de peso entre diálises nunca superior a 1500 a 3000 ml (Fouque et al. 2007). Foi colhido o dado relativo à diurese para adaptar a quantidade de líquidos que deveria ingerir diariamente.

Volume de líquidos - apesar de não apresentar edemas, tem apresentado ganho de peso interdialítico excessivo. Referiu aumento da sensação de sede, muitos doentes referem sede, boca seca e/ou redução espontânea da saliva. Estes sintomas estão associados à ingestão de sódio, depleção de potássio, aumento dos níveis de ureia no sangue, elevação da glicemia, altos níveis de angiotensina, além de fatores psicológicos (Fan et al.,2013). Foi acrescentado um dado neste domínio " Ganho ponderal interdialítico", por forma a avaliar a evolução do mesmo.

Emoção - No que se refere o processo mental da pessoa em tratamento de HD, são referidas por diversos autores uma variedade de emoções, tais como, medo, ansiedade, choque, insegurança, angústia, culpa e raiva, como resposta ao novo estilo de vida que deve ser adotado. Esses sentimentos podem ter um impacto negativo na autoestima e levar a uma resistência na adesão ao tratamento, o que prejudica o estado clínico da pessoa (Metrogos et al.,2021). O doente já realiza tratamento há cerca de 8 meses, no entanto, de acordo com as fases de adaptação ao tratamento de HD de Nolasco (1982), provavelmente encontra-se na fase de desilusão, e manifestou ansiedade face ao peso ganho entre sessões de tratamento e ao mau estar sentido após o tratamento de HD. A ansiedade é muito frequente e está presente em 40-70% das pessoas doentes em tratamento médico conservador e em 50-70% das pessoas doentes em diálise (Metrogos et al.,2021). O apoio emocional e empatia baseado na escuta ativa e esclarecimento de dúvidas foi utlizado para tentar atenuar esta situação.

Padrão alimentar - não adesão ao regime dietético e de ingestão de líquidos aconselhado, por falta de conhecimentos e pelo facto de adquirir muitas vezes as refeições em restaurantes

(normalmente muito condimentada). É importante ressaltar que a não adesão ao regime dietético e de ingestão de líquidos pode contribuir para a deterioração do estado clínico do doente (Marinho et al., 2020). Este regime é apontado frequentemente pelos doentes como o mais difícil a cumprir no regime terapêutico, especialmente porque a dieta ideal para os doentes em HD é limitada e restringe o consumo de alimentos que anteriormente faziam parte do padrão alimentar da maioria dos doentes (Ribeiro et al., 2023). Como referido anteriormente, o doente vive sozinho e adquire muitas vezes as refeições em restaurantes, é importante explorar melhor este padrão no sentido do doente realizar refeições menos condimentadas.

Metabolismo - foi selecionado, uma vez que o doente é diabético, pela importância de vigiar valores de glicemia capilar. O controlo glicémico adequado tem um importante impacto sobre o prognóstico de sobrevida, sendo a hemoglobina glicada utilizada para identificar o risco cardiovascular destes doentes (Fernandes, 2019).

Autogestão do regime medicamentoso, uma vez que se verificou que o doente não estava a cumprir o regime medicamentoso. O cumprimento do regime medicamentoso é crucial em todas as doenças crónicas, mas na pessoa em HD é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves, podendo mesmo desencadear rapidamente a morte (Rahdar et al., 2019). Devido à proximidade que tem com o doente, o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada para incentivar a pessoa à adesão ao regime medicamentoso. Nesse processo, é crucial avaliar, com vista ao estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem e à implementação das intervenções correspondentes, com o objetivo de aprimorar a adesão (Pinto,2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório
12-10-2023 19:00
- 12-10-2023 19:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.
- 12-10-2023 19:00 - Ritmo respiratório regular.
- 12-10-2023 19:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 12-10-2023 19:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 12-10-2023 19:00 - Saturação do oxigénio no sangue
  - 12-10-2023 19:00 - Periférico(a): 97 %.
- 12-10-2023 19:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.
- **12-10-2023 19:00 - Determinar evolução da dispneia** [FIM] 26-10-2023 19:00
  - *12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da dispneia [FIM]* 26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00
- 26-10-2023 19:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

26-10-2023 19:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
26-10-2023 19:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
26-10-2023 19:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
26-10-2023 19:00 - Saturação do oxigénio no sangue
26-10-2023 19:00 - Periférico(a): 98 %.
26-10-2023 19:00 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

12-10-2023 19:00
12-10-2023 19:00 - Localização do Pulso
12-10-2023 19:00 - Antebraço Direita(o)
12-10-2023 19:00 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.
12-10-2023 19:00 - Pulso rítmico.
12-10-2023 19:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
12-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o)
12-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea sistólica: 147 mmHg.
12-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea diastólica: 86 mmHg.
12-10-2023 19:00 - Temperatura das extremidades
12-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
12-10-2023 19:00 - Coloração das extremidades
12-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
12-10-2023 19:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
12-10-2023 19:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco
12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia
12-10-2023 19:00 - Monitorizar frequência cardíaca
12-10-2023 19:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea
12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea
12-10-2023 19:00 - Monitorizar pressão sanguínea
12-10-2023 19:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

26-10-2023 19:00
26-10-2023 19:00 - Localização do Pulso
26-10-2023 19:00 - Antebraço Direita(o)
26-10-2023 19:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.
26-10-2023 19:00 - Pulso rítmico.
26-10-2023 19:00 - Pulso simétrico.
26-10-2023 19:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
26-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o)
26-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.
26-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.
26-10-2023 19:00 - Temperatura das extremidades
26-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].
26-10-2023 19:00 - Coloração das extremidades
26-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

26-10-2023 19:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação urinária

12-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Quantidade de urina: 500 ml.

12-10-2023 19:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

12-10-2023 19:00 - Monitorizar eliminação urinária

26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00 - Quantidade de urina: 500 ml.

Metabolismo

12-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Glicemia capilar: 129 mg/dl.

12-10-2023 19:00 - Glicemia

12-10-2023 19:00 - Determinar evolução da glicemia

12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da glicemia

12-10-2023 19:00 - Monitorizar glicemia capilar

26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00 - Glicemia capilar: 130 mg/dl.

Volume de líquidos

12-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Aumento da sensação de sede.

12-10-2023 19:00 - Sinal de Godet

12-10-2023 19:00 - Membro inferior: Sinal de Godet negativo.

12-10-2023 19:00 - Peso: 61.00 Kg.

12-10-2023 19:00 - Ganho ponderal interdialítico superior a 3500ml.

12-10-2023 19:00 - Ganho ponderal interdialítico

12-10-2023 19:00 - Determinar evolução do ganho ponderal interdialítico

12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do ganho ponderal interdialítico

12-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime de ingestão de líquidos

12-10-2023 19:00 - Ensinar sobre o regime de ingestão de líquidos

26-10-2023 19:00 - Esclarecer dúvidas sobre o regime de ingestão de líquidos

26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00 - Aumento da sensação de sede.

26-10-2023 19:00 - Sinal de Godet

26-10-2023 19:00 - Membro inferior: Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

26-10-2023 19:00 - Peso: 61.50 Kg.

26-10-2023 19:00 - Ganho ponderal interdialítico inferior a 3000ml.

Emoção

12-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Verbaliza ansiedade.

12-10-2023 19:00 - Ansioso face ao peso ganho entre sessões de tratamento e ao mau estar sentido após o tratamento de hemodiálise.

12-10-2023 19:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Esclarecer que o mau estar após os tratamentos, pode estar relacionado com o excessivo ganho ponderal interdialítico [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Reforçar a importância de cumprir o regime dietético e de ingestão de líquidos [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 26-10-2023 19:00

12-10-2023 19:00 - Assistir o doente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

Autogestão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00

26-10-2023 19:00 - Não estava a tomar Sevelâmero, segundo o mesmo não percebeu prescrição médica.

26-10-2023 19:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

26-10-2023 19:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Realizar reconciliação medicamentosa

26-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-10-2023 19:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

26-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Esclarecer sobre a importância de cumprir o regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Identificar fatores que levam à não adesão do regime medicamentoso

26-10-2023 19:00 - Ensinar sobre a finalidade de cada medicamento

Padrão alimentar
12-10-2023 19:00
12-10-2023 19:00 - Número de refeições diárias: 4.
12-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.
12-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.
12-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.
12-10-2023 19:00 - Não confeciona diariamente as refeições, compra em restaurantes (normalmente com excesso de sal e gordura).
12-10-2023 19:00 - Bebe refrigerantes diariamente.
12-10-2023 19:00 - Não contabiliza os líquidos ingeridos durante o dia
12-10-2023 19:00 - Autogestão do regime dietético
12-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime dietético
12-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
12-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
12-10-2023 19:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.
12-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
12-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético
12-10-2023 19:00 - Ensinar sobre o regime dietético
12-10-2023 19:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio
12-10-2023 19:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos
26-10-2023 19:00 - Esclarecer dúvidas sobre o regime dietético
26-10-2023 19:00 - Esclarecer dúvidas sobre dieta restrita em sódio
26-10-2023 19:00 - Esclarecer dúvidas sobre ingestão de líquidos
26-10-2023 19:00
26-10-2023 19:00 - Número de refeições diárias: 5.
26-10-2023 19:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.
26-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.
26-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.
26-10-2023 19:00 - Tem confecionado as refeições em casa. Compra menos vezes as refeições em restaurantes.
26-10-2023 19:00 - Refere ter deixado de beber refrigerantes.
26-10-2023 19:00 - Contabiliza os líquidos ingeridos durante o dia, utilizando uma garrafa de 0,5L.

3.7. Especificação das intervenções

Assistir o doente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade
- Prestar apoio emocional baseado na escuta ativa e empatia
- Usar abordagem calma e tranquilizadora

- Tentar compreender a perspetiva do doente em relação à situação temida
- Escutar o doente com atenção
- Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações
- Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Esclarecer que o mau estar após os tratamentos, pode estar relacionado com o excessivo ganho ponderal interdialítico

- Informar que uma ultrafiltração elevada pode levar a intercorrências durante e após o tratamento

Ensinar sobre o regime dietético

- Ensinar sobre os alimentos que pode comer
- Ensinar sobre os alimentos que deve evitar
- Incentivar o próprio a confecionar as refeições (não ingerir sódio e gorduras em excesso)
- Se necessário agilizar com Assistente Social, associação que confecione as refeições de acordo com o regime dietético aconselhado

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Substituir sal por ervas aromáticas (salsa, louro, coentros, hortelã)
- Substituir sal por especiarias (pimenta, piri-piri, acafrão)
- Utilizar vinagre e limão para temperar
- Evitar o consumo de enchidos e alimentos enlatados
- Evitar o uso de produtos instantâneos (Cristovão, 2016).

Ensinar sobre o regime de ingestão de líquidos

- Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos
- Ensinar sobre estratégias para ingerir menos líquidos (usar sempre copos pequenos, evitar sopas, utilizar uma garrafa para contabilizar o que ingere durante o dia)
- Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede (evitar refrigerantes ou outras bebidas ricas em açúcar, evitar comidas com excesso de sódio, molhar a boca com frequência mas sem ingerir a água)
- Explicar que deve ajustar a quantidade de líquidos ingeridos à sua diurese (Cristovão, 2016).

Realizar reconciliação medicamentosa

- Confirmar com o doente toda a medicação que toma
- Verificar a medicação que está prescrita (DGS, 2016).

3.8. Síntese relativa ao caso

O doente que acompanhamos, apesar de realizar tratamento de HD há cerca de 8 meses, ainda não se adaptou ao mesmo e às alterações que acarreta no seu quotidiano. No primeiro

contacto, encontrava-se algo ansioso face ao peso ganho entre sessões e com a sintomatologia após os tratamentos. Uma vez que apresentava ultrafiltrações superiores a 3000ml, no final dos tratamento por vezes apresentava hipotensão o que lhe causava mau estar. Aquando a realização da colheita de dados, verificou-se também défice de conhecimentos sobre o regime alimentar e de ingestão de líquidos. O facto de viver sozinho, apesar de ter apoio do filho e irmão, também dificulta a adesão ao regime dietético e de ingestão de líquidos. Muitas vezes não confecionava as refeições e adquiria em restaurantes (normalmente muito condimentadas).

Nesta fase foi então trabalhada a questão da ansiedade e do regime dietético. Optou-se por escutar o doente, e tentar perceber o que lhe causava ansiedade. Foi então tranquilizado relativamente aos aspetos que o preocupavam, foi importante diminuir a ansiedade e mostrar que tem apoio dos profissionais. A empatia de várias fontes, como a família e a equipa de saúde, pode diminuir os problemas físicos e psicológicos dos doentes, auxiliando-os a enfrentar a doença com maior tranquilidade, a evitar o isolamento e a recuperar vitalidade e energia (Shahgholian & Yousefi, 2018). Davison & Simpson (2006) acreditam que a comunicação dos enfermeiros com os doentes é muito importante e pode aumentar a sua esperança, o facto de o enfermeiro falar com os doentes sobre sua situação pode, às vezes, ser uma fonte de alívio e esperança para a sua saúde e bem-estar. A comunicação terapêutica compreende o uso da comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa, a desenvolver relações interpessoais construtivas, esta pode permitir o desenvolvimento de sessões de formação individual ou em grupo, considerando as necessidades da pessoa com DRC com o intuito de a capacitar (Pinto, 2021). Neste aspeto tive alguma dificuldade, pois os doentes realizam tratamento na mesma sala , não há muita privacidade, e por vezes notei que o doente não se sentia à vontade. Optei por esperar pelo final do tratamento e pedi ao doente para de se deslocar comigo ao gabinete médico para falarmos com mais privacidade.

Relativamente ao regime dietético e de ingestão de líquidos, verificou-se que tinha poucos conhecimentos, e ainda não estava consciencializado para esta questão, apesar se já realizar tratamento há alguns meses. Foi difícil perceber esta não consciencialização do doente, por um lado porque já realizava tratamento há algum tempo, por outro lado a questão da privacidade para explorar com o doente os aspetos relacionados com o regime, e do que necessitava para iniciar a transição. Inicialmente teria de ter a consciência do que necessitava de alterar no seu regime. Foi então explicada a importância destes regimes no controlo do ganho ponderal interdialítico e no tratamento de HD. Verificou-se que quis saber sobre o mesmo e até foi colocando questões, houve envolvimento por parte do doente. Foi realizada intervenção educativa com esclarecimento de dúvidas e sugerido sobre a aquisição de refeições numa associação que as confecione, de acordo com o regime dietético aconselhado, no entanto, o doente prefere tentar confecionar as refeições.

Não foi selecionado o padrão de exercício, uma vez que o doente referiu não se sentir capaz no momento, devido ao cansaço para pequenos esforços, de realizar exercício.

Do primeiro contacto para o segundo verificaram-se melhorias no quadro geral do doente. Tem apresentado ganho ponderal interdialítico mais baixo, ainda refere sensação de sede mas menos exacerbada (provavelmente por ser ele a confecionar agora a maior parte das refeições). Não verbalizou ansiedade, uma vez que tem ganhos de peso entre sessões mais baixos, não apresentando assim mau estar no final dos tratamentos. Relativamente ao padrão alimentar, modificou alguns aspetos, confeciona quase sempre as suas refeições, ingerindo assim menos sódio. Começou a medir a quantidade de líquidos ingerida durante o dia com uma garrafa de 500ml, o que lhe permitiu ter uma noção se bebia muito. No entanto, foram esclarecidas dúvidas e reforçado ensino sobre o regime dietético e de ingestão de líquidos.

No segundo contacto foi dado termo ao domínio sistema respiratório, uma vez que o doente já não referiu cansaço para pequenos esforços, o ganho ponderal interdialítico tem sido inferior a 3000ml, o que contribui para uma menor sobrecarga de líquidos e consequentemente diminuição do cansaço. A emoção foi retirada, uma vez que o doente não verbalizou neste momento ansiedade, até se encontrava bastante positivo relativamente ao conforto que apresentou após o tratamento ao apresentar uma ultrafiltração menor. Os domínios: sistema cardiovascular, metabolismo, eliminação urinária, foram mantidos, pela importância da vigilância da TA, glicemia capilar e diurese. O volume de líquidos foi mantido pela necessidade de monitorizar o ganho ponderal interdialítico, apesar de este se encontrar mais baixo que no primeiro contacto. O padrão alimentar foi mantido, para esclarecimento de dúvidas sobre as intervenções educativas realizado no primeiro contato.

No segundo contacto, verificou-se que o doente não estava a cumprir o regime medicamentoso. Conforme constava nos registos do processo do doente, já estava na altura de fornecer a medicação da Unidade e ele não a solicitou. Quando questionado, o doente explicou que não compreendeu a prescrição, questionado se atribuía algum significado negativo à medicação em questão, no que se refere por exemplo aos efeitos secundários (náuseas, vómitos, diarreia...), mas o mesmo respondeu "simplesmente não entendi que era para tomar mais um comprimido Sra. enfermeira". Parece que a não adesão do doente foi involuntária, e que não atribuía um significado à mesma que inibisse a adesão ao medicamento em questão.

Foi realizada reconciliação medicamentosa, sendo analisada toda a medicação do doente com o mesmo. Também foi fornecida ao doente informação sobre os medicamentos (a finalidade, possíveis efeitos secundários) e foi explicada a importância de cumprir o regime. Foram então realizadas intervenções para promover a autogestão do regime medicamentoso.

4. A PESSOA A INICIAR HEMODIÁLISE EM CONTEXTO HOSPITALAR E O AUTOCUIDADO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Homem de 67 anos, vive com a esposa e filha. Diagnóstico de DRC estadio 5, internado por insuficiência cardíaca descompensada, dispneia para esforços e agravamento de edema periférico. Necessita de ajuda no autocuidado devido à dispneia, encontra -se a realizar oxigenoterapia e inaloterapia. Apresenta FAV umero-cefálica esquerda funcionante. Iniciou terapia de substituição renal (hemodiálise) no internamento. Antecedentes pessoais: HTA, DM tipo 2.

4.1. Enquadramento teórico

Apresentamos o enquadramento teórico referente ao caso clínico, evidenciando o processo adaptativo da pessoa ao tratamento de HD e o autocuidado com a FAV. Aspetos relacionados com os sinais e sintomas associados à hipervolémia e alterações do padrão do sono também são abordados. Os tópicos, a DRC, o tratamento de HD e a adaptação ao tratamento de HD foram abordados no primeiro caso clínico.

Sinais e sintomas associados à hipervolémia

Como já foi referido no enquadramento do primeiro caso clínico, no estadio V da DRC traduz-se num vasto conjunto de alterações, nomeadamente: o desequilíbrio hídrico, o equilíbrio hídrico é determinado pelo volume de líquidos diariamente ingeridos e eliminados. A regulação e a composição dos líquidos corporais são na sua maioria asseguradas pela função excretora do rim e pelas hormonas como a aldosterona e hormona antidiurética. À medida que a função renal se degrada a diurese vai diminuindo até à anúria, nesta fase existe a tendência para reter líquidos o que se na formação de edemas, no aumento do peso corporal e no aumento da pressão arterial; alterações cardiovasculares, o sistema cardiovascular é afetado pela falência renal, pela diálise, mas também pela retenção de água, de sódio e pela anemia. A HTA acontece devido à sobrecarga hídrica e à retenção de sódio, e tende a agravar-se com a diminuição da perfusão renal, por ativação do SRAA. A HTA não controlada é um fator de risco significativo para a insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral. A hipervolémia contribui para hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca congestiva, juntamente com a

anemia, acidose e calcificações ectópicas. As arritmias são frequentemente associadas à hipercalémia; alterações respiratórias, estas incluem o edema do pulmão, pleurite e maior suscetibilidade à pneumonia, todos eles correlacionados com a síndrome urémica. O edema agudo do pulmão pode ser resultado da sobrecarga hídrica e da insuficiência cardíaca congestiva, enquanto a hipoalbuminemia causa diminuição da pressão oncótica e favorece o edema pulmonar. A respiração de Kussmaul é característica da acidose metabólica, em que ocorre o aumento da frequência e da profundidade da respiração; alterações metabólicas, a ureia é um dos principais produtos do catabolismo das proteínas e é eliminada do corpo através da urina. O aumento do nível sérico da ureia ocorre devido à falência renal, resultando na retenção da ureia nitrogenada. Esse aumento pode ser acompanhado pelo aumento dos níveis séricos de creatinina. A creatinina, que é usada para avaliar a função renal, é derivada da degradação do fosfato de creatinina muscular, normalmente excretada pelo rim (Cristovão, 2016).

Lindberg (2010) destaca que as consequências do excesso de líquidos incluem cãibras, HTA, fadiga, edema nas extremidades, dificuldade respiratória e edema agudo pulmonar. Segundo o autor, os doentes muitas vezes não percebem os efeitos positivos da restrição hídrica, mas experimentam os resultados negativos dos excessos na sua condição física.

Alterações do sono e repouso

A descoberta de uma doença crónica altera o estado de equilíbrio da pessoa, não só pela presença dos sintomas físicos, mas também pelo processo adaptativo pata alcançar novamente o equilíbrio. Os doentes apresentam dificuldades para dormir, necessitando por vezes de utilizar medicamentos indutores do sono. A DRC está intimamente relacionada com distúrbios do sono, possivelmente devido ao quadro clínico de uremia, sobrecarga de líquidos, isoladamente ou em conjunto. Estes sintomas são comuns quando a pessoa inicia tratamento de HD, e ocorre a alteração do padrão do sono. Esta alteração, a privação do sono, pode acarretar tanto consequências físicas como psicológicas, como a perda de concentração, cansaço, fadiga, aumento da dor, perda de apetite, alteração da TA, além de causar impactos negativos a nível emocional e motivação da pessoa. A ansiedade e a dificuldade em conciliar o sono estão interligadas, pois o doente tem dúvidas em relação ao futuro perante o início do tratamento dialítico (Marinho et al.,2020).

Autocuidado com a fístula arteriovenosa

Orem (1993) caracteriza o autocuidado como uma função humana essencial, na qual as pessoas devem realizar por si próprias ou garantir que seja realizada por outros, com a finalidade de preservar a vida, o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento. Esta função é aprendida e

executada continuamente, de acordo com as necessidades da própria pessoa. A capacidade para autocuidado não é uma capacidade inata, esta é adquirida ao longo da vida. O autocuidado tem de ser aprendido e executado continuamente, por norma os adultos saudáveis têm a capacidade de se autocuidar. A capacidade pode ficar comprometida por diversos motivos: doença, incapacidade física ou mental, falta de recursos, fatores ambientais. Quando uma pessoa perde a capacidade de se autocuidar, limita o que pode realizar de forma autónoma, necessitando de ajuda para o autocuidado. Esta ajuda pode ser de familiares, vizinhos, amigos ou profissionais de enfermagem (Pereira, 2018).

Segundo a autora, existem requisitos para o autocuidado que são agrupados em três categorias: universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns a todas as pessoas e envolvem as necessidades humanas básicas, visando manter a saúde. Já os requisitos de autocuidado por desvio de saúde referem-se à situação de doença, sendo, portanto, dificuldades que o indivíduo, devido a doença, incapacidade ou tratamento, não consegue satisfazer as suas necessidades de autocuidado. Para suprir essa falta, Orem (1993) identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pelo outro; guiar o outro; apoiar o outro (fisicamente ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, capacitando-o a satisfazer exigências presentes e futuras; educar o outro.

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Orem, proporciona uma perspetiva interessante através da qual é possível promover o autocuidado na pessoa com DRC. Esta teoria é composta por três teorias interrelacionadas entre si: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado; Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1993; Sousa, 2009).

Com base nesta Teoria, é importante incentivar a pessoa com FAV a explorar o seu potencial para o desenvolvimento pessoal e a assumir maior responsabilidade pela sua saúde e bem-estar. Esta abordagem enfatiza a promoção e a recuperação do autocuidado, um comportamento que a pessoa aprende por si mesma (Orem, 1993; Sousa, 2009). Ao adquirir comportamentos de autocuidado relacionados à FAV, a pessoa executa-os com o objetivo de prevenir complicações e melhorar sua qualidade de vida. Quando a pessoa realiza comportamentos de autocuidado, torna-se o agente responsável por sua própria saúde. Desenvolve assim, um conjunto de capacidades cognitivas, percetivas e de memória, assim como habilidades e valores que lhe permitem identificar suas necessidades no autocuidado (Lukkarinen & Hentinen, 1997; Sousa, 2009). A aquisição de habilidades e conhecimentos que a pessoa desconhecia, especialmente relacionados aos hábitos de preservação da FAV, aos cuidados na retirada das agulhas e sua hemostase, bem como à capacidade de sentir o frémito, entre outros, é fundamental (Sousa, 2009).

O défice no autocuidado surge quando a pessoa não consegue atender às necessidades de cuidados relacionadas com a FAV. Isso pode ocorrer devido a incapacidade, limitação, ausência de conhecimento ou conhecimento inadequado, bem como dificuldade em reconhecer as

necessidades e requisitos do autocuidado. Ou seja, ocorre um desequilíbrio entre a necessidade da pessoa atender aos requisitos do autocuidado e sua capacidade para fazê-lo. Quando ocorre esta situação, torna-se necessária a intervenção, no sentido de compensar, ajudar ou substituir os défices de autocuidado, tendo como principal objetivo que a pessoa, seja capaz de alcançar o estado de saúde pretendido com os cuidados à FAV. O enfermeiro deve suprimir as necessidades do autocuidado quando é necessário, no entanto, não deve esquecer que a pessoa é responsável pela sua saúde e pela realização das atividades para o autocuidado (Orem, 1993; Sousa, 2009).

Através da Teoria dos Sistemas de Enfermagem, o enfermeiro pode envolver a pessoa com DRCT no processo de tratamento de substituição da função renal, considerando as suas experiências pessoais e a sua habilidade para lidar com o impacto desta modalidade em sua vida (Sousa, 2009). Esta teoria fundamenta-se nas necessidades e capacidades dos doentes para a execução do autocuidado, o que determina se a intervenção é necessária ou não. Os sistemas de enfermagem podem ser classificados como totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação.

As pessoas com DRCT devem ser instruídas sobre como cuidar da sua FAV. Vários estudos têm mostrado que a maioria delas não pratica o autocuidado adequado com a FAV e que tem pouco ou nenhum conhecimento sobre os cuidados necessários. É essencial que as pessoas com FAV aprendam que adotar comportamentos de autocuidado é uma forma de conciliar estilos de vida com o estado de saúde atual (Ozen et al., 2017; Silva, 2022; Sousa et al., 2017).

Quando se fala em requisitos universais de autocuidado para pessoas com FAV, estes relacionam-se com comportamentos destinados à prevenção de riscos, como infeções/trombose do acesso, e à promoção da autonomia. É através do autocuidado que a pessoa desenvolve o seu potencial para viver com uma FAV e evitar complicações. O desenvolvimento dos comportamentos de autocuidado proporciona um conjunto de competências que capacita a pessoa a adquirir habilidades para identificar e evitar situações que possam causar disfunção na FAV (Horsburgh, 1999; Sousa, 2009; Sousa, 2012).

As complicações relacionadas com o AV para HD são um grande obstáculo ao tratamento e estão associadas ao aumento dos custos em saúde e das taxas de mortalidade e morbilidade (Melo & Lima, 2021; Lima, 2018). Uma vez que as complicações do AV podem ser evitadas, tais como a trombose e a infeção, pelo facto de serem previsíveis quando adequadamente monitorizadas, os doentes devem ser consciencializados para a autoavaliação e acompanhamento do acesso (Pundir et al.,2022). Para além da vigilância e dos cuidados que os profissionais de saúde devem ter com a FAV, a vigilância e o autocuidado por parte da pessoa, é essencial para a longevidade do AV. Torna-se, portanto, essencial dotar a pessoa com FAV de competências de autocuidado com o seu acesso ao longo das várias fases do processo, de modo a prevenir ou identificar possíveis complicações o mais cedo possível, de modo a prevenir

complicações, salvaguardar a falência da FAV e evitar a construção de nova FAV.

Segundo as Guidelines for Vascular Acess (Kdoqi, 2021) é recomendado educar a pessoa sobre os cuidados com o seu AV. Por outro lado, a European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (ERA/EDTA) descreve o papel do enfermeiro como o de assistir a pessoa/família na adaptação à DRCT, estimulando a capacidade de autocuidado e ajudando-os a alcançar um nível de bem-estar e independência face ao tratamento. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver estratégias educativas para promover comportamentos de autocuidado pela pessoa, envolvendo sempre que possível a família, uma vez que esta pode facilitar tanto a aquisição de comportamentos de autocuidado como de conhecimentos (Sousa et al., 2022). Estas estratégias passam por educar, orientar, descrever e explicar, de modo a promover o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado na pessoa. Os programas educacionais devem ser estruturados, contínuos, multidisciplinares e adaptados às necessidades da pessoa (Sousa, 2014).

Em 2012, Sousa desenvolveu uma estrutura orientadora das práticas clínicas que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para a pessoa com FAV, fornecendo uma visão abrangente dos cuidados destinados à pessoa com FAV, abrangendo as áreas da preparação, desenvolvimento e manutenção da FAV. Sousa (2009) subdivide as intervenções de enfermagem orientadas para o autocuidado em cinco categorias: cuidados prévios à punção; cuidados intradialíticos; cuidados interdialíticos; hematomas e retirada das agulhas. No que se refere aos cuidados prévios à punção, as intervenções passam pela importância da higiene da FAV, evitando assim possíveis infeções da mesma. A pessoa deve ser aconselhada: a lavar o braço do FAV com água e sabão todos os dias e antes de cada tratamento; não tossir ou espirrar na direção do AV; não remover o penso durante 3 a 4 horas após a hemostase e evitar traumas do membro da FAV (Sousa, 2009; EDTNA/ERCA, 2015; OE, 2016).

Relativamente aos cuidados intradialíticos a pessoa deve ser esclarecida sobre a hipotensão, mobilização do membro da FAV (não realizar movimentos bruscos), uso de roupa adequada (não utilizar roupa apertada) e a hemostase dos locais de punção (Sousa, 2009). Enquanto, na remoção das agulhas deve ser feita com cuidado para evitar complicações (hemorragias e hematomas), ao mesmo tempo fornecer ao doente informações úteis sobre o controlo de hemorragias. A pessoa deve ser orientada: para a importância de efetuar a compressão nos locais de punção de forma dinâmica; evitar a utilização de pressão estática (pinças); se hemorragia após a diálise, realizar a compressão diretamente no local da punção durante cinco a dez minutos e verificar se a hemostase está efetuada, se esta persistir após trinta minutos a pessoa deve regressar à unidade de HD ou recorrer ao hospital (Galera-Fernández et al., 2005; EDTNA/ERCA, 2015).

Relativamente aos cuidados interdialíticos é importante explicar à pessoa como proceder no domicílio: observar diariamente o AV (reconhecer sinais de rubor/vermelhidão, calor ao toque,

dor, exsudado e edema quando olha para o braço); realizar a palpação do AV colocando a mão sobre a FAV para sentir vibração (frémito) e verificar se a zona está dolorosa ou mais quente do que o habitual; manter a temperatura constante na zona da FAV, de forma, a evitar o calor excessivo ou frio excessivo, que pode levar à vasodilatação ou vasoconstrição, alterando o funcionamento da FAV; evitar transportar objetos pesados com o membro da FAV, alertar para não avaliarem a TA e qualquer tipo de colheita de sangue, injeção ou cateterização no membro do AV. As pessoas devem ser informadas que devem entrar em contacto com o centro de HD: se o frémito da FAV parar ou diminuir bruscamente; se ocorrerem alterações na aparência da pele ou do braço da FAV; se sofrer um traumatismo diretamente na FAV ou no membro do AV. (Fazendeiro, 2011; Sousa, 2009; EDTNA/ERCA, 2015).

No que se refere aos cuidados com os hematomas, a pessoa deve ser instruída a: aplicar uma compressão adequada sobre os locais de punção da FAV e por um período adequado durante a hemostase; aplicar na zona afetada de uma camada fina de pomada heparinóide exceto no dia da sessão dialítica; realizar uma massagem suave no sentido ascendente várias vezes (3x), para reabsorver o hematoma e impossibilitar a formação de zonas endurecidas (Sousa, 2009; EDTNA/ERCA, 2015).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 67 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-04 10:00:00	Furosemida 60mg EV - 8/8 h	
2023-12-04 10:00:00	Bisoprolol 2.5mg PO - 1cp pequeno almoço	
2023-12-04 10:00:00	Pantoprazol 20 mg PO - 1cp em jejum	
2023-12-04 10:00:00	Sevelâmero 800mg - 1cp ao almoço e ao jantar	
2023-12-04 10:00:00	Insulina Glargina lantus 8 U SC de manhã	
2023-12-04 10:00:00	Insulina Lispro às refeições conforme protocolo	
2023-12-04 10:00:00	Brometo de ipatrópio - Inalação de 12/12h	
2023-12-04 10:00:00	Salbutamol - inalação de 12/12h	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A **Insulina Glargina** e o **Sevelamêro,** uma já foram referenciados no primeiro caso.

Furosemida - medicamento diurético, os doentes em tratamento com furosemida podem ter hipotensão sintomática com tonturas, desmaio ou perda de consciência. Isto aplica-se especialmente aos doentes que estejam a tomar concomitantemente outros medicamentos que possam provocar hipotensão e aos doentes que tenham outras condições associadas a um risco de hipotensão. Pelo que se deve vigiar a TA frequentemente. A furosemida leva ao aumento da excreção de sódio e cloro e, consequentemente, de água. Verifica-se também um aumento da excreção de outros eletrólitos, particularmente potássio (INFOMED, 2024). E importante pesar o doente todos os dias e realizar balanço hídrico, assim como avaliar os edemas e a sua localização. Deve ser administrada direta, sem ser diluída, com um ritmo de perfusão lento durante 2 minutos (Deglin & Vallerand, 2003).

Bisoprolol - é um medicamento bloqueador beta mais comummente usado para doenças cardíacas. Isso inclui especificamente HTA, dor no peito por fluxo insuficiente de sangue para o coração e insuficiência cardíaca. Os comprimidos devem ser tomados de manhã e podem ser tomados com alimentos (INDICE.eu, 2024). Deve ser monitorizada a TA, a FC, e avaliar sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (edema periférico, crepitações, dispneia, ganho de peso). O doente deve ser instruído para não parar a medicação, mesmo que se sinta melhor. Explicar ao doente outras medidas de controlo da HTA (dieta pobre em sódio, e se possível praticar exercício físico) (Deglin & Vallerand, 2003).

Pantoprazol - antiulceroso, é um benzimidazol substituído que inibe a secreção de ácido clorídrico no estômago através do bloqueio específico das bombas de protões das células parietais. Deve ser administrado em jejum, de preferência antes do pequeno almoço, para otimizar a absorção (INDICE.eu, 2024).

Insulina Lispro - para o tratamento de adultos e crianças com DM que necessitam de insulina para manter a homeostase normal da glucose. Pode ser administrada pouco tempo antes das refeições por via de injeção subcutânea. Atua rapidamente e tem uma duração de atividade mais curta (2 a 5 horas) (INFOMED, 2024). Deve-se monitorizar sinais e sintomas de hipoglicemia frequentemente. Deve ser avaliado o padrão alimentar, e realizar ajustes se necessário (Deglin & Vallerand, 2003).

Brometo de ipratrópio - está indicado como broncodilatador para tratamento de manutenção do broncospasmo associado a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica, incluindo bronquite crónica e enfisema. Administrado por via inalatória (INFOMED, 2024). Pode provocar palpitações e hipotensão, pelo que é necessário monitorizar a TA e FC (Deglin & Vallerand, 2003).

Salbutamol - provoca broncodilatação num curto espaço de tempo (4 horas) com rápido início de ação (dentro de 5 minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias devidas à asma, bronquite crónica e enfisema. Administrado por via inalatória (INDICE.eu, 2024). Pode provocar palpitações e taquicardia, pelo que é importante monitorizar a FC. (Deglin & Vallerand, 2003).

Nos broncodilatadores apresentados anteriormente, é importante monitorizar a frequência respiratória e avaliar sinais de dispneia. Avaliar se o doente faz a inalação corretamente, se for necessário instruir sobre a técnica correta de utilização do inalador (Deglin & Vallerand, 2003).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas
04-12-2023 10:00

04-12-2023 10:00 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.
04-12-2023 10:00 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Manter oxigenoterapia [FIM] 07-12-2023 15:00

04-12-2023 10:00 - Fístula arteriovenosa
04-12-2023 10:00 - Frémito da fístula arteriovenosa
04-12-2023 10:00 - Braço Esquerda(o): Frémito bem percetível.
07-12-2023 15:00 - Frémito da fístula arteriovenosa
07-12-2023 15:00 - Braço Esquerda(o): Frémito bem percetível.
04-12-2023 10:00 - Fístula úmero-cefálica esquerda funcionante e maturada
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa
07-12-2023 15:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa
07-12-2023 15:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
07-12-2023 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
07-12-2023 15:00 - Não tem conhecimentos sobre o autocuidado da FAV em uso
07-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa
07-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa
07-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa
07-12-2023 15:00 - Ensinar sobre o autocuidado da FAV em uso
07-12-2023 15:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise

07-12-2023 15:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
07-12-2023 15:00 - Apresenta dúvidas relativas ao tratamento de HD
07-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hemodiálise
07-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de hemodiálise
07-12-2023 15:00 - Informar sobre o tratamento de HD

07-12-2023 15:00
Sondas, Drenos e Cateteres
04-12-2023 10:00

04-12-2023 10:00 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Otimizar sonda de oxigénio [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Localização do cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Antebraço Direita(o)
07-12-2023 15:00 - Localização do cateter venoso periférico
07-12-2023 15:00 - Antebraço Direita(o)
04-12-2023 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter
04-12-2023 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico
04-12-2023 10:00 - Trocar cateter venoso periférico

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

Manteve oxigénio por **sonda de oxigénio** a 2L/min por apresentar dispneia para pequenos esforços, foi assegurado o funcionamento da mesma e o débito de oxigénio prescrito.

O **cateter venoso periférico** permite um acesso ao sistema vascular de forma mais rápida, menos complexa e menos invasiva. Permite a administração de terapêutica endovenosa, transfusão de hemoderivados, fornecimento de um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea (Enes et al., 2016). É fundamental nas intervenções de enfermagem, manter sempre o acesso venoso em perfeitas condições de funcionamento, para o caso de se necessário administrar medicação endovenosa e também

prevenir complicações.

Apresenta **FAV umero-cefálica** no membro superior esquerdo, que se encontra funcionante e maturada. Tem conhecimentos gerais sobre o autocuidado com a FAV, mas não tem conhecimento sobre o autocuidado da FAV em uso.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-12-2023 10:00	Sistema respiratório	
04-12-2023 10:00	Sistema cardiovascular	
04-12-2023 10:00	Eliminação urinária	
04-12-2023 10:00	Metabolismo	
04-12-2023 10:00	Sono	07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00	Volume de líquidos	
04-12-2023 10:00	Emoção	
04-12-2023 10:00	Cuidar da higiene pessoal	07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00	Vestir-se ou despir-se	07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-12-2023 10:00	Atitudes terapêuticas	
04-12-2023 10:00	Termorregulação	

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

Depois de colhidos os dados, foram selecionados os domínios que se adequam a este caso clínico, neste primeiro contacto passaram pelo controlo de sinais e sintomas, e pelo processo mental, já que o dente se mostrou ansioso face à possibilidade de iniciar tratamento de HD. Passam-se a referir os domínios selecionados, fazendo alusão à sua relação com o quadro teórico.

Sistema respiratório - Este domínio foi selecionado uma vez que pela progressão da DRC, o doente apresentava dispneia para pequenos esforços, tendo necessidade de realizar oxigenoterapia a 2L/min. À medida que a DRC progride e se acumulam substâncias tóxicas no sangue, vai se desenvolvendo um quadro de cansaço fácil (Romagni et al., 2017). Alterações respiratórias, incluem o edema do pulmão, pleurite e maior suscetibilidade à pneumonia, todos eles correlacionados com a síndrome urémica (Cristovão, 2016). Lindberg (2010) destaca que as consequências do excesso de líquidos incluem cãibras, HTA, fadiga, edema nas extremidades, dificuldade respiratória e edema agudo pulmonar.

Sistema cardiovascular - Foi selecionado este domínio devido à HTA e insuficiência cardíaca

do doente, pela necessidade de vigilância. Os doentes com DRC apresentam muitas vezes HTA associada à incapacidade dos rins eliminarem o excesso de sal e de água (Romagni et al., 2017). Os objetivos do tratamento da HTA em doentes com DRC, são reduzir a progressão da doença renal nos estadios iniciais e diminuir o risco cardiovascular em todos os estadios da doença (Bortolotto, 2008). A HTA acontece devido à sobrecarga hídrica e à retenção de sódio, e tende a agravar-se com a diminuição da perfusão renal, por ativação do SRAA. A HTA não controlada é um fator de risco significativo para a insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral (Cristovão, 2016).

Eliminação urinária - como o doente apresenta diurese, e aumentou diuréticos, é importante monitorizar a mesma, uma vez que o doente deve ajustar a quantidade de líquidos ingeridos diariamente à diurese que apresenta (Cristóvão, 2016). A recomendação da quantidade diária de líquidos a ingerir é de: volume de urina de 24 horas + 500 ml e o ganho de peso entre diálises nunca superior a 1500 a 3000 ml (Fouque et al. 2007).

Metabolismo - foi selecionado, uma vez que o doente é diabético, pela importância de vigiar valores de glicemia capilar. O controlo glicémico adequado tem um importante impacto sobre o prognóstico de sobrevida, sendo a hemoglobina glicada utilizada para identificar o risco cardiovascular destes doentes (Fernandes, 2019). A desregulação do SRAA desempenha um papel importante no desenvolvimento da nefropatia diabética. A hiperglicemia está associada à produção excessiva de angiotensina II após a superativação do SRAA. Portanto, os mecanismos de bloqueio do SRAA são um importante alvo terapêutico em pessoas com DM e nefropatia (Egocheaga, Drak & Otero, 2023).

Sono - o doente referiu dormir mal, mesmo no domicílio, foi comunicado ao médico. O médico iria avaliar e se necessário prescrever medicação. A descoberta de uma doença crónica altera o estado de equilíbrio da pessoa, não só pela presença dos sintomas físicos, mas também pelo processo adaptativo pata alcançar novamente o equilíbrio. Os doentes apresentam dificuldades para dormir, necessitando por vezes de utilizar medicamentos indutores do sono. A DRC está intimamente relacionada com distúrbios do sono, possivelmente devido ao quadro clínico de uremia, sobrecarga de líquidos, isoladamente ou em conjunto (Marinho et al.,2020).

Volume de líquidos - foi selecionado este domínio uma vez que o doente apresentava edema dos membros inferiores. À medida que a função renal se degrada a diurese vai diminuindo até à anúria, nesta fase existe a tendência para reter líquidos o que se na formação de edemas, no aumento do peso corporal e no aumento da TA; alterações cardiovasculares, o sistema cardiovascular é afetado pela falência renal, pela diálise, mas também pela retenção de água, de sódio e pela anemia (Cristovão, 2016). Como o doente aumentou diuréticos no internamento, é necessário avaliar a evolução dos edemas, assim como controlar os líquidos ingeridos e eliminados.

Emoção - Foi selecionada a emoção pela ansiedade do doente, devido à sua situação clínica e à

possibilidade de ter de iniciar tratamento de substituição renal (HD). A ansiedade é a reação inicial e normal da grande maioria das pessoas face ao prognóstico/qualidade de vida em diálise. A ansiedade é muito frequente e está presente em 40-70% das pessoas doentes em tratamento médico conservador e em 50-70% das pessoas doentes em diálise (Metrogos et al.,2021). Nolasco (1982) refere três fases de adaptação após a indução HD, sendo elas: a fase de lua-de-mel, caracterizada por esperança e confiança, podendo manifestar momentos de ansiedade. Davison & Simpson (2006) acreditam que a comunicação dos enfermeiros com os doentes e suas famílias é muito importante e pode aumentar a sua esperança, o facto de o enfermeiro falar com os doentes sobre sua situação pode, às vezes, ser uma fonte de alívio e esperança para a sua saúde e bem-estar. Pelo que foi mantido apoio emocional baseado na escuta ativa e empatia suplementar, por forma a esclarecer dúvidas sobre a sua situação clínica e tentar mostrar os aspetos positivos do tratamento de HD.

Cuidar da higiene pessoal e **Vestir-se ou despir-se** foram selecionados pela dispneia que o doente apresenta para pequenos esforços, necessitando de ajuda parcial para a execução das mesmas.

Termorregulação - apesar de o doente se manter apirético , foi selecionado pela importância de monitorizar a temperatura durante o internamento, prevenindo outras complicações.

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório
04-12-2023 10:00

- 04-12-2023 10:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.
- 04-12-2023 10:00 - Ritmo respiratório irregular.
- 04-12-2023 10:00 - Movimento respiratório assimétrico.
- 04-12-2023 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.
- 04-12-2023 10:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 04-12-2023 10:00 - Com adejo nasal.
- 04-12-2023 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue
  - 04-12-2023 10:00 - Periférico(a): 88 %.
- 04-12-2023 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 04-12-2023 10:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.
- **04-12-2023 10:00 - Dispneia** [RESOLVIDO] 07-12-2023 15:00
  - **04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da dispneia** [FIM] 07-12-2023 15:00
    - *04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da dispneia [FIM]* 07-12-2023 15:00
    - *04-12-2023 10:00 - Monitorizar saturação periférica de oxigénio [FIM]* 07-12-2023 15:00

04-12-2023 10:00 - Administrar O2 por cânula nasal a 2L/min [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Realizar inaloterapia conforme prescrição médica [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Melhorar ventilação [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.
07-12-2023 15:00 - Ritmo respiratório regular [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Movimento respiratório simétrico [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Sem adejo nasal.
07-12-2023 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue
07-12-2023 15:00 - Periférico(a): 95 %.
07-12-2023 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.
07-12-2023 15:00 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

Sistema cardiovascular
04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Localização do Pulso
04-12-2023 10:00 - Antebraço Direita(o)
04-12-2023 10:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.
04-12-2023 10:00 - Pulso rítmico.
04-12-2023 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
04-12-2023 10:00 - Membro superior Direita(o)
04-12-2023 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 152 mmHg.
04-12-2023 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.
04-12-2023 10:00 - Temperatura das extremidades
04-12-2023 10:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
04-12-2023 10:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia
04-12-2023 10:00 - Monitorizar frequência cardíaca
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea
04-12-2023 10:00 - Monitorizar pressão sanguínea
07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Localização do Pulso
07-12-2023 15:00 - Antebraço Direita(o)
07-12-2023 15:00 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.
07-12-2023 15:00 - Pulso rítmico.
07-12-2023 15:00 - Pulso simétrico.
07-12-2023 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
07-12-2023 15:00 - Membro superior Direita(o)

07-12-2023 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.
07-12-2023 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.
07-12-2023 15:00 - Temperatura das extremidades
07-12-2023 15:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].
07-12-2023 15:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação urinária

04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Quantidade de urina: 1000 ml.
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária
04-12-2023 10:00 - Monitorizar eliminação urinária
07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Quantidade de urina: 600 ml.

Metabolismo

04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Glicemia capilar: 200 mg/dl.
04-12-2023 10:00 - Glicemia
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da glicemia
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da glicemia
04-12-2023 10:00 - Monitorizar glicemia
07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Glicemia capilar: 180 mg/dl.

Termorregulação

04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica
04-12-2023 10:00 - Ouvido: 36.50 ºC.
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal
04-12-2023 10:00 - Monitorizar temperatura corporal
07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Temperatura corporal periférica
07-12-2023 15:00 - Ouvido: 36.00 ºC.

Volume de líquidos

04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Sensação de sede normal.
04-12-2023 10:00 - Sinal de Godet
04-12-2023 10:00 - Pé Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).
04-12-2023 10:00 - Pé Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).
04-12-2023 10:00 - Pele hidratada.
04-12-2023 10:00 - Peso: 58.80 Kg.
04-12-2023 10:00 - Edema
04-12-2023 10:00 - Localização do edema
04-12-2023 10:00 - Pé Direita(o)

04-12-2023 10:00 - Pé Esquerda(o)

04-12-2023 10:00 - Determinar evolução de sinais de edema

04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de edema

04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados

04-12-2023 10:00 - Diminuir edema

04-12-2023 10:00 - Posicionar para diminuir edema

04-12-2023 10:00 - Gerir hidratação

07-12-2023 15:00

07-12-2023 15:00 - Sensação de sede normal.

07-12-2023 15:00 - Sinal de Godet

07-12-2023 15:00 - Perna Direita(o): Sinal de Godet negativo.

07-12-2023 15:00 - Perna Esquerda(o): Sinal de Godet negativo.

07-12-2023 15:00 - Pele hidratada.

07-12-2023 15:00 - Peso: 57.40 Kg.

Sono

04-12-2023 10:00

04-12-2023 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

04-12-2023 10:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

04-12-2023 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

04-12-2023 10:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

04-12-2023 10:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 07-12-2023 15:00

04-12-2023 10:00 - Determinar evolução do sono [FIM] 07-12-2023 15:00

04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do sono [FIM] 07-12-2023 15:00

04-12-2023 10:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [FIM] 07-12-2023 15:00

07-12-2023 15:00

07-12-2023 15:00 - Dormiu por períodos longos.

07-12-2023 15:00 - Sono reparador [MELHOROU].

07-12-2023 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

Emoção

04-12-2023 10:00

04-12-2023 10:00 - Verbaliza ansiedade.

04-12-2023 10:00 - Ansioso face à sua situação clínica e possibilidade de iniciar hemodiálise.

04-12-2023 10:00 - Ansiedade

04-12-2023 10:00 - Determinar evolução da ansiedade

04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

04-12-2023 10:00 - Diminuir ansiedade

04-12-2023 10:00 - Prestar apoio emocional baseado na escuta ativa e empatia suplementar

04-12-2023 10:00 - Esclarecer dúvidas referentes à situação clínica

04-12-2023 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

04-12-2023 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o

momento próprio para intervir.
07-12-2023 15:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
07-12-2023 15:00 - Ansioso face ao início do tratamento de HD
07-12-2023 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade
07-12-2023 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade
07-12-2023 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade
07-12-2023 15:00 - Assistir o doente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].
07-12-2023 15:00 - Ansioso face ao início do tratamento de hemodiálise

Cuidar da higiene pessoal

04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Não obtém objetos para o banho.
04-12-2023 10:00 - Abre a torneira.
04-12-2023 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
04-12-2023 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.
04-12-2023 10:00 - Lava a cavidade oral.
04-12-2023 10:00 - Não aplica produtos de higiene.
04-12-2023 10:00 - Não se barbeia.
04-12-2023 10:00 - Não se limpa após usar o sanitário.
04-12-2023 10:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.
04-12-2023 10:00 - Dispneia para pequenos esforços
04-12-2023 10:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido [RESOLVIDO]
07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal [FIM]
07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assistir no arranjar-se [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assistir no tomar banho [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assistir no uso do sanitário [FIM] 07-12-2023 15:00

07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Obtém objetos para o banho [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Abre a torneira [MANTEVE].
07-12-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar o corpo
07-12-2023 15:00 - Lava e seca o corpo.
07-12-2023 15:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

07-12-2023 15:00 - Lava e seca parte do corpo.
07-12-2023 15:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
07-12-2023 15:00 - Aplica produtos de higiene [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Capaz de pentear-se
07-12-2023 15:00 - Penteia-se.
07-12-2023 15:00 - Barbeia-se [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

Vestir-se ou despir-se
04-12-2023 10:00
04-12-2023 10:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.
04-12-2023 10:00 - Capaz de vestir-se
04-12-2023 10:00 - Não veste todas as peças de roupa.
04-12-2023 10:00 - Dispneia para pequenos esforços
04-12-2023 10:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se [FIM] 07-12-2023 15:00
04-12-2023 10:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [FIM] 07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00
07-12-2023 15:00 - Escolhe as roupas.
07-12-2023 15:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Capaz de vestir-se
07-12-2023 15:00 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].
07-12-2023 15:00 - Capaz de abotoar-se
07-12-2023 15:00 - Abotoa.

4.7. Especificação das intervenções

Posicionar para otimizar a ventilação

- Colocar o doente na posição semi-sentado

Avaliar evolução da dispneia

- Monitorizar frequência respiratória
- Monitorizar ritmo respiratório
- Avaliar profundidade da ventilação
- Verificar a utilização de músculos acessórios da ventilação
- Verificar comunicação de faltar de ar

- Verificar coloração das mucosas

Assistir o doente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Prestar apoio emocional baseado na escuta ativa e empatia (Shahgholian & Yousefi, 2018).
- Usar abordagem calma e tranquilizadora (Doenges, Moorhouse & Murr, 2019)
- Tentar compreender a perspetiva do doente em relação à situação temida (Doenges, Moorhouse & Murr, 2019)
- Escutar o doente com atenção (Davison & Simpson, 2006)
- Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações (Stuart, 2013)
- Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade (Doenges, Moorhouse & Murr, 2019).

Ensinar sobre o autocuidado da FAV em uso

- Explicar sobre a importância de lavar o braço da FAV antes do tratamento
- Referir para não remover o penso durante 3 a 4 horas após a hemostase
- Pedir para informar caso apresente alguma lesão no braço
- Informar que não deve realizar movimentos bruscos com o braço durante o tratamento
- Referir que não deve usar roupa apertada no braço
- Explicar como realizar a hemostase (compressão de forma dinâmica)
- Informar como agir em caso de hemorragia da FAV no domicílio (realizar compressão nos locais de punção durante 10min, se não cessar após 30min, deve regressar à unidade ou hospital) (Sousa, 2009).

Informar sobre o tratamento de HD

- Explicar em que consiste o tratamento (Bossola et al., 2022)
- Informar sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico para o sucesso do tratamento (Fernandes & Cruz, 2017).
- Esclarecer dúvidas que possam surgir relacionadas com o tratamento (Bossola et al.,2022)
- Explicar a relação da dispneia (respiração de Kussmaul) com a sobrecarga hídrica (Bossola et al., 2022).

4.8. Síntese relativa ao caso

O doente que acompanhámos foi internado por insuficiência cardíaca descompensada, dispneia para mínimos esforços e agravamento do edema periférico.

No primeiro contacto o principal objetivo passou pelo controlo de sinais e sintomas. Iniciou oxigenoterapia, inalações e aumentou diurético. Foi auxiliado no posicionamento para otimizar a ventilação, auxiliado nas atividades de vida para não agravar a dispneia, administrado oxigénio conforme prescrição. Segundo Doenges, Moorhouse & Murr (2019) a função cardíaca pode ser melhorada com o uso de oxigénio se o doente estiver com acidose metabólica e se alterações

eletrolíticas estiverem a causar disritmias. Foi também incentivado a realizar exercícios de respiração profunda de modo a facilitar a expansão torácica e ventilação e mobilização de secreções. Foi também explicado ao doente que o excesso de volume de líquidos pode agravar a dificuldade respiratória. Em relação aos edemas foi avaliada a evolução de líquidos eliminados e gerida a hidratação, sendo o doente aconselhado a manter restrição hídrica. As restrições hídricas podem ter que ser continuadas para diminuir a sobrecarga de volume de líquidos. Uma vez que os líquidos se acumulam no corpo, particularmente no coração, pulmões e tornozelos (Doenges, Moorhouse & Murr, 2019).

O doente também se encontrava ansioso face à sua situação clínica e com a possibilidade de iniciar HD. Optou-se por escutar o doente, e tentar perceber o que lhe causava ansiedade. Foi então tranquilizado relativamente aos aspetos que o preocupavam, foi importante diminuir a ansiedade e mostrar que tem o apoio dos profissionais.

Apesar de apresentar boa resposta ao diurético e melhoria do quadro clínico geral, mediante resultados analíticos (sem descida da creatinina sérica) o doente teve de iniciar tratamento de hemodiálise.

No segundo contacto, doente com franca melhoria do seu estado geral, eupneico ao ar ambiente, sem referir dispneia, sem edemas e autónomo para o autocuidado. No entanto, ansioso face ao início do tratamento de HD e a todas as alterações que este acarreta. Iniciou a sua consciencialização face ao tratamento de HD, mostrou envolvimento, questionando sobre aspetos relacionados com o tratamento. Atribuiu um significado que poderia ser inibidor para o processo de transição, nomeadamente que o tratamento iria ser uma "prisão". Foram escutadas as questões que o preocupavam, explicado o tratamento e os seus benefícios (principalmente o facto de ter tratamento para a sua doença) para de certa forma tranquilizar o mesmo.

Foram mantidos todos os domínios com exceção do sono, cuidar da higiene pessoal e vestir-se ou despir-se. Apesar de não apresentar dispneia nem necessitar de oxigénio o sistema respiratório foi mantido para vigiar qualquer alteração, uma vez que a qualquer momento o doente poderia ter excesso de líquidos e ficar novamente com dispneia. Assim como o sistema cardiovascular, para monitorizar e avaliar a evolução da TA e FC. A eliminação urinária foi mantida, no sentido de vigiar a diurese. O metabolismo manteve-se para monitorizar a glicemia capilar, uma vez que este também sofre alterações face ao SRAA. Apesar de já não apresentar edemas, o domínio volume de líquidos foi mantido, pela necessidade de vigilância dos líquidos ingeridos e eliminados. A emoção foi mantida por o doente se encontrar ansioso face início do tratamento.

Apesar de ter conhecimentos sobre os cuidados gerais a ter com a FAV, foi promovida a autonomia para cuidar da FAV, nomeadamente no que diz respeito ao autocuidado da FAV em uso no tratamento dialítico, de modo a prevenir complicações do acesso e consequentemente do tratamento.

Tive certa dificuldade no acompanhamento do doente, pois numa indução à HD o doente deslocava-se diariamente ao Serviço de HD e, por vezes, o tempo que ele estava no internamento não coincidia com o horário da realização do estágio. Eu poderia deslocar-me ao Serviço de HD mas, como já foi referido, não havia tanta privacidade para colher dados ao doente numa sala de tratamento de HD.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O crescente envelhecimento populacional, os comportamentos de risco, o fator ambiental e a diminuição da mortalidade, está a causar um aumento significativo das doenças crónicas. É uma realidade preocupante, sendo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde e para os dirigentes políticos, tanto pelas suas consequências a nível da saúde populacional, como pelas suas consequências ao nível social. Neste contexto, urge a necessidade de conceção de cuidados de enfermagem diferenciados que acompanhem a complexidade associada a esta nova realidade. Doenças que anteriormente davam origem a mortalidade elevada, atualmente originam doentes crónicos e muitas vezes sobreviventes que necessitam de cuidados especializados. Estes cuidados devem incidir sobre toda história da doença, desde a sua prevenção, que pode passar por promoção de estilo de vida saudável até aos processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, com o objetivo de capacitar a pessoa e família/cuidador para a autogestão da sua doença crónica já instalada. A competência do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica parece ser adequada para emitir respostas adequadas, na medida em que se prevê que conceba “planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Regulamento nº 429/2018, pág. 19361). O desenvolvimento de conhecimento e projetos que visem aprimorar e adquirir competências para intervenções autónomas de enfermagem numa área tão complexa e em constante evolução como a DRC é evidente.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o conjunto de competências especializadas é desenvolvido a partir da ampliação das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Essas competências são expressas em competências comuns e competências específicas, que são definidas em regulamentos específicos para cada área de especialidade (Regulamento nº 140/2019). O mesmo regulamento estabelece que a certificação das competências clínicas especializadas garante que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, que são aplicados nos diversos contextos de vida das pessoas e em diferentes níveis de prevenção, considerando as necessidades de saúde do grupo-alvo. Estas competências desdobram-se áreas de atuação, abrangendo um conjunto de competências que possuem um fio condutor semelhante, bem como um conjunto de elementos adicionais, conhecidos como "Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista". Conforme estipulado no Regulamento nº 140/2019, esses domínios são: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens

profissionais. As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica são integradas nesta base comum.

O Regulamento nº 429/2018 estabelece o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esse perfil, em conjunto com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista mencionadas anteriormente, abrange um conjunto de competências clínicas especializadas que são concretizadas de acordo com o objetivo e contexto de intervenção na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, entre outros. O propósito dessas competências é fornecer um quadro regulatório para a certificação das competências e informar aos cidadãos sobre o que podem esperar desses profissionais especializados (Regulamento nº 429/2018).

Além das competências comuns, também são adicionadas aquelas que são específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que são: a) Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; c) Maximizar 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 aguda ou crónica (Regulamento nº 429/2018). Ao aprofundar a área de atuação para a esfera da pessoa em situação crónica, o mesmo regulamento especifica ainda mais essas competências, destacando duas: a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; b) Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

O desenvolvimento deste tipo de competências é complexo e o ambiente académico, constitui uma oportunidade de excelência, como tal, foi objetivado o “desenvolvimento de competências no cuidar a pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise”, realizando estágio, sendo constituído por dois momentos, focados em atividades orientadas para o atingimento dos objetivos específicos.

No que diz respeito ao desenvolver capacidades na identificação das necessidades da pessoa com doença renal crónica na adaptação ao tratamento regular de hemodiálise, procurei sustentar a avaliação na melhor evidência disponível. A eficácia do tratamento de HD depende nos consumíveis dialíticos e da qualidade do AV, mas depende grandemente da parte do doente, do cumprimento do regime terapêutico rigoroso, principalmente no que se refere ao regime dietético e de ingestão de líquidos, além do compromisso com o tratamento, normalmente três vezes por semana (Queiroz Frazão et al.,2014).

O doente enfrenta diversos fatores que podem gerar stress, incluindo aspetos operacionais, relacionados com o tratamento (transporte, tempo despendido), dor, inquietação, restrições

dietéticas e hídricas, fadiga, fraqueza e uma sensação de baixa autoeficácia. As alterações na sua condição física e mental, colocam-nos em risco significativo, sendo de extrema importância dar atenção aos aspetos psicossociais. Estes fatores podem levar a uma redução na adesão ao tratamento, aumentando a mortalidade e as hospitalizações (Ghasemi Bahraseman et al., 2021). Este facto pode contribuir para alterações físicas, comportamentais e psicológicas, como ansiedade, preocupação, oscilações de humor e problemas de saúde. Portanto, é fundamental identificar os fatores de stress, os elementos que o desencadeiam e as estratégias de coping existentes, para além dos aspetos que advêm exclusivamente da TSFR. Assim como, pode ocorrer perdas significativas e mudanças limitantes e profundas na sua vida, devido às diversas complicações fisiológicas resultantes da progressão da doença (Ghasemi Bahraseman et al., 2021).

Essas constatações são corroboradas por estudos que apontam as limitações no que diz respeito ao trabalho (Cavalcante et al., 2015), dependência financeira (Cavalcante et al., 2015; Rudnicki, 2014) e a perda de independência nas atividades de vida diárias (Souza Júnior et al., 2015), como os principais desafios enfrentados pelos doentes. Essas limitações são caracterizadas por experiências dificultadoras da transição, uma vez que tornam a vida mais árdua e estão relacionadas com a perda da autonomia na tomada de decisões (Oliveira et al., 2020). Marinho et al. (2020), referem que as alterações que mais de destacam são: as alterações de nutrição, nomeadamente associadas á restrição hídrica e alimentar, impostas a partir do início do tratamento dialítico com a necessidade de mudanças restritivas. A deficiente gestão do regime alimentar e de restrição de líquidos, influencia o ganho de peso entre as sessões de HD. A dificuldade em manter uma dieta disciplinada e a restrição hídrica, gera sofrimento associado à cronicidade da restrição. As alterações ao regime terapêutico são muitas vezes definitivas, de modo que a incapacidade de efetivar a transição para o novo estado de saúde pode contribuir para a incidência de complicações mais ou menos graves. Assim como, as alterações no sono e repouso, estão frequentemente associadas à descoberta de uma doença crónica que altera o estado de equilíbrio, não só pelos sintomas físicos, mas também pelo processo adaptativo com vista ao equilíbrio.

A DRC tem uma relação estreita nas alterações do sono, o que possivelmente pode ser atribuído ao quadro clínico de uremia, sobrecarga de fluídos, de modo isolado ou associado. A privação do sono pode trazer consequências físicas e psicológicas, como perda de concentração, cansaço, fadiga, aumento das dores, perda de apetite, além de afetar negativamente sentimentos, ideias e motivações da pessoa. Naturalmente, a alteração do padrão do sono pode ser uma consequência da doença, como um detrator no momento de obter novos conhecimentos; a privação da liberdade – o regime tri-semanal de HD, com duração de quatro horas por sessão, e as consequências físicas do tratamento influenciam nas oportunidades de realizar atividades de lazer. A privação de liberdade destaca-se como um fator negativo que pode interferir na aceitação da modalidade de tratamento e da doença. Se a estas condições psicossociais, forem

adicionadas as limitações físicas novas ou pré-existentes pode desencadear-se afastamento social limitativo que interfere na qualidade de vida (Marinho et al.,2020).

As alterações no estilo de vida provocadas pela DRC e pelo tratamento de HD, podem levar a limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais (Ribeiro et al., 2020). Ressalta-se assim, a importância da visão holística e centrada na pessoa. É fundamental perceber que o doente é uma pessoa que se insere numa comunidade e que não é um ser isolado. O seu cuidado dependerá, entre outros fatores, da perceção que ele e a sua família tem da doença, da empatia de outros, como a família e a equipa de saúde. Esta pode diminuir os problemas físicos e psicológicos dos doentes, auxiliando-os a enfrentar a doença com maior tranquilidade, a evitar o isolamento, recuperando a vitalidade e energia (Shahgholian & Yousefi, 2018; Ribeiro et al., 2020).

Face ao exposto senti necessidade de elaborar um guião orientador de colheita de dados, por forma a identificar quais os domínios afetados na pessoa com DRCT (ANEXO I). A construção do mesmo teve por base a pesquisa de evidência científica, a observação dos tutores na colheita de dados para a identificação das necessidades da pessoa e a discussão e reflexão com os tutores peritos, sobre as necessidades identificadas. Antes da sua utilização foi discutido com as tutoras a sua pertinência e possíveis melhorias do mesmo.

Numa fase inicial, foram acompanhados os tutores na identificação das necessidades da pessoa. Embora não seja enfermeira iniciada, não me considerando perita, (segundo o modelo utilizado por Benner) (Benner, 2001), pelo que a observação das tutoras com mais experiência profissional, foi importante para posteriormente praticar a colheita de dados e identificar as necessidades dos doentes. A minha experiência como profissional em contexto de nefrologia, permitiu-me um olhar crítico sobre as atividades observadas.

O guião foi aplicado sempre que possível, quer na Unidade de HD, quer no Serviço de Internamento de Nefrologia. Com a identificação das necessidades da pessoa, em ambos os estágios foi possível estabelecer relação terapêutica com a pessoa/família. No entanto, na Unidade de HD não estão presentes os familiares pelo que a relação terapêutica se limitou ao doente. Identificando esta lacuna, sempre que necessário foi contactado o familiar para esclarecimento de dúvidas ou outros assuntos relacionados por exemplo, com o regime terapêutico do doente. Este não é um cuidado standardizado na Unidade de HD e parece-me, sem dúvida, uma área de intervenção que pode diferenciar o enfermeiro especialista.

Este contacto, constitui uma oportunidade de desenvolvimento de competências de comunicação quer na identificação das necessidades do doente, quer no decorrer da prestação de cuidados genéricos. Dispensar mais tempo para comunicar com o doente, permitiu-me explorar aspetos que por vezes me passavam despercebidos e que até tinha dificuldade em identificar. Concretamente, na HD muitos doentes têm ganho de peso interdiadítico excessivo, sem que este facto seja explorado de forma eficiente. Foi fulcral explorar o porquê de tal

acontecimento e entender que para uns pode ser o facto de não perceber o regime de ingestão hídrica (revelando falta de consciencialização), para outros pode ser o simples facto de comer refeições confecionadas em restaurantes (normalmente muito condimentada, causando mais sede), revelando lacunas ao nível da autogestão ou incapacidade funcional de produzir as suas próprias refeições. Obviamente, a intervenção de enfermagem deve ser adaptada aos dados colhidos.

A literatura mostra que só comunicando e explorando se consegue perceber o que é de facto um problema para a pessoa, e que esta deve ser tratada de acordo com o seu contexto social, económico e familiar. Assim, foi envolvida a pessoa/família no processo de cuidar, com o objetivo de capacitar a pessoa/família para lidar com a sua nova condição, nomeadamente no que se refere à adesão ao regime terapêutico e à gestão da sua doença crónica. Foi possível também, muitas vezes através da colheita de dados, intervir e antecipar situações de agudização.

Por vezes o não cumprimento do regime terapêutico deve-se às mais variadas situações que devem ser exploradas através da comunicação. Na Unidade de HD senti mais dificuldade na colheita de dados, pois os doentes estão a realizar tratamento muito próximo uns dos outros. Esta dificuldade relacionada com a privacidade prejudica o diálogo centrado em assuntos sensíveis. Durante o estágio, dada a minha condição supranumerária, tive oportunidade de colher dados aos doentes antes ou após o tratamento num gabinete proporcionando privacidade permitindo explorar o que para aquela pessoa era de facto o “seu” problema. Esta visão holística e contextual, é característica de uma enfermagem mais significativa e especializada. Optei, sempre que possível colher dados aos doentes que estavam em postos de tratamento mais afastados. No Serviço de Internamento, apesar de não serem quartos individuais, houve mais privacidade, pois realizava-o quando o doente estava sozinho no quarto. A questão da privacidade é muito importante, por vezes por receio que outras pessoas ouçam ficam aspetos muito importantes por abordar. Ficou patente que o doente tem necessidade de partilhar os seus medos e receios e isto nem sempre está previsto no tempo adstrito aos cuidados. Durante o estágio no internamento eram-me atribuídos doentes que iriam iniciar tratamento de HD, por vezes em choque com a notícia, dado que neste momento, a necessidade de exprimir verbalmente os seus receios é ainda maior.

O “treino” na identificação das necessidades da pessoa com DRCT em ambos os estágios, tornado possível pelo cuidado na distribuição de trabalho, potenciou a reflexão e a discussão com as tutoras. Este facto contribuiu para o desenvolvimento da competência em vista. Constato que fiquei mais capaz de colher dados para diagnóstico em situações que antes não faziam parte do meu processo de tomada de decisão, como por exemplo, perceber o porquê da pessoa não cumprir o regime terapêutico. E partir nessa análise implementar intervenções ajustadas a pessoa.

Ao enfermeiro cabe empoderar o doente para a autogestão, no entanto, a transmissão de conhecimento (como as estratégias de redução da ingestão hídrica), deve ser contextualizada em função da condição da pessoa. Não é suficiente comunicar à pessoa que deve "beber menos". É imperativo compreender se a informação é compreendida (capacidade cognitiva e conhecimento) e se o doente e a sua família possuem as ferramentas para a operacionalizar, quer ao nível físico, quer ao nível socioeconómico. Avaliar os significados que a pessoa e família atribuem ao regime terapêutico é de extrema importância, nomeadamente na ingestão de líquidos e regime alimentar. Se durante toda a vida se atribui um significado positivo à água, após o início da HD, o doente necessita de controlar a ingestão hídrica. É necessário destrinçar e modificar o significado previamente atribuído e reorientar aquilo que o doente sabe sobre o assunto. O mesmo se coloca no caso da ingestão proteica, com o ajuste do consumo de proteína em função do estadio da doença e tratamento.

No decorrer do estágio considero que não tive dificuldade em compreender os diversos fatores que afetam a gestão do regime terapêutico, mas considero que na esfera atual e com as dotações associadas ao cuidado do doente renal, dificulta a implementação de respostas especializadas.

A identificação das necessidades reais da pessoa e do seu cuidador consomem uma fatia elevada de tempo, nem sempre disponível aquando da hospitalização ou admissão à Unidade de HD. Considero que o suporte documental, como é o caso do guião desenvolvido é fundamental na fase inicial do processo de tomada de decisão (colheita de dados para diagnóstico), mas a implementação de intervenções efetivas é prejudicada por fatores como o turnover elevado em sala de tratamento de diálise, a falta de privacidade e as dotações inadequadas.

Ainda assim, este foi um exercício deveras pertinente que me permitiu treinar habilidades, sobretudo comunicacionais e de pensamento crítico. A oportunidade de contextualizar o doente e as suas necessidades, sem interrupções e na forma de uma sequência lógica, permitiu-me de imediato identificar focos de atenção clínicos e desde o primeiro momento treinar a colheita de dados para diagnósticos relacionados com intervenção psicossocial, aprimorando a minha capacidade de conceção diagnóstica.

Normalmente dizemos, tem de fazer assim, mas o principal objetivo é perceber o porquê da pessoa não cumprir, diversas situações podem estar relacionados com o não cumprimento, sejam elas sociais, familiares, económicas. Mais uma vez, refleti sobre a importância de olhar a pessoa num todo, inserida num contexto particular e único.

Considero que início no estágio, nesta competência situava-me no nível de competente, e com o desenvolvimento do estágio considero ter atingido o nível de proficiente. Como foi evidenciado, a evolução de um nível para outro depende do alcance bem-sucedido do nível anterior, em que o contacto com diversas situações clínicas, resultam no avanço para o nível mais elevado. As questões relacionadas com o tempo de estágio, com a organização do serviço, entre outras, não

possibilitaram novas experiências para poder praticar estas competências. Contudo, considero que evoluí e estou mais próxima de ser perita, uma vez que consegui desenvolver competências nos aspetos associados ao diagnosticar os problemas associados à transição.

No que diz respeito, ao Desenvolver capacidade de intervenção especializada na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, esta competência está estreitamente relacionado com o anterior. Segundo Pinto (2021) é imperativo que o enfermeiro conduza uma avaliação aberta e consistente, elaborando um plano de cuidados que incorpore intervenções apropriadas de forma sustentada, com o objetivo de garantir a execução efetiva do plano terapêutico, ajudando a pessoa a capacitar-se para a gestão da sua doença. A implementação de programas educacionais fundamentados em sessões de ensino direcionado para os doentes em HD, conforme sugerido por Zhianfar et al. (2020), emerge como uma estratégia viável para elevar as taxas de adesão aos regimes de tratamento. Conforme já explanado, para a obtenção de resultados positivos é fundamental atender as particularidades de cada pessoa e do contexto onde se encontra inserido, de modo a planear intervenções de enfermagem centradas na pessoa, favorecendo assim, a humanização dos cuidados (Pedroso, et al., 2019).

Os cuidados ao doente em HD são um grande desafio para os enfermeiros pela necessidade de atenção contínua e intervenção precoce aquando das complicações associada à doença e ao tratamento, sendo a sobrecarga de líquidos uma das principais preocupações no que respeita ao controlo clínico. É necessária uma atuação baseada na evidência científica disponível para a manutenção de uma prática segura (Santos et al.,2022). Uma vez mais, para uma promoção eficaz da adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde, as intervenções devem ser direcionadas à informação e educação da pessoa, tendo como objetivo a adesão ao regime terapêutico através da capacitação não só para a autogestão, como para a automonitorização. Na base deste objetivo, encontra-se o conhecimento e o incremento da autoeficácia, através da obtenção de informação adequada sobre a sua doença e o seu tratamento. O incremento do conhecimento, tornará a pessoa mais capaz de controlar as diversas necessidades decorrentes do regime, potenciando a reconstrução da sua autonomia.

O tratamento de substituição renal é complexo e na preparação da pessoa com doença renal em início de HD, é importante esclarecer sobre os diversos regimes e sobretudo explicitar qual a sua relação com os ganhos em saúde. Destacam-se focos de atenção como, o padrão alimentar, ingestão hídrica, os acessos vasculares, os hábitos de vida e os direitos e deveres (Fernandes & Cruz, 2017). O enfermeiro deve assim, promover o envolvimento do doente em atividades que promovam a promoção da saúde e a deteção precoce de complicações. A literatura refere que para uma melhor adaptação à sua nova condição, a pessoa deve estar informada e consciencializada do que terá de alterar na sua situação atual. Para tal devem ser elaborados planos de intervenção individualizados de forma a apoiar a pessoa e família no processo de transição e adaptação perante a doença crónica. A implementação de programas educacionais

para a pessoa e família urge para uma melhor capacitação para a gestão da sua doença crónica.

Dadas as diversas componentes da gestão da doença, muitas delas ultrapassando a intervenção autónoma do enfermeiro, objetivei integrar a consulta hospitalar multidisciplinar de esclarecimento sobre as modalidades de tratamento de substituição da função renal. Esta consulta é fundamental no acompanhamento destes doentes para uma melhor adaptação à sua nova condição e para a escolha da modalidade de tratamento que melhor se adequa à sua condição física, psicológica e social. Antes de iniciar TSFR, é fundamental que o doente e sua família participem neste tipo de consulta e abordem as diferentes modalidades de tratamento disponíveis, de forma a tomar uma decisão informada. Conforme estabelecido pela norma da Direção Geral de Saúde (DGS), é obrigatório fornecer informações sistemáticas e esclarecimentos adequados sobre as opções de tratamento para doentes com DRCT. Normalmente os doentes que já estão em acompanhamento em consultas de nefrologia devem ser encaminhados para a consulta de esclarecimento de forma oportuna, a partir do estadio 4 da doença renal. Mesmo nos casos em que o início do tratamento dialítico ocorra de forma urgente, a consulta de esclarecimento também deve ser realizada (DGS, 2011). Nesta consulta realizada pela enfermagem, são explicadas as opções de tratamento, sendo elas a HD, DP e transplante renal. É realizada uma breve abordagem sobre as técnicas, principais vantagens e desvantagens e tenta-se perceber comunicando e colhendo dados ao doente/família qual será a melhor técnica que se adequará aos mesmos, tendo em conta diversas questões (situação profissional, dependência física e/ou psicológica, condições no domicílio para efetuar DP, preferência do doente/família, entre outras...). É uma consulta extremamente importante, em que é disponibilizado espaço para a pessoa colocar dúvidas e exprimir preocupações. São abordadas as condicionantes e os recursos existentes (ou não existentes) que possam prejudicar o tratamento selecionado. A pessoa e sua família devem receber orientações e informações claras a respeito do regime terapêutico, com o objetivo de o compreender na sua totalidade. Este aspeto é essencial para que se possa iniciar o processo de aceitação e consciencialização perante as alterações decorrentes da doença e da necessária transição para a adoção de novos comportamentos e hábitos de vida. Este processo requer continuidade e envolvimento da pessoa, em colaboração com o profissional de saúde, a fim de manter seu estado de saúde e atingir a mestria necessária ao domínio das novas necessidades.

Enquanto futura enfermeira especialista, observei criticamente as atividades e presenciei a importância da consulta para o doente e família, pois, pode constituir em evento crítico importante. Concluo que este momento formal, é muito frequentemente o início da consciencialização centrada no tratamento que terá de realizar e das alterações na sua rotina habitual. O facto de terem opções de tratamento que se adequam à sua situação também se mostrou importante. O foco na aquisição de novos conhecimentos, empodera a pessoa e o seu cuidador primário e o ambiente seguro, formal e estruturado criado pelo enfermeiro tranquiliza os intervenientes e propicia a colocação de diversas questões que os inquietavam em relação

ao tratamento e ao regime terapêutico. É um momento formal, mas flexível onde a pessoa e família são encorajadas a colocar dúvidas e lhes são respondidas por forma a os tranquilizar. Uma consulta que ficou além das minhas expectativas, e que se revelou muito produtiva, na medida em que tive a oportunidade de obter conhecimento sobre outras técnicas, não previstas no plano. Neste âmbito e, apesar de não ser uma das atividades planeadas inicialmente, assisti também a uma consulta de enfermagem focada no ensino da técnica de DP. Neste caso em particular, o doente já se encontrava praticamente capacitado para realizar a técnica de forma autónoma, pelo que a intervenção da enfermeira especialista se centrou sobretudo na supervisão. De forma a enriquecer a minha competência, questionei a profissional sobre o percurso daquele doente, obtendo assim, dados sobre a transmissão de conhecimento ao doente e familiar cuidador e estratégias de instrução e treino. Normalmente os doentes estão acompanhados por um familiar que também assiste ao ensino, e lhe são esclarecidas todas as dúvidas o que facilita o acompanhamento do doente no domicílio. A capacitação conjunta da díade doente e familiar/cuidador, potencia a eficácia da educação prestada e das competências adquiridas. Apesar da finitude de recursos, neste departamento não existe limite para o número de contactos e são efetivadas todas consultas necessárias, até estarem que estejam aptos para a realização da técnica no domicílio, bem como para a automonitorização das complicações mais frequentes. Aquando no domicílio, além de visitas domiciliares têm o contacto do enfermeiro responsável, perito reconhecido, para qualquer dúvida que possa surgir, o que revela um cuidado especial com esta transição tão complexa.

Como já referi anteriormente, também tive ganho em assistir a esta consulta, e fiquei a perceber como é executada a técnica, os planos de ensinos e os cuidados que o doente deve ter. Isto não é um dado de somenos importância, na medida em que no meu projeto profissional atual, presto cuidados ao doente renal crónico em terapia dialítica. É frequente, mesmo em sala de diálise, a necessidade de esclarecer o doente que pondera alterar a técnica de HD para DP.

Adicionalmente a estas atividades, explorei a conceção de cuidados de enfermagem especializados utilizando a plataforma e4nursing. E pós pesquisa de evidência científica e a observação dos tutores na execução de intervenções especializadas, foi realizado um estudo de caso em cada estágio, um na Unidade de HD e um no Serviço de Internamento de Nefrologia. Estes casos estão descritos em capítulo próprio. Foi realizada colheita de dados relevantes, junto dos doentes em questão, identificando os domínios com relevância para a prática clínica, possibilitando a identificação dos focos de atenção ou diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem adequadas, promotoras da melhor condição clínica da pessoa com DRC. Estes planos de intervenção individualizados visaram a prevenção e controlo da DRC, maximizando a autonomia e qualidade de vida do doente, fomentando estratégias para a autogestão, capacitando assim o doente/familiar para lidar com a sua doença.

Após todo este processo de tomada de decisão, desafiei os tutores para uma reflexão conjunta sobre a conceção realizada, de forma a discutir as principais dificuldades. Esta reflexão foi na

maioria das vezes, muito enriquecedora e tornou-se num momento de aprendizagem e aperfeiçoamento não só das minhas competências nucleares, como a documentação de cuidados, a colheita de dados e a comunicação, como das minhas “soft-skills”, nomeadamente, a comunicação, capacidade de comunicação e pensamento crítico. Este brainstorming conjunto, aproveitando a experiência dos tutores e também de outros elementos da equipa multidisciplinar foi uma constante ao longo do estágio.

Não posso deixar de salientar um momento-chave no internamento, onde tive a oportunidade de contactar com doentes que recebiam a notícia do início de tratamento de HD, evento crítico na transição saúde-doença, passível de originar momentos de grande stress para a pessoa e família. Através da observação e apreciação crítica deste momento, induzo que não é, na linha temporal a doença, o melhor momento para transmissão de grande quantidade de informações, mas ao invés, o enfermeiro deve incidir a sua intervenção no apoio emocional e na utilização de ferramentas, como escuta ativa, a empatia e o estar presente, promovendo o coping adaptativo eficaz. Neste momento, usando o meu conhecimento e experiência, optei por esclarecer assuntos relacionados com o tratamento e salientar as vantagens e pontos positivos do mesmo como uma opção válida e promotora de qualidade de vida e sobrevida. Importante referir, que agora mais experiente e sem a pressão associada ao tempo, permiti-me escutar o doente e respondendo às suas dúvidas, sem debitar demasiada informação e sempre ao seu ritmo, respeitando a sua individualidade. Esta situação fez-me perceber que nos serviços de internamento é difícil educar/informar o doente e família sobre os diversos aspetos do tratamento, o tratamento em si, o regime terapêutico. Conhecendo agora as duas realidades, percebo agora as lacunas evidentes na admissão do doente nas Unidades de HD. Enquanto enfermeira especialista vejo isto como uma oportunidade de desenvolvimento de projetos de melhoria contínua nestas Unidades. Através da construção de programas educacionais programados e estruturados, de acordo com as necessidades da pessoa e família, a continuidade de cuidados e de educação, poderá assegurar-se de forma mais eficiente e sem fragmentação da informação e instrumentalização.

Na Unidade de HD as intervenções já passaram mais por fomentar estratégias para a capacitação da pessoa/família para o cumprimento do regime terapêutico. Algumas delas apesar se já realizarem tratamento há algum tempo, verificou-se a ainda tinham défices de conhecimento para gerir a sua doença e prevenir complicações devido ao não cumprimento do regime terapêutico. De salvaguardar que todas as intervenções foram individualizadas à pessoa e às suas necessidades. No entanto, na Unidade de HD senti, por vezes alguma dificuldade em adequar as intervenções, uma vez que não tinha o familiar cuidador presente, e alguns doentes já não estão capazes cognitivamente para responder a certas questões, relacionadas por exemplo com o regime terapêutico.

Tive alguma dificuldade na elaboração de planos de intervenção individualizados, pois, normalmente existem folhetos informativos e planos de educação ao doente gerais, mas que

não atendem à individualidade de cada um. Para a elaboração de planos individualizados foi necessário uma boa colheita de dados, pesquisa evidência científica e reflexão sobres as melhores intervenções.

No início do estágio nesta competência situava-me no nível de competente, e com o avançar do estágio considero ter alcançado o nível de proficiente.

No que concerne, ao Desenvolver competências na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional da pessoa com doença renal em programa regular de hemodiálise, nomeadamente em Desenvolver capacidades na promoção da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso, foi um desafio para mim devido a sua complexidade. O regime medicamentoso da pessoa em HD é extremamente complexo, não só pelo número e natureza dos medicamentos que toma, mas também pela dificuldade introduzida na vida da pessoa pela necessidade de se deslocar ao tratamento dialítico. O número médio de medicamentos diferentes no domicílio da pessoa em HD é de 10 a 12, com uma carga média de 19 comprimidos por dia, quase o dobro da dos doentes com insuficiência cardíaca e cerca de cinco vezes a dos doentes com diabetes (Cardone & Parker, 2020). Estes fármacos pertencem a diversos grupos terapêuticos de importância acrescida (cardíacos, vasculares e outros), e são um pilar fundamental na adequação da terapia de substituição instituída. Um exemplo clássico de dificuldade são os quelantes de fósforo com uma carga elevada do ponto posológico, representando por vezes 6 a 12 comprimidos diários. O número de comprimidos é considerado um preditor de adesão pois quanto maior o número de comprimidos menor o nível de adesão (Neri et al., 2011). A terapêutica medicamentosa varia de pessoa para pessoa, conforme as suas necessidades, podendo incluir vitaminas, cálcio e os referidos quelantes de fósforo, entre outras. Para a além do objetivo primordial de otimizar a eficácia da técnica instituída, serve ou objetivos de igual importância, nomeadamente, o controlo de sintomas causados pelas comorbilidades associadas à DRC, como sejam a HTA e a DM (Daugirdas et al., 2016). O cumprimento do regime medicamentoso é crucial em todas as doenças crónicas, mas na pessoa em HD é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves, podendo mesmo desencadear rapidamente a morte (Rahdar et al., 2019). A literatura baseada no estudo do regime medicamentoso evidencia que poderá existir uma alta prevalência de não adesão medicamentosa nas pessoas em HD. Existem também fatores associados a essa não adesão que poderão estar relacionadas com as caraterísticas das pessoas doentes e do meio em que se encontram inseridas (Alikari et al., 2018; Rahdar et al., 2019). Os fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico são: fatores externos, fatores relacionais e fatores inerentes ao doente. Por sua vez, estes três grupos de fatores podem ser agrupados em cinco categorias: os fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; os fatores relacionados com a terapêutica prescrita; e os fatores individuais relativos ao doente (Dias et al., 2011). A não adesão, gestão deficiente ou errada do regime medicamentoso pode

resultar de uma ação involuntária do doente, que ocorre quando o doente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsciente, desestruturada e com base em significados atribuídos ao regime medicamentoso que podem inibir a adesão ao mesmo. Por outro lado, o doente pode de forma voluntária e consciente alterar a posologia ou até não utilizar totalmente os medicamentos prescritos pelo médico (Camarneiro, 2021). Embora prejudicial, o doente pode tomar este tipo de atitudes devido à complexidade não-gerível do regime, devido ao custo elevado dos fármacos ou à interferência que a sua toma representa no dia-a-dia. Por outro lado, condicionantes importantes na transição, como são as suas próprias crenças, podem conduzir o doente à fraca adesão. Se a pessoa não tiver perceção efetiva do benefício farmacológico, dificilmente será capaz de aderir cronicamente.

Sistematizando esta temática e de forma a perceber quais os fatores que podem influenciar a não adesão do regime, senti necessidade de os esquematizar na forma de um quadro (ANEXO II), baseado na evidência científica. Dada a natureza ambulatória do tratamento dialítico, muita desta gestão do regime passa pela capacidade de autogestão efetiva e assim, os fatores que podem condicionar a autogestão do regime medicamentoso na pessoa em tratamento de HD, apresenta-se no quadro referido. Uma vez mais, e porque o conhecimento só se desenvolve a partir da reflexão e da discussão, este foi apresentado e discutido com os tutores. A experiência dos mesmos proporcionou momentos de reflexão importantes e resultou no melhoramento do quadro construído.

Seguidamente, e após observação das estratégias (educacionais – fornecer informação individualizada, oral e escrita, sobre o esquema medicamentoso, fornecer folhetos informativos e esclarecimento de dúvidas ao doente e família; e comportamentais – aumento da comunicação e aconselhamento, diretamente ou via telefone, envolvimento dos doentes no seu tratamento, utilização de memorandos, entre outras), dos tutores na promoção da capacidade da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso, decidi eu própria evoluir e autonomizar-me e foram treinadas estratégias para a promoção da autogestão do regime medicamentoso. A estratégia mais utilizada para promover a autogestão do regime medicamentoso, foi uma vez mais a informação ao doente/família, com o objetivo de aumentar o conhecimento. Foi explicado o efeito esperado do fármaco, os possíveis efeitos adversos e claro, as interações que o mesmo pode ter com a HD. Após esta abordagem particular, fármaco a fármaco, o ensino incidiu dobre questões mais abrangentes associadas à consciencialização. Com o conhecimento adquirido sobre o fármaco, reforcei a importância de cumprir o regime medicamentoso e a sua relação direta com o sucesso do tratamento. Esta educação, complexa e desgastante foi repartida por diversos momentos de forma a conseguir avaliar a eficácia da intervenção. Numa fase mais tardia, de forma aleatória, inquiri a pessoa, usando expressões como “como toma o medicamento X?” e resolvendo dúvidas se necessário.

Outra estratégia para capacitar a pessoa na autogestão do regime medicamentoso é a reconciliação medicamentosa. Para perceber como se operacionaliza na prática, realizei

entrevista a farmacêutico com experiência em reconciliação medicamentosa (ANEXO III). Segundo a Norma 018/2016 da DGS, a reconciliação medicamentosa consiste na análise da medicação do doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, tendo por objetivo evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo assim a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação. É um processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados (DGS, 2016). Dada a frequência de alterações relacionadas à medicação nos doentes em HD, (Cardone & Parker, 2020) recomenda-se que este processo seja realizado mensalmente ou pós internamento ou alteração de local de tratamento. A entrevista ao farmacêutico foi uma mais-valia para perceber como funciona o processo e em que momentos se deve aplicar. Foi ainda um momento de reflexão para perceber quais as melhores estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso nos doentes em tratamento de HD. De imediato iniciei o treino da reconciliação medicamentosa, sobretudo em contexto de clínica de HD, uma vez que existe medicação que é fornecida pela clínica para o domicílio. Uma das técnicas utilizadas foi verificar, no sistema de informação, se as datas em que os doentes levaram a medicação, e de acordo com a posologia coincide com a data no novo pedido. Em todos os momentos de fornecimento de medicação, o doente foi inquirido sobre a forma de tomar, a quantidade e o horário. Outra técnica utilizada foi, a que sugere a norma da reconciliação medicamentosa, e verificar a medicação do doente sempre que houvessem alterações do regime medicamentoso (aquando altas do internamento, alterações de rotina...). A verdade é que com esta análise foram detetadas algumas discrepâncias, quer a nível da posologia, quer a nível de esquecimentos. A reconciliação medicamentosa é uma estratégia promotora da adesão ao regime medicamentoso. Foi analisado com a tutora a eficácia das estratégias utilizadas, e até mesmo a implementação de algumas delas no serviço em questão. Por vezes, senti dificuldade em perceber se os doentes cumpriam o regime medicamentoso, uma vez que alguns doentes não estavam capazes cognitivamente para responder, nessas situações enviava pedido ao familiar para me fornecer toda a medicação que o doente realizava no domicílio.

O regime medicamentoso é um regime complexo, para o desenvolvimento de capacidades na promoção da pessoa para a autogestão deste regime, é necessário muita experiência em contexto clínico. No entanto, o tempo é curto e o contacto com os doentes durante o estágio foi limitado, pelo que incidi mais sobre as intervenções ensinar, instruir, sem conseguir fazer o acompanhamento/avaliação em todas as situações. Inicialmente estava colocada no nível de competente, mas sinto que evoluí e considero ter atingido o nível de proficiente, uma vez que tenho mais prática em diagnosticar e necessito de menos tempo para intervir.

No que concerne ao Desenvolver competências na gestão dos processos terapêuticos em

resposta à transição situacional da pessoa com doença renal em programa regular de hemodiálise propus-me a Desenvolver capacidades na promoção da pessoa para o autocuidado com o acesso arteriovenoso e segundo as Guidelines for Vascular Acess (Kdoqi, 2021) é recomendado educar a pessoa sobre os cuidados com o seu acesso vascular (AV). A European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (ERA/EDTA) reforça este facto descrevendo o papel do enfermeiro como o de assistir a pessoa/família na adaptação à DRCT, estimulando a capacidade de autocuidado e ajudando-os a alcançar um nível de bem-estar e independência face ao tratamento. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver estratégias educativas para promover comportamentos de autocuidado, envolvendo sempre que possível a família, uma vez que esta pode facilitar tanto a aquisição de comportamentos de autocuidado como de conhecimentos (Sousa et al., 2022). Estas estratégias passam por intervenções diferenciadas como educar, orientar, descrever e explicar, de modo a promover o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado na pessoa. Os programas educacionais devem ser centrados na pessoa e estruturados, contínuos, multidisciplinares e adaptados às necessidades individuais (Sousa, 2014).

Face ao exposto e ao objetivo autoproposto senti necessidade de entrevistar um enfermeiro perito de acessos arteriovenosos (ANEXO IV), no sentido de explorar no seu discurso e expertise quais as melhores estratégias, baseadas na evidência científica que permitam capacitar a pessoa para o autocuidado com o AV. O perito entrevistado é reconhecido na comunidade científica e já construiu instrumentos extremamente importantes no âmbito do autocuidado da FAV. Em 2012, desenvolveu uma estrutura orientadora das práticas clínicas que devem ser conduzidas pelo enfermeiro junto da pessoa com FAV, fornecendo uma visão abrangente dos cuidados e que inclui momentos relevantes como as fases da preparação, desenvolvimento e manutenção do acesso arteriovenoso em causa. O mesmo autor construiu instrumentos de avaliação de comportamentos de autocuidado com a FAV, que permitem ao profissional de saúde avaliar o conhecimento da pessoa no que concerne ao autocuidado com o AV. Os dados colhidos permitirão certamente adequar as intervenções às reais necessidades da pessoa, bem como posteriormente avaliar a eficácia das mesmas. Esta entrevista aberta, informal e semiestruturada foi uma atividade enriquecedora no sentido de perceber qual a importância do autocuidado para a prevenção de complicações com o AV (automonitorização), uma vez que já foi descrito anteriormente neste relatório que uma das causas de internamento destes doentes, devem-se a questões relacionadas com o AV, nomeadamente infeções e tromboses. De resto, as complicações com o AV representam a razão mais incidente de hospitalizações não programadas no doente renal em HD.

Esta entrevista foi precedida de pesquisa de evidência científica em bases de dados de saúde de forma a direcionar as questões, sem dispersar. Após esta atividade e sua análise de conteúdo, decidi complementar com observação direta das intervenções realizadas pela tutora designada. Esta enquanto puncionava o doente ia fazendo questões, principalmente nos

doentes que necessitavam de reforço sobre o autocuidado (se lavou o braço antes de entrar para a sala, se notou alteração do frémito no domicílio, se sentia a mão fria ou formigueiro, entre outros...), e entre as questões surgiam dúvidas que a mesma ia esclarecendo e sinalizava aos colegas a necessidade de reforço ou não. Qualquer uma das atividades (pesquisa-entrevista-observação) foi relevante e me permitiu autonomamente implementar intervenções para a promoção da pessoa para o autocuidado do AV. Foram colhidos dados junto dos doentes, com os meus conhecimentos prévios/experiência e utilizando como referência a “Escala de avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise" (Sousa, 2015), para determinar objetivamente os seus conhecimentos sobre o autocuidado do seu AV. De acordo com as respostas dos doentes foram esclarecidas as suas dúvidas, no momento da utilização da escala. No entanto, nos turnos seguintes foi avaliada e intervenção e a necessidade de reforço da mesma. Por exemplo, quase todos eles sabiam que não podem avaliar a TA ou colher sangue no braço da FAV, alguns não sabiam avaliar o frémito, nem que a mão fria desse membro pode significar uma complicação, outros não sabiam como atuar em caso de hemorragia no domicílio. Rapidamente se distinguem diferentes níveis de conhecimento no seio dos diferentes doentes, logo o foco das atividades teve de ser constantemente reorganizado. Alguns doentes, por dificuldade cognitiva ou por presença de comorbilidade, assim como ausência de volição não possuem o conhecimento necessário para a autogestão do AV. O que se tornou uma dificuldade durante o estágio, foi precisamente o número de doentes com dificuldade cognitiva, em que para além de não ser possível fazer o levantamento sobre os conhecimentos, não era possível educar os mesmos, não estando os familiares presentes, tive de usar a via telefone para educar neste caso o familiar cuidador e em algumas situações o profissional da instituição onde o doente se encontrava alocado. Outros, embora com literacia favorável, preferem entregar o cuidado do acesso ao profissional de saúde, assumindo um perfil de autocuidado dependente. Independentemente disto, todas as estratégias utilizadas foram analisadas criticamente e discutidas com o tutor e pares, de forma a melhorar os programas educacionais e melhorar a adesão do doente ao autocuidado do AV.

É óbvio que para se conseguir promover o autocuidado do AV, toda a equipa tem de estar envolvida do processo. Para tal torna-se necessário que exista também um programa de monitorização e vigilância do AV instituído na Unidade.

Atualmente, os doentes com DRC são mais idosos, apresentam maior número de comorbilidades e possuem acessos vasculares mais complexos. Portanto, a equipa de diálise e os doentes enfrentam novos desafios. As complicações dos acessos arteriovenosos estão bem documentadas e requerem supervisão (monitorização e vigilância) para evitar tais complicações. Sousa et al. (2023), definem os papéis dos diferentes profissionais intervenientes nestes programas de monitorização. Embora não descrito, neste programa, o enfermeiro especialista, pode e deve explorar as suas competências diferenciadas e assumir papéis de coordenador ou, por outro lado, de educador dos profissionais e doentes sobre a importância da

gestão integrada do AV.

Naturalmente, ao aproximar-me mais do doente e do seu AV, novos focos de atenção surgem, incentivando a minha criatividade e necessidade de procura de novas habilidades. Neste âmbito, ao conversar com o doente e mesmo com os profissionais, surge frequentemente, o tema da dor, mais concretamente, a dor que os doentes sentem aquando a punção do AV. Este foco de atenção, parece estar diretamente relacionado com alguma aversão face ao acesso, logo inferi que a sua resolução poderia, não só melhorar a qualidade de vida dos doentes, como também potenciar uma maior abertura para discutir o autocuidado. Parece lógico que ao eliminar a barreira da dor, o doente pode encarar a canulação e o AV como assuntos passíveis de discussão, eliminando tabus. Assim, durante o meu percurso académico, elaborei um trabalho de grupo intitulando-se "Estratégias para controlo da dor associada à punção do acesso arteriovenoso em doentes sob hemodiálise: revisão da literatura". Apresentei o trabalho, em nome do grupo, no Encontro Renal 2023 (ANEXO V) e ganhou o primeiro prémio das comunicações livres da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) (ANEXO VI). Foi também realizado o artigo que foi publicado na revista NEPHRO´S (dezembro 2023) da APEDT (ANEXO VII). Foi uma atividade realizada durante o estágio, que permitiu a pesquisa de evidência científica sobre a temática, e a partilha de conhecimento com os colegas, quer com os participantes do congresso, como os colegas do Serviço de Internamento, onde o trabalho também foi partilhado. Sem dúvida uma mais-valia para a qualidade de vida da pessoa em tratamento de HD ao qual pretendo dar continuidade, através de um estudo prospetivo.

Após as atividades realizadas, sendo também gestora de acessos vasculares da Unidade onde exerço funções, considero que inicialmente estava colocada no nível de proficiente. Apesar de ter muita prática em avaliar e puncionar o AV e sendo considerada pelos pares enfermeiro perito. Consegui focar-me mais numa lacuna que já tinha identificado (processo de capacitação para o autocuidado), considero que atingi o nível de perito, embora não num nível elevado, um expert de entrada, com margem para uma progressão muito rápida.

Relacionado com a competência anterior, propus-me a Melhorar a performance na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional da pessoa, avaliando os resultados com base nas suas respostas, nomeadamente sobre a promoção da pessoa para a autogestão do regime dietético e de ingestão de líquidos. O regime terapêutico em HD inclui o tratamento de HD, o regime medicamentoso, dietético e ingestão de líquidos (Kim et al., 2010; Beuter et al., 2013). A não adesão a um destes componentes agrava a condição clínica dos doentes e está associada ao aumento da hospitalização e mortalidade (Saran et al.,2003). A restrição hídrica é deveras importante para o bem-estar dos doentes em programa regular de HD, no entanto, tem sido um dos aspetos do regime terapêutico com menor adesão (Smith et al.,2010; Rambod et al.,2010).

As estratégias para promover a autogestão da pessoa no regime dietético e de ingestão de líquidos que foram utilizadas, depois da pesquisa de evidência científica, e observação de estratégias do tutor passaram por: colheita de dados dirigida ao doente, com foco especial nas possíveis barreiras ao cumprimento do regime. Após estudado o seu padrão de incumprimento relativamente ao regime dietético e de ingestão de líquidos, estabeleci prioridades. Estas prioridades focaram-se não só nas possíveis barreiras (falta de conhecimento, baixa volição, incapacidade funcional), mas também no planeamento e distribuição temporal dos doentes escolhidos. Apercebi-me que apesar de existir uma elevada prevalência de incumprimento, nem todos os doentes se incluem. Os casos complexos de não cumprimento foram mapeados e direcionei a minha atenção para uma análise qualitativa junto do doente. Esta passou por individualizar o discurso e tentar perceber junto da pessoa as razões de não cumprir. Ao invés de emitir juízos de valor perante a evidência de incumprimento (ganho interdialítico elevado, por exemplo), permiti que a pessoa se exprimisse livremente, dando apenas pequenas deixas para que o assunto fosse abordado.

A minha intervenção subdividiu-se em diversas sessões permitindo, não só analisar e discutir o diálogo com o tutor, mas também planear intervenções simples, de forma faseada e sem sobrecarregar a pessoa com informação. De contacto em contacto, foi validada a informação dada anteriormente e introduzido novo conhecimento paulatinamente. As estratégias foram assim adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa, não se construiu um plano para um grupo de doentes mas apenas para a pessoa em questão. O doente /família foram envolvidos na avaliação dos resultados, e foram monitorizadas tanto a eficácia das intervenções especializadas executadas, como os progressos da pessoa. Sempre que possível, o resultado positivo foi comunicado e analisado com o doente, de forma a motivá-lo. Por vezes, em alguns doentes senti dificuldade pela baixa volição que apresentavam em mudar comportamentos, nem todos os doentes estavam recetivos a planos educativos, referindo até que já tinham o conhecimento necessário.

Um dos doentes, acompanhado mais regularmente, mostrou resultados bastante positivos. Normalmente apresentava ganho peso interdialítico excessivo, a após as intervenções realizadas passou a cumprir mais adequadamente o regime dietético e de ingestão de líquidos, o que lhe possibilitou ter um tratamento menos “agressivo”, não apresentando mau estar no final do mesmo, ficando com uma visão diferente do tratamento. Ao demonstrar-lhe a relação direta entre uma eficiente gestão do regime terapêutico, o doente tornou-se mais hábil e cuidadoso no período interdialítico, de forma a evitar complicações que dependem muito da sua postura perante o tratamento. Esta situação demostra que planos de intervenção individualizados fazem a diferença a nível dos resultados no doente, e que a enfermagem especializada, quando devidamente alocada e direcionada a casos complexos apresenta benefícios mensuráveis, não só para o doente como para o sistema de saúde, uma vez que existe o potencial de reduzir gastos desnecessários com resolução de complicações. As

intervenções podem ser organizadas por coortes, mas sem nunca esquecer o plano de vida do doente, bem como as suas próprias aspirações e capacidade.

O desenvolvimento de competências para a promoção da pessoa para a autogestão do regime dietético e de ingestão de líquidos, é um objetivo complexo, sendo necessária muita prática em contexto clínico, e com o doente/família. Considero que inicialmente estava colocada no nível de competente, mas sinto que evoluí e considero ter atingido o nível de proficiente.

Novamente, foram discutidas com o tutor as estratégias utilizadas, de forma a avaliar os resultados das mesmas e melhorar algum aspeto menos bem conseguido. Neste momento, foi também discutida a vantagem de se realizar uma consulta de enfermagem acompanhamento dos doentes considerados de risco. Como referido anteriormente, as imensas questões a abordar no processo de capacitação da pessoa/família para a adaptação ao tratamento, logo uma consulta programada parece fazer todo o sentido nas Unidades de HD. Neste contexto, do meu ponto de vista, pode servir três grandes propósitos:

1. Estruturar planos de educação, projetando objetivos centrados no plano de vida do doente, distribuindo-os no tempo de forma regular;
2. Permitir follow-up formal em ambiente controlado, seguro, privado e sem limitações de tempo ao invés de utilizar a sala de tratamento, partilhada com os restantes doentes;
3. Reduzir a incidência de complicações relacionadas com deficiente gestão do regime terapêutico, nomeadamente as intradialiticas (hipotensão) e a longo prazo (hipervolémia).

O terceiro propósito desta eventual consulta, correlaciona-se diretamente com as atividades desenvolvidas para Desenvolver capacidades na prevenção e controlo de complicações na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise. Os eventos adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação de cuidados, e que podem resultar em dano ao doente, que pode ser físico, social e psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. Dados OMS indicam que anualmente dezenas de milhões de pessoas no mundo inteiro sofrem lesões incapacitantes ou morte devido a eventos adversos (WHO, 2009). Os enfermeiros são responsáveis por grande parte dos cuidados, encontram-se, portanto em posição privilegiada de reduzir a possibilidade de eventos adversos que possam atingir o doente, além de detetar as complicações precocemente e realizar as ações necessárias para minimizar os danos (Pedreira, 2009). Salgueiro et al. (2011) enumeram, por ordem decrescente em termos de frequência, a hipotensão arterial, cãibras e náuseas e vómitos como as três intercorrências mais frequentes. As complicações mais comuns durante a HD são: hipotensão, cãibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios. Enquanto as menos frequentes são: síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise, embolia gasosa, hemorragia gastrintestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infeções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia (Butnaru et al., 2020). O surgimento de complicações no doente em PRHD está muitas vezes relacionado

com a sobrecarga de líquidos. Esta sobrecarga contribui fortemente para o surgimento de diversas complicações como: a HTA, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca congestiva, levando a elevadas taxas de mortalidade (Santos et al.,2022). Pode também surgir o edema agudo do pulmão que resulta da sobrecarga hídrica e da insuficiência cardíaca congestiva, enquanto a hipoalbuminemia causa diminuição da pressão oncótica e favorece o edema pulmonar (Cristovão, 2016).

Apesar dos avanços no tratamento de HD, ocorrem eventos adversos na sua maioria relacionada com uma ultrafiltração elevada. Pelo que os programas educacionais são extremamente importantes na prevenção destes eventos, e são competências da enfermagem especializada.

Após pesquisa da evidência científica sobre eventos adversos no período intradialítico, o meu conhecimento/experiência prévia e observação do tutor na tomada de decisão em eventos adversos, treinei a tomada de decisão em eventos adversos que foram surgindo durante o estágio. Fazendo referência ao Modelo utilizado por Benner (2001), não estando eu numa fase de iniciado, uma vez que presto cuidados ao DRC em tratamento de HD há cerca de 10 anos, talvez me enquadre no proficiente, uma vez que tenho a perspetiva de quais os acontecimentos típicos possíveis numa determinada situação, e esta perspetiva, baseada na experiência, permite-me ajuizar sobre o essencial e o acessório. O facto de já ter conhecimento e experiência com alguns dos eventos adversos, permitiu-me evitar até a ocorrência dos mesmos. Um dos ganhos principais durante o estágio foi perceber que intervenções especializadas aos doentes levam à não ocorrência de muitos dos eventos adversos mais comuns. No entanto, apesar de ter experiência em contexto de sala de diálise, ainda não assisti a alguns eventos adversos menos frequentes descritos anteriormente. Pelo que foi aprofundado pela pesquisa de evidência científica e refletido com a tutora, as principais intervenções em alguns dos eventos adversos que raramente acontecem. No entanto, é essencial saber que existem e como devemos atuar no caso do seu surgimento.

Nesta competência, no início considero que estava no nível de proficiente e com o decorrer do estágio, com a pesquisa da evidência científica direcionada a observação dos tutores e a reflexão permitiu-me aumentar o meu conhecimento prévio, que juntamente com o treino, permitiram alcançar o nível de perito.

No que diz respeito ao Desenvolvimento de capacidades na prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, senti necessidade de realizar uma pesquisa alargada, quer sobre as guidelines nacionais e internacionais sobre a prevenção e controlo de infeção, assim como sobre a documentação existente nos serviços. A OMS divulgou em 2016, as componentes básicas que devem orientar os programas nacionais e locais de prevenção e controlo de infeções, através das Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute

health care facility level. Portugal tem como programa prioritário em saúde, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (criado pelo Despacho 2902/2013 de 22 de fevereiro), que se dedica à prevenção e controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), à promoção do bom uso de antimicrobianos e à redução de Resistências aos Antimicrobianos (RAM). Segundo o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), (2019) Antimicrobial Resistance Tackling the Burden in the European Union, a RAM é uma questão complexa à escala global, com consequências potencialmente dramáticas para a saúde e economia. O PPCIRA tem como principais atividades: a vigilância epidemiológica de IACS, consumo de antimicrobianos e resistências a antimicrobianos; a promoção de adesão e cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e de precauções baseadas na via de transmissão; a promoção e implementação de feixes de intervenções (bundles) de prevenção de infeções associadas a cuidados de saúde; a promoção e desenvolvimento de programas de apoio à prescrição antimicrobiana (antimicrobial stewardship); a produção de normas e orientações e de atividades educacionais de capacitação pedagógica de profissionais; a formulação e desenvolvimento de metodologias comportamentais de capacitação, nomeadamente o feedback comentado de dados e facilitação de intervenções de melhoria de qualidade e o desenvolvimento de atividades promotoras da literacia do cidadão sobre esta temática, nomeadamente a Campanha PORCAUSA (PORtuguese CAmpaign for the safe USe of Antibiotics). Os objetivos gerais deste Programa são a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, pelo Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, na sua redação atual (Despacho n.º 10901/2022).

A infeção pode ser uma das complicações mais graves nos doentes em tratamento de HD, como já foi descrito anteriormente, sendo uma das principais causas de internamentos destes doentes. Os principais fatores de risco incluem: a água do dialisante não controlada devidamente, o AV (FAV, CVC ou PAV), o próprio regime terapêutico, infeções hospitalares, infeções adquiridas na comunidade e uso inadequado dos antibióticos. Os doentes portadores de DRC só por si, já possuem desnutrição, imunodepressão, integridade da pele prejudicada, sobrecarga de ferro, idades cada vez mais avançadas, anemia e são portadores de outras doenças crónicas como o caso da HTA e a DM. Todos estes aspetos potenciam o aparecimento de uma infeção. O enfermeiro tem um papel fundamental no controlo do e prevenção do risco de infeção, instituindo medidas para prevenir a mesma como: a lavagem eficaz das mãos, o uso correto e adequado do material de proteção, a higiene respiratória e a prática segura de administração de injetáveis (Butnaru et al.,2020). Estas medidas são fundamentais no que diz respeito ao tratamento do doente em HD e podem reduzir bastante o risco de infeção.

Perante o descrito anteriormente consultei a documentação existente no Serviço de Internamento, e de acordo coma a mesma são competências da Comissão de Controlo de

Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA): promover e supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos; garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos - problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas; garantir o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão; promover práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes e/ou epidemiologicamente significativos, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco, garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições e planeando políticas de definição de fluxos e coortes; garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas; garantir o cumprimento das normas e orientações nacionais do PPCIRA e da DGS e colaborar com a Unidade Regional (UR) -PPCIRA e com a direção nacional do PPCIRA nas atividades do Programa; colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória; promover a investigação de possíveis surtos, nomeadamente pela realização de inquéritos epidemiológicos e colaborar na realização de auditorias; promover aquisição de conhecimento nesta área, através de investigação e intervenções de melhoria de qualidade; ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, contratualizando com cada serviço objetivos e metas, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo; integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da UR-PPCIRA e da direção nacional do PPCIRA.

A nomeação dos interlocutores é da responsabilidade da direção de cada serviço e regulamentada pelo despacho n.º 10901/2022 que determina que a CCIRA deve ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro gestor de cada serviço clínico, contratualizando com cada serviço objetivos e metas, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo. No serviço em questão o interlocutor não é o responsável do serviço, no entanto é enfermeira especialista em EMC. Anualmente cada interlocutor deve planear as suas atividades de modo a dar resposta ao plano de atividades do Serviço e da CCIRA. O plano de atividades do interlocutor deve incluir as atividades calendarizadas pela CCIRA e também um projeto de intervenção sobre uma necessidade do serviço considerada prioritária.

O mesmo até 30 de janeiro de cada ano tem de elaborar um relatório de atividades, em que se calculam os indicadores relativamente às atividades desenvolvidas no ano anterior e se estabelecem metas para o ano seguinte. O relatório deve incluir uma reflexão crítica do interlocutor, com identificação de pontos fortes e oportunidades de melhoria.

Durante o estágio de internamento foi possível acompanhar a interlocutora durante um turno.

Foi uma momento de aprendizagem e reflexão, onde de me foram explicadas as principais atividades realizadas pelo mesma. Segundo a mesma as principais atividades são: sensibilizar os pares para a prevenção e controlo da infeção; participar na elaboração de normas para o respetivo serviço, com base nas recomendações da CCIRA, pôr em prática e monitorizar o cumprimento das mesmas; identificar problemas de estrutura, de processo e/ou de resultados, e informar a CCIRA em caso de suspeita de surto epidémico ou outras situações de risco em controlo da infeção; propor à CCIRA a realização de estudos no seu serviço, ou a adoção de medidas consideradas necessárias para a prevenção e controlo da infeção; colaborar na recolha de dados para os estudos de vigilância epidemiológica e nas auditorias às práticas nos respetivos serviços; assegurar que os cuidados prestados a cada doente são apropriados, relativamente à prevenção e controlo de infeção; participar e dinamizar ações de formação no seu serviço na área da prevenção e controlo de infeção; colaborar com a CCIRA na identificação de necessidades de formação nos seus serviços.

As atividades anuais que o interlocutor deve realizar são: Auditorias da campanha de precauções básicas (cumprimento com as indicações da DGS): observação da higiene das mãos, observação do uso de luvas; auditoria estruturas higiene das mãos, auditoria de processo e estrutura, auditoria às precauções básicas de controlo de infeção. Após as auditorias, regista e comunica à equipa as oportunidades de melhoria identificadas e implementa atualização de cartazes e medidas de resolução de problemas de estrutura identificados nas auditorias; incluir a discussão do controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos na prática clinica diária; integração de novos profissionais com recurso à apresentação (PowerPoint) de apoio disponibilizada pela CCIRA; promover ou participar na elaboração/revisão de políticas e procedimentos do Serviço, do âmbito do controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos; divulgação das políticas e procedimentos e dos resultados de vigilância epidemiológica referentes ao serviço e à instituição, junto da equipa multidisciplinar (ex: formação em serviço).

Não tive a oportunidade durante o estágio de assistir a auditorias, no entanto, foram-me explicados os procedimentos na auditoria sobre a higienização das mãos e a utilização de luvas. As auditorias realizam-se em suporte papel (consoante documento próprio), sendo posteriormente remetidas à CCIRA para informatização e tratamento dos dados. Para serem cumpridas as indicações da DGS sobre auditorias das precauções básicas de controlo de infeção, devem ser observadas 200 oportunidades de lavagem das mãos e 100 oportunidades no uso de luvas.

Durante os estágios, diagnostiquei necessidades de prestação de cuidados no que se refere à prevenção e controlo a infeção. Os estágios foram realizados numa altura em que se verificou novamente um aumento da doença COVID-19 e Gripe A, pelo que os isolamentos destes doentes, os equipamentos de proteção individual eram fundamentais para prevenir a propagação das mesmas. Facilitei a adesão da pessoa/família às medidas instituídas, explicando o porquê das medidas de isolamento e a importância do cumprimento das mesmas.

Na Unidade de HD, constatei que alguns doentes chegavam com o penso do CVC molhado, foram então estabelecidas intervenções relativas ao autocuidado com o CVC, explicando ao doente os riscos de infeção. E sempre que necessário foi contactado o familiar cuidador. Também se verifiquei que alguns doentes não lavavam o braço da FAV antes do tratamento, pelo que foram realizadas intervenções juntos dos mesmos, de modo a incentivar à realização deste procedimento.

Nesta competência, considero que iniciei com o nível de competente e apesar de ter evoluído através da pesquisa direcionada que me permitiu adquirir conhecimento, das reflexões com as tutoras e com a enfermeira perita da CCIRA, permaneço no mesmo nível, mas podendo evoluir facilmente para proficiente. Ou seja, depois do estágio consigo planificar e tenho a capacidade de dividir em focos de atenção, mas não tenho a prática suficiente e a capacidade de abstração necessária para o fazer no decorrer dos cuidados.

No que se refere ao Desenvolver capacidades na promoção da segurança dos cuidados à pessoa em programa regular de hemodiálise, já abordei os aspetos dos eventos adversos anteriormente neste relatório. No entanto, senti necessidade de uma pesquisa alargada sobre a temática (guidelines, legislação, evidência científica) de forma a aumentar o meu conhecimento. A segurança do doente assumiu um lugar destaque na esfera da saúde, e é desde o ano de 2000 reconhecida como fundamental na procura de processos mais seguros, e na redução de danos na prestação de cuidados de saúde (Reis et al., 2013). O tema da segurança do doente surgiu, nas últimas duas décadas, como uma questão primordial em muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo, e é hoje reconhecido internacionalmente como uma peça fundamental da qualidade na saúde. A OMS e a UE iniciaram a edificação da segurança do doente, definindo orientações e políticas, a par de projetos e programas de financiamento, incentivando os países a participarem neste movimento à escala global (Ministério da Saúde, 2021). A missão DGS é a de planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde e, como atribuições, a promoção das atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde. Foi então criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), que determina a criação de estruturas que facilitem o planeamento de modelos de prestação de cuidados de saúde adequados, integrados, e para a consolidação da segurança da prestação de cuidados de saúde, bem como a implementação de um sistema de monitorização e avaliação que permita fundamentar as tomadas de decisão e estabelecer nexos de causalidade entre as medidas estratégicas de qualidade na saúde e os indicadores globais de saúde (Despacho nº 9390/2021).

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030), elegido pela OMS, visa um mundo onde não existam danos relacionados com os cuidados de saúde e onde são prestados cuidados seguros, personalizados, de forma respeitosa, a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida. A missão do PAMSD 2021-2030 é impulsionar: o desenvolvimento de políticas, estratégias e ações, com base na evidência científica e na experiência do doente; o

desenvolvimento de sistemas e parcerias, que permitam eliminar todas as fontes possíveis de risco e de danos evitáveis, para os doentes e para os profissionais de saúde; a redução, o mais possível e à escala global, do dano evitável resultante da prestação de cuidados de saúde não seguros. Para orientar o desenvolvimento e implementação da estrutura de ação proposta nesse documento estratégico, foram definidos sete princípios orientadores: envolvimento dos doentes e famílias enquanto intervenientes na prestação de cuidados seguros; consecução dos resultados através de um trabalho colaborativo; análise e partilha de dados para gerar o conhecimento; transposição das evidências para ações de melhoria mensuráveis; adequação de políticas e ações ao contexto da prestação de cuidados; utilização do conhecimento científico e da experiência do doente para a melhoria da segurança, e promoção da cultura de segurança no desenho e na prestação de cuidados de saúde (OMS, 2021).

Outro aspeto que o PAMSD 2021-2030 veio reforçar, foi a necessidade de nas agendas das políticas de saúde dos países, se destacar a importância da segurança do doente, com o objetivo de se constituir o princípio orientador de todos os planos nacionais desenvolvidos e a desenvolver, no âmbito da segurança do doente (Ministério da Saúde, 2021).

Em Portugal, A 24 de setembro de 2022 é aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Para a elaboração do PNSD foi efetuada de forma sistemática uma seleção, análise e recolha de documentos estratégicos e orientações nacionais e internacionais, de artigos científicos disponíveis, destacando-se os seguintes documentos estratégicos: PAMSD 2021-2030 da OMS; planos estratégicos da Suíça, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Irlanda, Escócia, Finlândia, Austrália, entre outros e Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde, em particular o PPCIRA da DGS (Ministério da Saúde, 2021).

O Despacho n.º 9390/2021 cita a Lei de Bases da Saúde (aprovada pela Lei n.º 95/2019) que referem o direito à proteção da saúde, em que a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais. Determina também, que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Também o Sistema Nacional de Saúde (SNS), na sua atuação, deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (Despacho n.º 9390/2021).

O principal objetivo do PNSD 2021-2026 é consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, incluindo contextos próprios dos sistemas de saúde

atuais, como o domicílio e a TeleSaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. O Plano encontra-se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos. Os pilares estabelecem um referencial de consolidação e evolução relativos à segurança do doente e nos quais se integram objetivos estratégicos. Seguidamente são apresentados os pilares e os objetivos estratégicos para cada um deles. Cultura e segurança - promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, avaliar a cultura de segurança e aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados; Liderança e governança - garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026, e consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local; Comunicação - otimizar a comunicação intra e interinstitucional, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, e adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador; Prevenção e gestão de incidentes de segurança - aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica e promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Notifica; Práticas seguras em ambientes seguros - Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, monitorizar a implementação de práticas seguras, reduzir IACS e RAM, e promover a TeleSaúde segura (Ministério da Saúde, 2021).

A implementação e expansão das ferramentas de TeleSaúde já são uma realidade em alguns contextos nacionais. No entanto, estender essa prática para os diversos níveis de cuidados ainda representa um desafio significativo. É crucial que os modelos de TeleSaúde sejam implementados de forma a agregar valor à saúde das pessoas, assegurando os princípios fundamentais de humanização, qualidade e segurança nos cuidados prestados. No entanto para o desenvolvimento e execução de projetos de teleconsulta e telemonitorização de sucesso, devem ser tidos em conta alguns pressupostos: mais humanização na prestação de cuidados de saúde; integração da melhor evidência científica de forma rápida e atempada; definição clara e inequívoca de percursos de cuidados, para facilitar a navegabilidade do cidadão pelos diferentes níveis de cuidado; máxima segurança na prestação de cuidados de saúde, o que inclui, a elaboração de procedimentos, registos, avaliação do risco e monitorização com segurança dos dados, entre outros (Ministério da Saúde, 2021).

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, a dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Estes predicados não se esgotam nos doentes, alargando-se às organizações, devendo, para isso, ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados.

Foi consultada a documentação existente no Serviço de Internamento. Segue as linhas

orientadoras do PNSD 2015-2020, que tem como principais objetivos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Tem como principais recomendações: trabalho em equipa, expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional-melhoria continua, perceções gerais sobre a segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação, trabalho entre unidades, dotação dos profissionais, transições e, resposta ao erro não punitiva.

O departamento de qualidade é composto por: gabinete de higiene e segurança (risco geral, ambiente e segurança); gabinete de gestão da qualidade (acreditação, certificação); gabinete de governação clínica (gestão do risco clínico, indicadores clínicos, auditoria clínica, comissão de qualidade e segurança, comissão de farmocovigilância); serviço de saúde educacional e serviço de humanização. O interlocutor da qualidade e segurança tem como principais funções: informar, sensibilizar e envolver, vigiar e notificar e auditar e monitorizar.

Os objetivos da gestão de risco são: segurança do doente, redução de eventos adversos, melhoria contínua nos procedimentos e melhoria da comunicação e do trabalho em equipa. São responsabilidades da gestão de risco: desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar os riscos; estabelecer sistemas para lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e consequentemente o custo de incidentes que ainda possam ocorrer com medidas de suporte efetivas, e proteger o hospital e o seu pessoal de responsabilidades legais. Nas auditorias de risco clínico os principais temas auditados são: identificação do doente, prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de broncoaspiração, prevenção de trombose venosa profunda, risco nutricional, alertas, circuito do medicamento, dispositivos médicos e infeção, consentimento informado e lista de verificação pré-operatória.

Tive a oportunidade de explorar com o gestor de risco local sobre as suas principais funções. Este tem reunião de risco com o departamento de qualidade de 3/3 meses, e transmite a informação aos restantes colegas através do Portal interno, placard do risco, capa do risco. No placard do risco consta: identificação dos interlocutores, o que notificar, número de emergência clínica e geral, procedimento de evacuação, circuitos de acidentes de trabalho e assuntos relacionados com o departamento de qualidade. De forma a envolver a equipa também transmite a informação em reuniões de serviço, email, passagem de turno. Foi abordado o risco clínico (infeções, quedas, alergias...) e não clínico (infraestruturas, incêndios...). Descreveu também as auditorias e a periocidade das mesmas: identificação dos doentes, verificação das pulseiras – realizada 1 x por mês; auditoria aos processos (quedas, circuito da medicação,

infeção) – realizada 1x por mês; auditoria infraestruturas - realizada de 4/4 meses.

Não foi possível acompanhar diretamente o enfermeiro responsável pela gestão de risco em auditorias, mas durante o estágio tive oportunidade de observar auditorias às pulseiras dos doentes.

Ambos os momentos de estágios, foram também momentos de reflexão com as tutoras, sobre a questão da segurança do doente, quer no Serviço de Internamento como na Unidade de HD. Agi como gestor de risco em determinadas situações, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados, fomentando a cultura de segurança dos cuidados especializados, salvaguardando as questões de segurança na administração de processos terapêuticos complexos. Monitorizei aspetos que podem originar eventos adversos, instituindo medidas preventivas (ex: fixação das agulhas da FAV, fixação das linhas do circuito extracorporal, transferência dos doentes...).

Como já foi referido anteriormente, ambos os serviços onde realizei o estágio cumpriam as dotações seguras emanadas pela OE. No entanto, o cálculo das clínicas de HD é realizado por posto de trabalho, na minha opinião, com o crescente envelhecimento populacional, com doentes cada vez mais idosos, com mais comorbilidades associadas, cada mais dependentes no autocuidado, talvez futuramente tenha que se mudar o paradigma das dotações seguras nas Unidades de HD.

Também relacionado com a transferência do doente do internamento para o ambulatório, foi refletido em conjunto com a tutora do internamento, que por vezes a informação relativa aos cuidados de enfermagem não é transmitida adequadamente. Deveria de ser transmitida a informação que já foi fornecida ao doente, relativamente ao regime terapêutico e a outros aspetos relacionados com a autogestão da sua doença, para nas Unidades de HD se adequar as intervenções para aquela pessoa particular.

Relacionado com o estágio na clínica de HD, foi refletido com tutora, sobre uma mais-valia de realizar uma consulta de acompanhamento para os doentes, e até mesmo uma teleconsulta com os familiares. Uma vez que estes não vão com o doente ao tratamento, e por vezes os doentes não estão capazes cognitivamente de receber informações importantes para a gestão da sua doença. Durante o estágio, para os doentes que se encontravam nesta situação, realizei o contato com o familiar cuidador, para esclarecer aspetos relacionados com o regime terapêutico, quer o medicamentoso, como o regime dietético e de ingestão de líquidos. O feedback foi bastante positivo, o que se refletiu numa maior segurança e prevenção de eventos adversos.

Nesta competência, comecei no nível de competente. Apesar de ter evoluído através de pesquisa científica direcionada e reflexões com as tutoras e o enfermeiro gestor de risco, permaneço no mesmo nível, mas posso facilmente evoluir para proficiente. Mantive esta

dinâmica de pesquisa e reflexão para alcançar o nível de proficiente.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A concretização deste estágio de natureza profissional permitiu-me adquirir competências científicas, técnicas e humanas, que permitiram um olhar diferente e um cuidar especializado à pessoa em situação crónica, mais especificamente na pessoa em tratamento de HD. Para isso contribuiu a aquisição e subsequente mobilização e integração de novo conhecimento científico acompanhado do desenvolvimento de novas capacidades e o aprimoramento das pré-existentes. Este relatório escrito, baseado em notas criadas ao longo do exercício pretende evidenciar o desenvolvimento e a integração das competências comuns e específicas, que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve demonstrar.

Por tudo o que foi exposto verificou-se que é imperativo o desenvolvimento de determinadas competências nesta área específica e que as mesmas devem ser trabalhadas de forma centrada neste doente em particular. A exaustão causada pela TSFR deve ser mitigada e o enfermeiro especialista visa promover a adaptação e melhorar a qualidade de vida da pessoa em tratamento de HD, contribuindo desta forma para a sua capacitação na autogestão da doença. Esta condição requer cuidados de enfermagem especializados e representa uma área de atenção significativa. É essencial desenvolver conhecimento e projetos que visem aprimorar e adquirir competências para intervenções autónomas de enfermagem numa área tão complexa e em constante evolução como a DRC.

De facto, depois de realizado o estágio consciencializei-me verdadeiramente sobre as orientações da OE, referentes ao facto de o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica ser um ponto de referência no que diz respeito à prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, adesão ao tratamento terapêutico e gestão de doenças crónicas. Um foco de especial atenção é a capacitação da pessoa para lidar com a sua condição de saúde, permitindo que ela viva plenamente e redefina o seu projeto de saúde de acordo com as suas necessidades individuais.

Espero ficar bem presente ao longo deste documento escrito, que os contributos deste estágio de natureza profissional para a integração e o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica vão de encontro às unidades competência descritas: “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.”

O objetivo geral foi o desenvolvimento de competências no cuidar a pessoa com doença renal

crónica em programa regular de hemodiálise, área onde exerço funções e em que tive particular interesse (pessoal e profissional). Apesar de exercer funções em Unidade de HD há cerca de 10 anos, verifiquei que com o estudo, desenvolvimento e aprofundamento das competências nos cuidados à pessoa e família a vivenciar o regime de HD fiquei desperta para aspetos que podem ser fundamentais nos cuidados a estes doentes. Considero que cumpri com os descritivos para atingir as unidades de competência prossupostas para a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, ou seja, atendi às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta. Frequentemente, mobilizei conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção, sempre numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados. Ponderando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas, adquiri conhecimentos na gestão de risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequei as respostas salvaguardando a segurança dos intervenientes (como por exemplo na prevenção de ocorrência de eventos adversos).

O estágio, embora rico em intervenção direta, foi sobretudo reflexivo na procura de alternativas viáveis e realistas, para a eventual criação e aplicação de projetos que visem ajudar a pessoa em tratamento de HD a lidar com a sua condição, capacitando-a para o autocuidado e autogestão. E de facto, a meu ver, ainda existe um longo trabalho a ser realizado, através de intervenções especializadas e individualizadas a cada pessoa.

Os locais de estágio foram fundamentais para perceber certos aspetos que anteriormente me passavam despercebidos. Apesar de já ter experiência em serviços de internamento, não conhecia a realidade de um Serviço de Internamento de Nefrologia. Na minha perspetiva enquanto enfermeira de Unidade de HD, equacionava o período de transferência para a clínica de HD, como um momento mais estruturado e rico em informação. Apesar de já ter identificado lacunas, considerava que o doente que inicia tratamento de HD em meio hospitalar já tinha recebido mais informações relativamente ao regime terapêutico, mas tal não acontece. As informações apreendidas são escassas precisamente por o doente se encontrar ainda numa fase de choque inicial e não interiorizar a maior parte da informação que é transmitida. Muito frequentemente, apenas se conseguem ver esclarecidas as dúvidas solicitadas.

Também, na transferência dos doentes para as Unidades, deveria constar informação sobre os conhecimentos dos mesmos (uma vez que normalmente são acompanhados na Consulta de Nefrologia), relativamente ao regime terapêutico, sendo ele o tratamento em si, o regime dietético, o regime medicamentoso, por forma a existir continuidade de cuidados. Como referido anteriormente, este “hand-out” é pobre e entre o cuidado hospitalar e comunitário existe um fosso que descontinua a história da doença.

Sublinho que, é nas Unidades de HD que as intervenções de informação e educação à pessoa

devem ser iniciadas e estruturadas conforme a necessidade da pessoa. Na literatura há referência que estes planos educacionais até devem ser repetidos de forma regular, uma vez que o doente crónico tende a desvalorizar a gestão do regime terapêutico se a sua condição de saúde estiver mais estável. Toda esta situação me fez refletir sobre a importância da existência de uma consulta de enfermagem nas Unidades de HD, onde podem ser abordados os diversos aspetos do regime terapêutico, por forma a capacitar a pessoa e família para a autogestão da sua doença crónica.

Se por um lado isto representa um gasto adicional para as Unidades, certamente que terá ganhos em saúde a curto e longo prazo. Este acompanhamento também poderá ser via telefone ou através de aplicações móveis, principalmente naqueles doentes considerados vulneráveis, que apresentam maior número de complicações e internamentos, derivado ao não cumprimento do regime terapêutico. Do meu ponto de vista, o estabelecimento de uma consulta autónoma permitirá também identificar estes doentes vulneráveis e eventualmente referenciá-los a unidades de gestão de casos complexos, promovendo a continuidade de cuidados na comunidade. Neste acompanhamento seria importante incluir também a família ou cuidador, uma vez que estes não se deslocam à Unidade, e como é sabido o apoio familiar facilita o envolvimento do doente no seu plano terapêutico.

O espaço de consulta de enfermagem nas Unidades de HD é também importante pelo facto de o doente ter mais privacidade. No decorrer do estágio reparei que os doentes por vezes não mencionam certos assuntos, pois estão na sala a realizar o tratamento e têm receio de ser ouvidos. Sempre que possível nas colheitas de dados, utilizava um gabinete e notava que a conversa fluía mais naturalmente, os doentes colocavam as suas dúvidas e até referiam o porquê de não cumprir, por exemplo, o regime dietético. Constatei que esta estratégia foi bastante produtiva, especialmente com um doente que vivia sozinho, e muitas vezes não confecionava as próprias refeições e adquiria as mesmas em restaurantes (normalmente muito condimentadas), o que lhe causava mais sensação de sede, levando-o à impossibilidade do cumprimento do regime de ingestão de líquidos. O que para uma pessoa não é obstáculo para o cumprimento do regime, para outra já o é, no entanto esta condição só consegue ser diagnosticada, com base numa boa colheita de dados, estruturada, baseada em dimensões pré-definidas e identificadas como de risco, pelo enfermeiro especialista. Para tal, não só é necessário tempo, como é fundamental providenciar um ambiente seguro que respeite a privacidade da pessoa de forma digna, promotora de humanização. No serviço de internamento apesar de os quartos não serem individuais percebi ser mais fácil ter momentos de privacidade com o doente e família.

Outra questão que verifiquei é que se o doente não estiver consciencializado das alterações que terá de fazer para se adaptar à sua nova condição, as estratégias aplicadas, não surtem o efeito desejado. Observei que alguns doentes ainda não estavam adaptados ao tratamento de HD apesar de já o realizaram há meses. Talvez seja importante futuramente instituir a Entrevista

Motivacional nas Unidades de HD ou nos cuidados de saúde primários, já que normalmente estes também apresentam outras comorbilidades em acompanhamento nestes cuidados, como por exemplo, a HTA e a DM.

Também refleti bastante sobre o cálculo das dotações seguras paras as Unidades de HD. Este é realizado por postos de trabalho o que não atende à individualidade da pessoa, assim como ao seu grau de dependência e potencial de reconstrução de autonomia. Atualmente, a população em PRHD é envelhecida e com outras comorbilidades associadas o que os tornam mais dependentes nos cuidados de saúde. Penso que este cálculo deveria ser reformulado futuramente.

O regresso à atividade académica depois de 20 anos de experiência, fez-me refletir sobre várias questões que atualmente são essenciais face ao crescente envelhecimento populacional, nas intervenções e projetos que podemos e devemos desenvolver como enfermeiros especialistas. No entanto, a essência da enfermagem continua no "cuidar" o outro atendendo à sua individualidade e características pessoais, olhando a pessoa num todo, inserida num contexto familiar, social e económico. Uma frase marcou o meu percurso académico da Licenciatura que foi "somos gente que cuida de gente".

As atividades previamente planeadas no projeto profissional, que concorreram para o atingimento dos objetivos deste estágio foram realizadas. Por vezes com muita dificuldade em conciliar a com a vida profissional, familiar, académia e o estágio.

Antes de concluir este documento, gostaria de expressar um agradecimento especial às pessoas envolvidas neste processo de desenvolvimento de competências. Aos doentes e familiares/cuidadores que tive o privilégio de contactar e acompanhar. Às tutoras dos estágios e aos professores responsáveis pelos mesmos, pelo seu tempo dedicado e os momentos de reflexão. Aos Professores Doutores Clemente Sousa e Carlos Vilela, pela orientação, disponibilidade e contribuições valiosas para a elaboração deste relatório. Ao Coordenador da Unidade Curricular, Professor Doutor Paulo Parente, pelo seu empenho na organização da mesma. À minha família, em especial ao meu filho, pela compreensão nos momentos em que estive ausente. E, por último, ao meu Pai pelo apoio incondicional.

Para finalizar, espero que este relatório retrate o percurso que foi o estágio de desenvolvimento profissional e, em particular, os contributos que me trouxe para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica, mais especificamente na pessoa com DRC. Que este relatório possa contribuir para uma enfermagem mais significativa para as pessoas em programa regular de hemodiálise.

7. BIBLIOGRAFIA

Alikari, V., Matziou, V., Tsironi, M., Theofilou, P., & Zyga, S. (2015). The effect of nursing counseling on improving knowledge, adherence to treatment and quality of life of patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (2), 514-518. https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a34d2315956ebfe14b9143275148444c67cbf394.

Alikari, V., Tsironi, M., Matziou, V., Babatsikou, F., Psillakis, K.,Fradelos, E. & Zyga, S. (2018). Adherence to Therapeutic Regimen in Adults Patients Undergoing Hemodialysis: The Role of Demographic and Clinical Characteristics. *International Archives of Nursing and Health Care*, 4 (3), 1-6. https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510096.

Almeida Burgarelli, J., da Silva Ivata, M. S., Dotto, L., Martinelli, B., & Gimenes, C. (2021). Capacidade funcional e risco de quedas em indivíduos diabéticos submetidos à hemodiálise. *Revista Inspirar Movimento & Saúde*, 21 (3). https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=801c8de4-0f49-3d61-9e70-708f3ee7c981.

Álvarez Mabán, E., & Barra Almagiá, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 16 (3), 63-72. https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000300008.

Andrade, T. V. F., Diniz, A. F. A., de Sousa Barros, D., da Silva, R. O. N., Felício, I. M., Garcia, S. L. A., ... & de Queiroz, M. D. S. R. (2017). Avaliação da função renal em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. BIOFARM-*Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*, 13(3), 34-38. https://revista.uepb.edu.br/BIOFARM/article/view/2085.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto.

Beuter, M., Muller, L. R., Brondani, C. M., Pauletto, M. R., Timm, A. M. B., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2013). Accession of individuals to hemodialysis therapy. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5 (2), 3558-3566. https://doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3558.

Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., ... & Agudelo-Botero, M. (2020). GBD Chronic Kidney Disease Collaboration: Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease

Study 2017. *Lancet*, 395 (709-733), 32061315. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3

Bortolotto, L. A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Rev Bras Hipertens*, 15(3), 152-5. https://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/82/2021/07/Hipertens%C3%A3o-e-Doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica.pdf.

Bossola, M., Pepe, G., Antocicco, M., Severino, A., & Di Stasio, E. (2022). Interdialytic weight gain and educational/cognitive, counseling/behavioral and psychological/affective interventions in patients on chronic hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Nephrology*, 35 (8), 1973-1983. https://doi.org/10.1007/s40620-022-01450-6.

Brandão de Carvalho Lira, A. L., da Conceição Dias Fernandes, M. I., Batista Lima e Silva, F. B., & Fortes, A. V. (2018). Atención de enfermería a la prevención de infecciones en pacientes en hemodiálisis. Revista Cubana de Enfermería, 34(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000100015&script=sci_arttext.

Butnaru, D., Sousa, L. M. M., Bico, I., Frade, M., & Marques, M. D. C. P. (2020). Risco de Infeção em pessoas submetidas a hemodiálise: Estudo de caso. *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3): 222- 235. https://doi: 10.36957/jai.2182-696X.v9i3-13.

Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (7). https://doi: https://doi.org/10.12707/RV20145.

Cardone, K. E., & Parker, W. M. (2020, November). Medication management in dialysis: barriers and strategies. *In Seminars in Dialysis* (Vol. 33, No. 6, pp. 449-456). https://doi.org/10.1111/sdi.12935.

Cavalcante, M. C. V., Lamy, Z. C., Santos, E. C., & Costa, J. M. (2015). Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25 (4), 484-492. https://doi: 10.5935/2238-3182.20150112.

Cheung, A. K., Chang, T. I., Cushman, W. C., Furth, S. L., Hou, F. F., Ix, J. H., ... & Mann, J. F. (2021). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney International*, 99(3), S1-S87. https://doi:https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern. PL Chinn (Ed.), Nursing research methodology: Issues and implementation*, 237-257. http://repository.upenn.edu/nrs/9.

Colégio da Especialidade em Enfermagem Medico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria.

Cordeiro, A. P., de Moura Rossetti, N. L., Duarte, L. V., Moriya, T. M., Terçariol, C. A. S., &

Ferreira, V. (2016). Complicações durante a hemodiálise e a assistência de enfermagem. *Enfermagem Revista*, 19(2), 247-254.

Cristóvão, A. F. A. J. (2016). *Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

Daugirdas, J. T., Blake, P. G. & Ing., T. S. (2016). *Manual de diálise*. 5ª ed. Guanabara Koogan.

Davison, S. N., & Simpson, C. (2006). Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ*, 333(7574), 886. https://doi.org/10.1136/bmj.38965.626250.55.

Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros* (7ª ed.). Loures: Lusociência. (Título original: Drug guide for nurses.)

Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) Diário da República: II série, nº 174. Recuperado de https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf.

Despacho n.º 2902/2013 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2013). Diário da República: II série, nº 38.

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República: II série, nº 187. Recuperado de https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, (40), 201-219. https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228.

Direção Geral da Saúde (2011). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Departamento da Qualidade na Saúde (017/201 de 28/09/2011, atualizada a 14/06/2012), 1-35. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf.

Direção Geral da Saúde (2016). Norma nº 018/2016 de 30/12/2016 – Reconciliação da medicação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicacao.pdf.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing care plans: Guidelines for*

individualizing client care across the life span. FA Davis.

EDTNA/ERCA (2015). Vascular Access - *Canulation and Care: A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula*. Lucerna: EDTNA/ERCA; ISBN: 978-84- 617-0567-2.

Egocheaga, M. I., Drak, Y., & Otero, V. (2023). Nefroprotección clásica: inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona. Medicina de Familia. *SEMERGEN*, 49, 102018. https://doi: 10.1016/j.semerg.2023.102018.

Enes, S. M., Opitz, S. P., Faro, A. R., & Pedreira, M. L. (2016). Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* 50 (2), 263–271. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200012.

Fan, W. F., Zhang, Q., Luo, L. H., Niu, J. Y., & Gu, Y. (2013). Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients. *Kidney and Blood Pressure Research*, 37 (4-5), 464-474. https://doi.org/10.1159/000355717.

Fazendeiro, J. (2011). *Manual de hemodiálise para enfermeiros*. Coimbra, Almedina, Fresenius Medical Care.

Fernandes, A. R. M. (2019). *Controlo da diabetes no doente renal crónico em hemodiálise* (Doctoral dissertation).

Fernandes, M., & Cruz, L. (2017). Adesão ao regime terapêutico da pessoa em início de hemodiálise – intervenção do enfermeiro. *CIAIQ*, 2.

Fouque, D., Vennegoor, M., Ter Wee, P., Wanner, C., Basci, A., Canaud, B., ... & Vanholder, R. (2007). EBPG guideline on nutrition. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(suppl_2), ii45-ii87. https://doi:10.1093/ndt/gfm020.

Galera-Fernández, A., Martínez-de Merlo, M. T., & Ochando-García, A. (2005). Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermería. *Angiología*, 57(2), 159-68.

Ghasemi Bahraseman, Z., Mangolian Shahrbabaki, P., & Nouhi, E. (2021). The impact of stress management training on stress-related coping strategies and self-efficacy in hemodialysis patients: a randomized controlled clinical trial. *BMC psychology*, 9, 1-9. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00678-4.

Glassock, R. J., Warnock, D. G., & Delanaye, P. (2017). The global burden of chronic kidney disease: estimates, variability and pitfalls. *Nature Reviews. Nephrology*, 13(2), 104– 114. https://doi.org/10.1038/nrneph.2016.163.

Hellebrand, A., Allen, D. & Hoffman, M. (2018). *Hemodialysis in American Nephrology Nurses*

Association. Contemporary Nephrology Nursing. (pp. 153-205). 3rd Edition.

Horsburgh, M. E. (1999). Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *International journal of nursing studies*, 36 (6), 443-453. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00049-8.

Índice.eu. (s.d.). Recuperado de https://www.indice.eu/pt.

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. (s.d.). INFOMED-fo. Recuperado de https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/.

Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas da Saúde* - 2021. Lisboa: INE. Disponível na www: . ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2.

Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T. H., Nitsch, D., Neuen, B. L., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease. *The lancet*, 398(10302), 786-802. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5.

Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K., ... & Levin, A. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*, 105(4), S117-S314. https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018.

Kdoqi, N.K.F.I. (2021). *NKF KDOQI clinical practice guidelines*. https://www.kidney.org/professionals/guidelines.

Levin, A., Stevens, P. E., Bilous, R. W., Coresh, J., De Francisco, A. L. M., De Jong, P. E., Griffith, K. E., Hemmelgarn, B. R., Iseki, K., Lamb, E. J., Levey, A. S., Riella, M. C., Shlipak, M. G., Wang, H., White, C. T., & Winearls, C. G. (2013). Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-150. https://doi.org/10.1038/kisup.2012.73.

Kim, Y., Evangelista, L. S., Phillips, L. R., Pavlish, C., & Kopple, J. D. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37 (4), 377. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/pdf/nihms258802.pdf.

Lima, A. F. C. (2018). Direct costs of integrated procedures of conventional hemodialysis performed by nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e2944. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1812.2944.

Lindberg, M., & Fernandes, M. A. (2010). Self-efficacy in relation to limited fluid intake amongst portuguese heomodialysis patients. *Journal of renal care*, 36(3). http://hdl.handle.net/10174/3426.

Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 295-304. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(97)00017-5.

Maduell, F., Moreso, F., Pons, M., Ramos, R., Mora-Macià, J., Carreras, J., Soler, J., Torres, F., Campistol, J. M., & Martinez-Castelao, A. (2013). High-Efficiency Postdilution Online Hemodiafiltration Reduces All-Cause Mortality in Hemodialysis Patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 24(3), 487-497. https://doi.org/10.1681/ASN.2012080875.

Marinho, C. L. A., Oliveira, A. S., da Silva, R. S., de Oliveira, J. F., & Leite, A. M. C. (2020). Necessidades humanas básicas de pessoas em hemodiálise sob à luz da teoria de Wanda Horta. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19. https://doi: 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.47832.

Martins, V. L. D. S. (2015). *Gestão do regime dietético no doente renal crónico em hemodialise* (Doctoral dissertation, [sn]).

Matos, M. S. A. (2012). *O empowerment da pessoa e ou pessoa significativa como doença renal crónica em programa de diálise peritoneal na gestão do regime terapêutico* (Doctoral dissertation, [sn]).

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. https:// doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.

Melo, A. C. T., & Lima, A. F. C. (2021). Direct costs of rescue procedures to manage vascular access complications in conventional hemodialysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. e20210156. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0156.

Metrogos, D., Cruz, Â., Sousa, L. M. M., Bico, I., Frade, M., & Marques, M. D. F. (2021). Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a hemodiálise com diagnóstico de ansiedade: relato de caso. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 61-73. http://hdl.handle.net/10174/34548.

Ministério da Saúde (2021). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf.

Nambiar, S., Pillai, U. K., Devasahayam, J., Oliver, T., & Karippot, A. (2018). Colonic mucosal ulceration and gastrointestinal bleeding associated with sevelamer crystal deposition in a patient with end stage renal disease. Case Reports *in Nephrology*, 2018.

https://doi.org/10.1155/2018/4708068.

National Kidney Foundation. (2002). *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification*. New York. Recuperado de https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf.

National Kidney Foundation. (2020). *Kidney Disease: the basics*. New York. Recuperado de https://www.kidney.org/news/newsroom/factsheets/KidneyDiseaseBasics#:~:text=It%20affects%20an%20estimated%2037,%25)%20than%20men%20(12%25).

Neri, L., Martini, A., Andreucci, V.E., Gallieni, M., Rey, L.A., Brancaccio, D. & MigliorDialisi Study Group. (2011) Regimen complexity and prescription adherence in dialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 34, 71-76. DOI: 10.1159/000328391.

Nicola, T. (2002). *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Edição. Londres, Lusociência.

Nolasco, F. (1982). *Patologia do hemodialisado: alterações psicológicas*. In J. R. Santos, P. Ponce, & C. d. Renais (Ed.), Manual de hemodiálise para enfermeiros. (pp. 157-160). Lisboa.

Oliveira, C. R. L., & da Silva, L. D. F. (2004). Respostas adaptativas de pessoas que vivenciam hemodiálise em virtude de nefropatia diabética. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(2), 251-258. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713012.

Oliveira, F. A. D., Almeida, A. R. L. P. D., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R. S. D. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03581. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581.

Oliveira, P. M. (2012). *Cuidados de Enfermagem ao doente hemodialisado* (Bachelor's thesis, [sn]).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2016). *Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-36-3.

Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas SA.

Ozen, N., Tosun, N., Cinar, F. I., Bagcivan, G., Yilmaz, M. I., Askin, D., ... & Zajm, E. (2017). Investigation of the knowledge and attitudes of patients who are undergoing hemodialysis treatment regarding their arteriovenous fistula. *The journal of vascular access*, 18(1), 64-68. https://doi:10.5301/jva.5000618.

Pacheco, G. D. S., & Santos, I. D. (2005). Cuidar de cliente em tratamento conservador para

doença renal crônica: apropriação da teoria de Orem. *Rev. enferm. UERJ*, 257-262.

Pedreira, M. D. L. G. (2009). Enfermagem para a segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, v-vi. https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400001.

Pedroso, V. S. M., Siqueira, H. C. H. D., Andrade, G. B. D., Medeiros, A. C. D., Tolfo, F., & Moura, B. (2019). O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 241-247.

Pereira, C. V., & Leite, I. C. G. (2022). Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30, 349-360. https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030012.

Pereira, H. D. R. (2018). *Autocuidado com a fístula arteriovenosa da pessoa em programa regular de hemodiálise* (Master's thesis).

Pinto, N. (2021). *Regime medicamentoso na pessoa com doença renal crónica em hemodialise: Contributos dos enfermeiros para a adesão* (Doctoral dissertation).

Pundir, E., Sharma, A., Singh, S., Patil, S., Pandey, G. S., Rally, S., & Kenwar, D. B. (2022). Impact of a trained vascular access coordinator on a vascular access program in India. *The Journal of Vascular Access*, 23(4), 495-499. https://doi.org/10.1177/11297298211001612.

Queiroz Frazão, C. M. F., Delgado, M. F., de Azevedo Araújo, M. G., e Silva, F. B. B. L., de Sá, J. D., & de Carvalho Lira, A. L. B. (2014). Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15 (4), 701. https://doi: 10.15253/2175-6783.2014000400018.

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):e95599. https://doi.org/10.5812/msnj.95599.

Rambod, M., Peyravi, H., Shokrpour, N., & Sareban, M. T. (2010). Dietary and fluid adherence in Iranian hemodialysis patients. *The health care manager*, 29 (4), 359-364. https://doi: 10.1097/HCM.0b013e3181fa0691.

Ramirez, S. P., Macêdo, D. S., Sales, P. M. G., Figueiredo, S. M., Daher, E. F., Araújo, S. M., ... & Carvalho, A. F. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, 72 (2), 129-135. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.012.

Regulamento n.º 743/2019 (2019, 25 de setembro). Regulamento da Norma para Cálculo de

Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª Série, n.º 184.

Regulamento nº140/2019. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, nº 26.

Regulamento nº429/2018. (2018, 16 de julho). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª Série, nº 135.

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2029-2036. Recuperado de https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n7/2029-2036/pt.

Relatório da OCDE. (2019). Antimicrobial Resistance - Tackling the Burdden in the European Union. Recuperado de https://www.oecd.org/health/health-systems/AMR-Tackling-the-Burden-in-the-EU-OECD-ECDC-Briefing-Note-2019.pdf.

Ribeiro, T.D.C, De Souza, B. I. H., Pereira, C. D., Correa, R. C. S., Santiago, P. S. N., & Tannure, M. C. (2023). As necessidades identificadas em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. *Pensar Acadêmico*, 21 (2), 1411-1426. https://doi.org/10.21576/pensaracadmico.2023v21i2.3788.

Ribeiro, W. A., de Oliveira Jorge, B., & de Sena Queiroz, R. (2020). Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSUS*, 11(1), 88-97. https://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2297.

Romagnani, P., Remuzzi, G., Glassock, R. et al. (2017). Chronic kidney disease. *Nat Rev Dis Primers* 3, 17088. https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88.

Rudnicki, T. (2014). Chronic renal patient: Experience of hemodialysis treatment. *Contextos Clínicos*, 7 (1), 105. https://doi: 10.4013/ctc.2014.71.10.

Salgueiro, J., Santos, R., Alves, M., Matos, A. & Encarnação, S. (2011). *Complicações e Acidentes*. In Fresenius Medical Care (Eds.), Manual de Enfermagem para Enfermeiros. Coimbra: Almedina.

Sanjuliani, A., Torres, M., Paula, L., & Bassan, F. (2011). Eixo Renina-angiotensina-aldosterona: Bases fisiológicas e fisiopatológicas. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 20-30. https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8857/6743.

Santos, P. R. F., Koeppe, G. B. O., dos Santos Pereira, L., de Mattos, F. C., Oliveira, P. P., & Cerqueira, L. D. C. N. (2022). Atuação do enfermeiro ao paciente dialítico com sobrecarga

hídrica em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura. *Global Clinical Research Journal*, 2(1), e21-e21. https://doi.org/10.5935/2763-8847.20220021.

Saran, R., Bragg-Gresham, J. L., Rayner, H. C., Goodkin, D. A., Keen, M. L., Van Dijk, P. C., ... & Port, F. K. (2003). Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney international*, 64(1), 254-262. https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00064.x.

Shahgholian, N., & Yousefi, H. (2018). The lived experiences of patients undergoing hemodialysis with the concept of care: a phenomenological study. *BMC nephrology*, 19 (1), 1-7. Doi: https://doi.org/10.1186/s12882-018-1138-4.

Silva, A. J. B. D. (2022). *Literacia em saúde e qualidade de vida do doente insuficiente renal crónico em programa regular de hemodiálise* (Doctoral dissertation).

Smith, K., Coston, M., Glock, K., Elasy, T. A., Wallston, K. A., Ikizler, T. A., & Cavanaugh, K. L. (2010). Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 20 (5), 334-341. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2009.09.001.

Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Dos Prossupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.

Sousa, C. N. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), 11-17. https://doi: 10.1016/j.rpsp.2011.11.001.

Sousa, C. N. (2014). *Cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal com Fístula Arteriovenosa*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

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. https://doi.org/10.1111/1744-9987.12522

Sousa, C. N., Teles, P., Sousa, R., Cabrita, F., Ribeiro, O. M. P. L., Delgado, E., ... & Ozen, N. (2023, April). Hemodialysis vascular access coordinator: Three-level model for access management. *In Seminars in Dialysis*. https://doi.org/10.1111/sdi.13153

Sousa, H., Bártolo, A., Ribeiro, O., & Figueiredo, D. (2022). A family-centred perspective on the arteriovenous fistula in end-stage renal disease: Findings from dyadic interviews. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(2), 426-438. https://doi.org/10.1111/scs.13055.

Souza Júnior, E. Á., Trombini, D. D. S. V., Mendonça, A. R. D. A., & Atzingen, A. C. V. (2015). Religion in the treatment of chronic kidney disease: a comparison between doctors and patients.

Revista Bioética, 23, 615-622. https://doi.org/10.1590/1983-80422015233098.

SPN. (2023). *Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Relatório Anual de 2022*. SPN.

Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10ª ed.). St. Louis: Mosby.

Thomas, N., Jeffrey, C., & Cunha, J. M. (2005). *Enfermagem em nefrologia*. Lusociência.

Townsend, M. C. (2012). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care* (7ª ed.). Philadelphia: FA Davis.

Umeukeje, E. M., Mixon, A. S., & Cavanaugh, K. L. (2018). Phosphate-control adherence in hemodialysis patients: current perspectives. *Patient preference and adherence*, (12), 1175 – 1191. https://doi.org/10.2147/PPA.S145648.

Vasconcelos, B. D. M. (2022). *Exercícios físicos para pacientes com doença renal crônica: uma revisão de literatura*. repositorio.unicamp.br.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf.

World Health Organization. (2009). *World Alliance for Patient Safety: Forward program*. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1.

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014* (No. WHO/NMH/NVI/15.1). World Health Organization. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1.

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1.

Xie, Y., Bowe, B., Mokdad, A. H., Xian, H., Yan, Y., Li, T., ... & Al-Aly, Z. (2018). Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney international*, 94(3), 567-581. https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.011.

Zambra, B., & Huth, A. (2010). Terapia nutricional em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista contexto & saúde*, 10(19), 67-72.

Zhianfar, L., Nadrian, H., Asghari Jafarabadi, M., Espahbodi, F., & Shaghaghi, A. (2020).

Effectiveness of a multifaceted educational intervention to enhance therapeutic regimen adherence and quality of life amongst iranian hemodialysis patients: A randomized controlled trial (MEITRA study). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 361-372. https://doi.org/10.2147/JMDH.S247128.

8. ANEXOS

Anexo I

Guião orientador colheita de dados

Dados pessoais

Nome: Nome preferido:

Profissão: Idade:

Antecedentes pessoais

Data 1ª HD:

Comorbilidades: Diabetes_____HTA_____Doença cardíaca_____DPOC_____AVC____

Outro:_____

Alergias:_____

Domínios

Sistema respiratório

- Frequência respiratória_____ciclos/min; SatO2_____%;
- Ritmo respiratório: regular_____, irregular_____;
- Comunicação de falta de ar _____.

Sistema cardiovascular

- Frequência do pulso_____pulsações/min
- Tensão arterial ____/____mmHg

Eliminação urinária

- Apresenta diurese: S___N ___;
- Quantidade mensurável de urina_____ml.

Processo do sistema regulador

- Volume de líquidos
    - Sede: sensação de sede normal____; aumentada____
    - Tempo de preenchimento capilar____segundos
    - Sinal godet: S___N___; Localização_____; elevado:___,moderado___, ligeiro___.
    - Peso____Kg.

- Sono
    - Duração do sono___h.
    - Qualidade do sono_____
    - Dependência farmacológica: S___N___, Qual_____.

Autogestão do regime terapêutico

- Autogestão do regime medicamentoso
    - Capaz de preparar a medicação: S____, N____.
    - Se não, tem ajuda de alguém ou de algum dispositivo para a organização da mesma: S____, N____.

- Padrão alimentar
    - Nº refeições diárias___.
    - Quem confeciona os alimentos?
    - Alimenta-se sozinho: S___, N___.
    - Sabe quais os cuidados a ter com a alimentação? O que deve evitar comer? S___, N___.
    - Tem conhecimento sobre a restrição hídrica? S___, N___.

- Padrão de exercício
    - Pratica exercício físico: S___,N___; Qual_____; Nº horas___h.

Acesso vascular

FAV_____; CVC _____, PAV_____

Tem conhecimentos sobre os cuidados a ter com o acesso vascular: S___N___

Hipocoagulado: S___N___; Medicação_____

Autocuidado comprometido

S___N___, se sim, qual

Processo mental

- Emoção
    - Manifestações de humor depressivo: S___, N ___.
    - Manifestações de ansiedade: S___, N___.
    - Com quem vive?
    - Tem apoio familiar nesta nova condição?
    - Que significado atribui ao tratamento de hemodiálise?
    - O que para si dificulta a adaptação ao mesmo?
    - Quais as maiores dificuldades perante o tratamento?

Anexo II

Fatores que influenciam o regime terapêutico				
Sociais, económicos e culturais	**Relacionados com o serviço e profissionais de saúde**	**Relacionados com a doença de base e comorbilidades**	**Relacionados com o tratamento**	**Relacionados com a pessoa**
Nível literacia Apoios socias Situação profissional…	Distribuição dos medicamentos Acesso aos medicamentos Esclarecimentos dos doentes Conhecimentos dos profissionais de saúde…	Incapacidade física, psicológica, social e profissional Grau de risco que a pessoa atribui à doença	Complexidade Duração e realização de alterações frequentes da medicação	Recursos psicológicos Conhecimentos Atitudes Crenças Falta de motivação e de auto-eficácia para gerir o regime

Fatores externos	**Fatores relacionais**	**Fatores internos ao doente**
Acesso a medicamentos Número de medicamentos	Apoios sociais Relação profissional de saúde com o doente	Psicológicos Crenças relativas à saúde Características sociodemográficas

Intervenções para aumentar a adesão	
Intervenções educacionais	**Intervenções comportamentais**
Fornecer informação: -Oral -Escrita -Audiovisual e/ou informática -Programas educacionais individuais -Programas educacionais em formato de grupo	- Aumento da comunicação e aconselhamento (direto em consulta, via telefone, mensagens telefónicas, intervenção familiar) -Simplificação dos esquemas terapêuticos (diminuição do nº de doses medicamentosas, diminuição do nº total de fármacos, fornecimento da medicação no local de trabalho) -Envolvimento dos doentes no seu tratamento (auto-monitorização da doença, ex: glicemia; auto-administração do tratamento) -Memorandos (Embalagens especiais, ex. empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário; Informação visual sobre a toma da medicação; Caixas de contagem e distribuição da medicação; Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica; Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto - carta, oral, telefónico, computador) -Reforço pela melhoria da adesão (diminuição de consultas, facilitação na aquisições de bens – esfignomanómetro)

Adaptado de Dias et. al.2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura

Anexo III

Entrevista a farmacêutico sobre reconciliação medicamentosa

1. Tem experiência em reconciliação medicamentosa?

Sim. Os Farmacêuticos têm a obrigação ética e deontológica de fazer reconciliação medicamentosa e a revisão da medicação, de modo a prevenir e/ou minimizar problemas relacionados com os medicamentos.

2. Em que consiste a reconciliação medicamentosa?

A Reconciliação da Medicação consiste num processo de análise sistematizada à medicação habitual de determinado doente/utente sempre que ocorrem alterações na medicação, tendo como objetivos detetar e corrigir discrepâncias (omissões, duplicações, doses inadequadas, posologia errada, etc.), promover a adesão à terapêutica, a utilização segura e racional dos medicamentos e prevenir a ocorrência de problemas relacionados com os medicamentos.

A Reconciliação da Medicação compreende 3 fases: a recolha da lista de medicação do doente, a comparação com a última prescrição conhecida (normalmente a que é efetuada no momento da transição de cuidados) e a correção de discrepâncias encontradas.

Na primeira fase, junto do doente ou cuidador e através da consulta dos registos clínicos, deve elaborar-se a lista de medicamentos do utente, incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica, suplementos alimentares, produtos naturais e outros produtos. A informação obtida dos registos clínicos informáticos deve ser confirmada com o doente e/ou cuidadores.

Além da lista de medicamentos e produtos de saúde, devem recolher-se informações sobre alergias, reações adversas prévias, preferências do utente sobre formas farmacêuticas, entre outras.

Na fase seguinte, o profissional de saúde compara a informação obtida com a última prescrição, normalmente constante da nota de alta ou de transferência e assinala as discrepâncias detetadas.

Por fim, na terceira fase, o profissional de saúde deve identificar se as discrepâncias detetadas são ou não intencionais e corrigir as não intencionais. Se forem detetadas discrepâncias urgentes e que necessitem da intervenção do médico prescritor, o mesmo deve ser contactado tão rapidamente quanto possível.

Como exemplos de discrepâncias intencionais podemos considerar alterações documentadas de dose ou frequência, suspensão de medicamentos, introdução de novos medicamentos.

No caso de discrepâncias não intencionais consideramos a omissão de determinado fármaco, doses, vias de administração, frequências erradas e não documentadas.

3. Em que momentos se deve realizar? Acha que deve ter momento fixo (ex: 1 vez/mês)

A Reconciliação da Medicação deve ser efetuada sempre que ocorre transição de cuidados e quando se suspeite que possam existir falhas na toma/administração de fármacos. Na minha opinião não existe uma regra temporal para a realização da Reconciliação da Medicação mas os profissionais de saúde devem estar especialmente atentos nos momentos considerados críticos e realizar a mesma. Segundo a Norma 018/2016 de 30 de dezembro da DGS, a Reconciliação da Medicação deve ser efetuada nos momentos críticos/vulneráveis da transição de cuidados, nomeadamente na admissão e alta hospitalar e na transferência intra/inter instituições de cuidados de saúde.

A referida norma indica como momentos críticos prioritários:

- a admissão a internamento hospitalar;
- a primeira consulta nos cuidados de saúde primários após a alta do internamento hospitalar;
- a admissão em unidades de cuidados continuados integrados.

A estes pontos eu entendo que se deve acrescentar a admissão em estruturas residências para pessoas idosas.

A Norma 018/2016 da DGS recomenda a realização da Reconciliação da Medicação até 24 horas após a transição de cuidados.

4. Como se deve realizar nas clínicas de hemodiálise? Sugestões

Penso que devem seguir-se os mesmos princípios que referi anteriormente. Considerando que os doentes hemodialisados são frequentemente avaliados por diferentes especialidades médicas, estão sujeitos a alterações constantes da terapêutica. Contudo, como em regra fazem sessões de hemodiálise 3 vezes por semana, têm a possibilidade de ter acesso a profissionais de saúde que os podem ajudar no processo de gestão da medicação e na Reconciliação da Medicação.

Os profissionais de saúde das clínicas de hemodiálise devem incentivar os doentes a comunicar à equipa de saúde sempre que tenham consultas que possam levar a alterações da medicação. Após as mesmas os profissionais devem questionar os doentes se houve alterações na medicação, introdução ou suspensão de medicamentos, alterações de doses ou frequências, etc., documentar essas informações no processo do doente e fazer a respetiva Reconciliação da Medicação.

Se estas informações constarem dos processos dos doentes e se mantiverem atualizadas a Reconciliação torna-se um processo mais fácil e rápido, com a exceção da admissão de novos

doentes e/ou de doentes em trânsito em que se torna imperioso realizar um cuidado processo de Reconciliação da Medicação.

5. Segundo a literatura, existe uma alta prevalência de não adesão ao regime medicamentoso por parte dos doentes em hemodiálise, na sua opinião qual será o motivo?

Os doentes hemodialisados são em regra doentes polimedicados que fazem várias tomas diárias de vários fármacos, além das sessões de hemodiálise. Na minha opinião os principais motivos para a fraca adesão à terapêutica destes doentes prendem-se com a quantidade de fármacos e número de tomas que os mesmos fazem diariamente e por períodos muito longos.

6. Que estratégias sugere para contribuir na adesão ao regime medicamentoso por parte dos doentes em hemodiálise.

A administração da terapêutica sempre que possível durante as sessões de hemodiálise, a redução do número de tomas e de fármacos sempre que possível, a educação para a saúde dos doentes e cuidadores explicando-lhes quais as indicações para que lhes são prescritos os fármacos, os principais efeitos adversos expectáveis e as consequências da não adesão à terapêutica.

Os profissionais devem regularmente questionar os doentes sobre a forma como estão a tomar os medicamentos prescritos para avaliar se o fazem de acordo com a prescrição instituída e esclarecer as dúvidas dos doentes e cuidadores quanto aos medicamentos.

Outra estratégia que permite avaliar a adesão, no caso da medicação cedida pelas clínicas de hemodiálise, consiste na verificação do histórico de dispensas dos medicamentos prescritos para o doente tomar no domicílio e no período de tempo decorrido entre as mesmas. Assim os profissionais podem detetar que o doente pode não estar a levantar medicamentos suficientes para os períodos de tempo analisados e questionar o mesmo se está ou não a fazer a terapêutica, quais os motivos para não ter solicitado mais medicamentos, etc.

Anexo IV

Entrevista a perito sobre o autocuidado em acessos vasculares

1 - Em que consiste para si o autocuidado da FAV?

O autocuidado, tendo em conta o que é defendido pela Orem, é a capacidade as pessoas têm para cuidarem, manterem saudáveis a sua FAV. O autocuidado centra-se na prevenção de complicações e na infeção. Ou seja, são os aspetos associados à funcionalidade da FAV e tudo o que posso comprometer a sua funcionalidade.

2 - A que devem estar atentos os enfermeiros para promover eficazmente o autocuidado da FAV?

É um aspeto muito complexo, porque se for realizado de forma isolada, não ter uma linha orientadora torna-se muito mais complexo. Ou seja, deve existir dentro da instituição, neste caso na unidade de diálise, uma filosofia que promova esse aspeto, no sentido que deve existir um programa para acompanhar os doentes e que permite aos enfermeiros, em determinados *timings*, em determinados momentos, fazerem um programa de capacitação para os doentes de acordo com as suas necessidades. Ao longo do tempo os doentes vão tendo necessidades diferentes, por exemplo quando o doente entra em tratamento de hemodiálise, o acesso é importante, mas numa primeira fase os cuidados vão estar centrados em outras questões relativas ao seu estado clínico. Dependendo do quadro clinico em que o doente apresenta pode não ter a capacidade naquele momento para reter a informação que lhe esteja a ser fornecida. Primeiro tem de ser estabilizado para depois se conseguir capacitar o doente para aspetos do tratamento em si, e por exemplo sobre o acesso vascular.

Por isso a instituição deve ter um programa estruturado desse processo de capacitação. Este planeamento deve ser uniformizado para todos os enfermeiros passarem a mesma informação, e devem haver ferramentas que permitam avaliar a informação que já foi fornecida e os resultados no doente. Ou seja, não é só educar, deve-se avaliar o processo de capacitação da pessoa, se cumpriu se não cumpriu, se está a progredir de acordo com o que é espectável. Este processo deve ser realizado ciclicamente para haver um *refresh* por parte dos doentes.

3-Construiu instrumentos de avaliação de comportamentos de autocuidado com a FAV. Estes não deveriam ser aplicados em todas as unidades de diálise? Até porque à partida não sabemos os conhecimentos que os doentes já possuem.

Claro que deveriam ser aplicados, mas isso depende da filosofia da instituição, se a instituição não estiver vocacionada para o autocuidado não vale a pena. Ou seja, não basta disponibilizar o instrumento, mas depois é necessário dispensar tempo para que os enfermeiros possam capacitar os doentes para o autocuidado da FAV. Tem de existir um programa por parte das unidades que seja centralizado e vocacionado para esta questão. Quando se aplica o instrumento, detetamos a necessidade, perante esta temos a intervenção, depois temos de avaliar o impacto da intervenção. Depois temos outra questão, a intervenção vai ser realizada em que momento, quando os doentes estão a realizar o tratamento junto dos outros doentes? A instituição terá de disponibilizar horas para este programa e realizar um programa estruturado de acordo com as necessidades/individualidade dos doentes.

4 – De quanto em quanto tempo deveriam ser aplicados?

Depende, não se pode colocar uma regra um padrão para todos, é um processo individualizado. Antes disso temos que perceber quais são os perfis que os doentes tem de autocuidado, por exemplo os que são mais cumpridores necessitam de intervenções mais espaçadas. E podemos usar o tempo para aqueles que são menos cumpridores. Este aspeto faz com que se tenha uma ação diferente para cada uma delas. Se a pessoa demora mais tempo para atingir o comportamento pretendido, vai ter um *refresh* mais curto.

Temos de perceber os perfis de autocuidado, até estamos a realizar um estudo para perceber, quais são as pessoas que tem mais autocuidado, se são as que têm mais literacia, são homens, têm mais habilitações académicas, têm menos rendimentos… porque depois ao termos estes resultados, quando ocorrer a admissão um doente na Unidade de diálise já se sabe o que se espera dele relativamente ao autocuidado. Nesse momento deve-se programar as informações a fornecer sobre o autocuidado, uma vez que o doente pode estar habituado ao autocuidado da FAV em maturação que é diferente do autocuidado da FAV em uso. Por exemplo em tratamento conservador o doente nunca vai ter hematomas sobre a FAV, os hematomas resultam das punções, vamos ter de dar a informação adicional para a FAV em uso. Isto funcionava muito melhor se no hospital já existisse esta consulta, que fornecia a informação ao doente e validar essa informação e quando chegasse à Unidade era só acrescentar os aspetos que fazem sentido pré diálise, há aspetos que vão ser transversais, por exemplo a avaliação do frémito, não avaliar TA no membro da FAV, nem colher análises. Mas existem aspetos que só dizem respeito à questão da hemodiálise, por exemplo, sinais inflamatórios em locais de punção só dizem respeito à hemodiálise, assim como os hematomas. Ou seja, há especificidades que teoricamente, deveriam ser acrescentadas à medida que as pessoas chegam às Unidades mas

se não existe nada prévio a informação tem de ser dada toda na Unidade, ou pelo menos tentar validar para perceber aquilo que a pessoa já sabe sobre o autocuidado e aquilo que ela já faz.

5- Subdividiu as intervenções de enfermagem em 5 categorias: cuidados prévios à punção, cuidados intradialíticos, cuidados interdialíticos, hematomas e retirada das agulhas. Na sua opinião em qual destas categorias temos de investir mais?

Normalmente os doentes só se preocupam com determinadas situações quando têm sinais e sintomas. Devemos investir muito mais nos aspetos da prevenção (por exemplo verificar o frémito), para não chegarem à Unidade já com trombose. Não nos podemos esquecer que quem passa mais tempo com a FAV são os doentes, eles devim ser os primeiros a identificar qualquer alteração na FAV.

Anexo V

ENCONTRO RENAL

16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO

CERTIFICADO

A comunicação oral com o título

Estratégias para controlo da dor associada à canulação do acesso arteriovenoso: Revisão da literatura

elaborada por

Carla Dias (1); Carla Dias (1); Vânia Silva (1); Elisabeth Monteiro (2); Rui Costa (2); Susana Oliveira (1); Inês Fonseca (1); Clemente Sousa (2);
(1) - Centro Cuidados Renais B.Braun Guimarães, Guimarães, Portugal (2) - ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

foi apresentada no **XXXVII CONGRESSO DA APEDT**
que decorreu nos dias 16, 17 e 18 novembro de 2023
no Porto Palácio Hotel.

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVII CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA
SPN Sociedade Portuguesa de Nefrologia
SPNEFRO.PT

XV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE NEFROLOGIA
Sociedade Brasileira de Nefrologia
SBN.ORG.BR

XXXVII CONGRESSO APEDT
APEDT
APEDT.PT

Anexo VI

ENCONTRO RENAL
PORTO PALÁCIO 16 - 18 NOV 2023

XXXVII CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA
SPN

XV CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA

XXXVII CONGRESSO APEDT
APEDT

AGÊNCIA OFICIAL factorchave

Comunicação Livre

1º Prémio
Prémio APEDT

Convite para o Congresso APEDT de 2024

Tema

Estratégias para controlo da dor associada à Canulação do Acesso Arteriovenoso
Revisão de literatura

Anexo VII

ESTRATÉGIAS PARA CONTROLO DA DOR ASSOCIADA À PUNÇÃO DO ACESSO ARTERIOVENOSO EM DOENTES SOB HEMODIÁLISE: REVISÃO DA LITERATURA

Autores: Carla Dias[1,2], Vânia Silva[1,2], Elisabeth Monteiro[2], Rui Costa[2,3], Inês Fonseca[1], Susana Oliveira[1], Clemente Sousa[2]

[1]Centro de Cuidados Renais B. Braun Guimarães; [2]Escola Superior Enfermagem do Porto; [3]CI-IPOP

Melhor comunicação livre apresentada no Encontro Renal 2023

RESUMO

A literatura evidencia diversas estratégias que podem ajudar a minimizar o impacto da dor nos doentes em hemodiálise. O objetivo deste trabalho é identificar e sistematizar as estratégias descritas que permitem o controlo da dor durante o processo de punção do acesso arteriovenoso (AAV).

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo de revisão da literatura, que decorreu de fevereiro a maio de 2023. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Scopus, Medline e Web of Science, utilizando-se os descritores MESH: "pain management", "cannulation", "arteriovenous fistula" e "grafts arteriovenous", entre 2004 e 2023. Os artigos foram analisados por quatro investigadores e discutidos com o quinto investigador acerca da sua pertinência para o estudo.

RESULTADOS: Foram identificados 40 artigos. Após leitura e análise, de acordo com a sua relevância científica, foram selecionados 15 artigos. Foram identificadas duas estratégias associadas ao controlo da dor na punção do AAV: as estratégias farmacológicas (uso de agentes anestésicos locais) e não farmacológicas (técnicas específicas de punção, estratégias de punção e terapias complementares).

CONCLUSÃO: Existe um conjunto heterogéneo de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que podem ser utilizadas com sucesso na mitigação e controlo da dor associada à punção do AAV. O uso de cada uma delas pode depender de diversas circunstâncias como sejam a sua disponibilidade, a praticabilidade, o custo, as preferências dos enfermeiros e/ou dos doentes.

PALAVRAS-CHAVE: acesso arteriovenoso, canulação, dor, hemodiálise.

INTRODUÇÃO

Um doente em programa regular de HD é puncionado geralmente 3 vezes por semana, totalizando uma média de 312 vezes por ano.[1] Cerca de 57% – 60,9% destes doentes referem dor moderada a intensa aquando da punção.[2,3]

A dor pode influenciar negativamente a adesão ao tratamento de hemodiálise (HD), incrementando a possibilidade de desistirem do mesmo. A não adesão leva a um aumento da mortalidade relacionada com o incremento de complicações cardiovasculares e respiratórias.[4] Em termos fisiológicos, a dor e o *stress* durante o processo de punção do acesso arteriovenoso

(AAV) levam à libertação de adrenalina, podendo levar a efeitos colaterais como medo, irritabilidade, confusão e diminuição da função imunológica. Os efeitos a curto prazo incluem também a diminuição da oxigenação, instabilidade hemodinâmica e o aumento da pressão intracraniana.[5] A exposição frequente a esta dor crónica é *stressante* e causa ansiedade na maior parte dos doentes.[6] A gestão desadequada da dor também pode levar a diversas consequências indesejadas, tais como depressão, insónia, limitação funcional do membro, má qualidade de vida, diminuição da adesão ao tratamento e aumento da hospitalização.[7]

O controlo da dor durante a punção do AAV é importante por dois motivos: em primeiro lugar, porque a dor tem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes;[8] em segundo lugar, pode levar ao não cumprimento do regime de tratamento[9] e, consequentemente, levar à morte do doente. É por todas estas razões que reduzir a dor associada à punção do AAV é extremamente importante para melhorar a qualidade de vida do doente e facilitar a aceitação do tratamento.[10]

O objetivo desta revisão da literatura pretendeu compilar e apresentar de forma sistematizada e esquemática as diferentes estratégias para controlo da dor durante o processo de punção do AAV, bem como os estudos que os suportam.

METODOLOGIA

Estudo de revisão da literatura, que decorreu de fevereiro a maio de 2023. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Scopus, Medline e Web of Science, utilizando-se os descritores MESH: "pain management", "cannulation", "arteriovenous fistula" and "grafts arteriovenous", para artigos publicados entre 2004 e 2023. Os artigos foram analisados por quatro investigadores e discutidos com um quinto investigador acerca da sua pertinência para o estudo.

RESULTADOS

Foram identificados 40 artigos. Após leitura e análise, de acordo com a sua relevância científica, foram selecionados 15 artigos publicados entre 2015 e 2023. Foi elaborada uma tabela de seleção dos estudos, que se encontram sumariados na tabela 1. Privilegiaram-se os Ensaios Randomizados Controlados (RCTs), mas sem excluir outros que também apresentassem um elevado grau de evidência. A elaboração desta revisão contou com o uso de outras referências bibliográficas que ajudaram a contextualizar os resultados e a enquadrar a problemática dos estudos encontrados na pesquisa.

Autor	Artigo	Estudo	Amostra	Conclusão
Ghoreyshi et al, 2018[11]	Evaluation and Comparison of the Effects of Xyla-P Cream and Cold Compress on the Pain Caused by the Cannulation of Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients	Estudo controlado randomizado	50	O uso da compressa fria tornou-se mais eficaz do que o creme de Xyla-P e a compressa placebo, o que corresponde aos resultados encontrados por outros autores.
Babamohamadi et al, 2022[12]	Comparison of the Effect of EMLATM Cream and the Valsalva Maneuver on Pain Severity during Vascular Needle Insertion in Hemodialysis Patients	Estudo controlado randomizado	90	O creme EMLA foi tão eficaz quanto a MV na redução da gravidade da dor causada pela punção da FAV. Os autores recomendam o uso da MV como medida de enfermagem complementar/alternativa independente.
Shaheen et al, 2022[13]	Comparison of prilocaine/lidocaine cream with piroxicam gel for reducing pain during cannulation of arteriovenous fistula for adults undergoing haemodialysis	Estudo controlado randomizado	32	O creme de prilocaína/lidocaína proporciona melhor alívio da dor do que o gel de piroxicam durante a punção da FAV.

Raghibi,et al, 2018[14]	Investigating the Effect of Arnica Ointment and Distraction on the Pain Caused by Fistula Needle Insertion in Hemodialysis Patients	Estudo controlado randomizado	93	Os resultados indicaram que a distração e a Arnica diminuem a intensidade da dor na punção da FAV. Estes achados são de grande importância para os enfermeiros, uma vez que atenuam a dor e promovem uma melhor aceitação do tratamento por parte do doente. Importa também salientar o baixo custo destes métodos.
Arab et al, 2017[15]	Comparison of the Effects of Hegu Point Ice Massage and 2% Lidocaine Gel on Arteriovenous Fistula Puncture-Related Pain in Hemodialysis Patients	Estudo controlado randomizado	70	Dada a maior eficácia da massagem com gelo no ponto Hegu, este método é recomendado para redução rápida e segura da dor em pacientes em hemodiálise.
Çevik et al, 2023[16]	Effect of acupressure applied to L4 point on the severity of fistula needle pain in patients: a randomized control trial	Estudo controlado randomizado	64	Os resultados deste estudo apoiam a eficácia da acupressão do ponto Hegu como uma forma eficaz e de baixo custo para reduzir a dor aguda da inserção de agulhas colocadas em pacientes com FAV em programa regular de HD.
Özen et al, 2023[17]	Effects of Long-term Administration of Inhaled Lavender During Hemodialysis on Patients' Invasive Pain, Anxiety, and Comfort During Cannulation	Estudo controlado randomizado	24	Conclui-se que a aromaterapia com essência de lavanda diminui o desconforto, a ansiedade e a dor relacionados com a punção da FAV.
Özdemir et al, 2021[18]	Effect of inhaler and topical lavender oil on pain management of arteriovenous fistula cannulation	Estudo controlado randomizado	90	Após inalação e aplicação tópica de óleo de lavanda, verificou-se uma diminuição significativa na intensidade da dor no momento da punção.
Ghods et al,2015[19]	The effect of topical application of lavender essential oil on the intensity of pain caused by the insertion of dialysis needles in hemodialysis patients	Estudo controlado randomizado	34	A aplicação tópica de lavanda pode reduzir a dor moderada causada pela punção em doentes em HD. Recomenda-se a aplicação tópica de lavanda antes da inserção das agulhas de HD como um método simples e seguro de reduzir a dor.
Dumbre et al, 2016[20]	A study to assess the effectiveness of Cryotherapy on pain during puncture of Arteriovenous fistula among the patients on Haemodialysis in selected hospitals	Estudo controlado randomizado	60	O estudo concluiu que a crioterapia é uma intervenção eficaz para reduzir a dor durante a punção da FAV em doentes em regime de HD.
Chen et al, 2023[21]	Comparison of puncture methods in patients with hemodialysis	Estudo controlado randomizado	98	Este estudo mostra que a técnica de punção não está diretamente ligada à intensidade da dor. Verificou-se que os doentes experienciam a mesma dor, independentemente da técnica de punção ser em área ou em escada.
Nejadbagheri et al, 2018[22]	The effects of arnigol cream on pain associated with arteriovenous fistula puncture in patients receiving hemodialysis: A randomized double-blind clinical trial study.	Estudo controlado randomizado	71	Este estudo mostrou a eficácia do creme de Arnigol na redução da dor associada à punção da FAV em doentes em HD. Recomenda-se que os enfermeiros usem este método simples, seguro e barato para reduzir a dor da punção da FAV.
Özen et al, 2022[23]	Effect of the arterial needle bevel position on puncture pain and postremoval bleeding time in hemodialysis patients	Estudo Autocontrolado, simples, cego	35	A inserção da agulha com o bisel apontado para baixo diminuiu a dor da punção e o tempo de hemostáse pós-diálise aquando da remoção da agulha.

Mizraei et al, 2018[24]	Investigation of the Effect of EMLA Cream, Lidocaine Spray, and Ice Pack on the Arteriovenous Fistula Cannulation Pain Intensity in Hemodialysis Patients	Estudo quasi-experimental	40	Os resultados mostraram que os três métodos de intervenção foram eficazes na redução da intensidade da dor, com o creme EMLA exercendo o maior efeito na diminuição da intensidade média da dor relacionada com a punção da FAV. Recomendam-se todos estes métodos.
Ibrahim et al, 2022[6]	Assessment of Pain and Anxiety During Arteriovenous Fistula Cannulation Among Hemodialysis Patients	Estudo transversal, correlacional	117	O estudo concluiu que a dor e a ansiedade variam entre o leve e o moderado durante a punção da FAV.

Tabela 1: artigos selecionados para o estudo.

Após a leitura dos artigos, foram identificados dois grandes grupos de estratégias de controlo da dor associadas à punção da AAV: as farmacológicas e as não farmacológicas. As *guidelines* da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugerem também o uso destes dois grandes grupos de estratégias para controlo da dor.[32] As farmacológicas estão associadas ao uso de agentes anestésicos locais. Entre as não farmacológicas identificaram-se três subgrupos: técnicas específicas de punção (área, escada e botoeira), estratégias de punção (bisel para baixo, uso de garrote e agulhas arrefecidas) e terapias complementares (acupressão do ponto L4, aromaterapia, crioterapia, musicoterapia, distração, manobra de Valsalva, calor tópico, imersão dos pés em água quente).
As diversas estratégias para o controlo da dor na punção do AAV encontram-se discriminadas de forma esquemática na Figura 1, permitindo visualizar de forma rápida todas as estratégias à disposição dos enfermeiros.

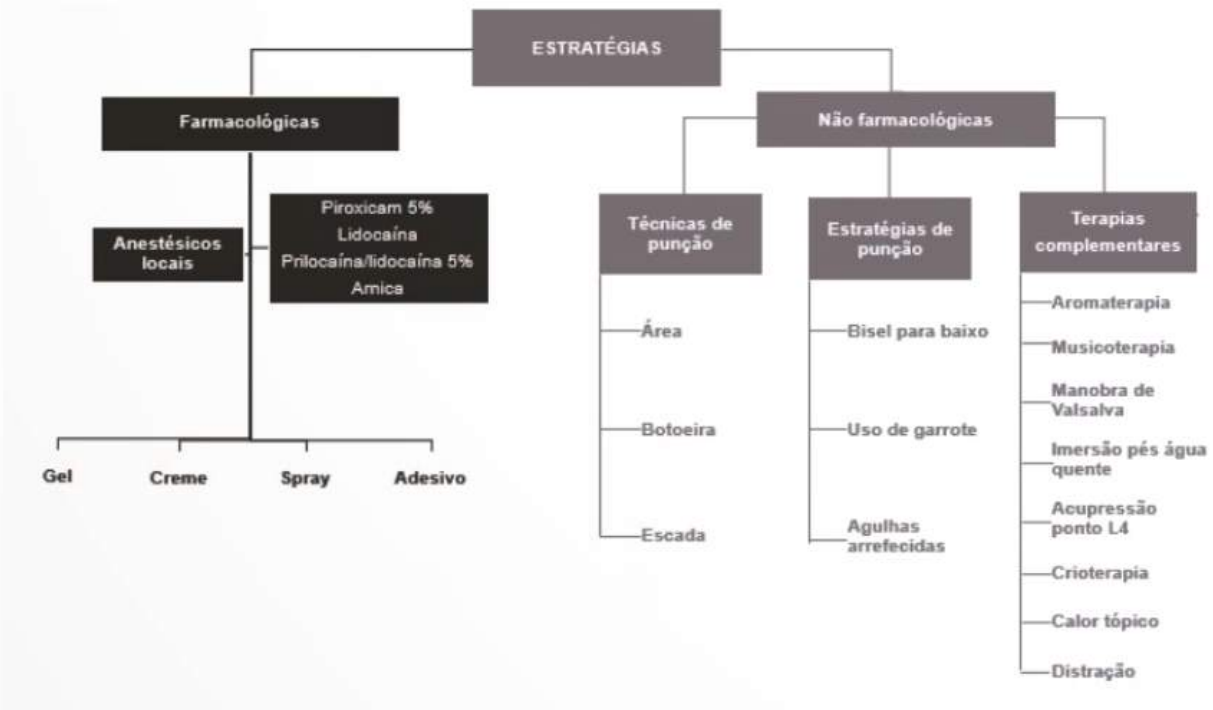


Figura 1: Estratégias para controlo da dor associada à punção do AAV em doentes sob hemodiálise.

Estratégias farmacológicas

Os agentes anestésicos locais avaliados incluíram piroxicam, lidocaína, usados isoladamente, e lidocaína em combinação com prilocaína (EMLA).[10,33,34,35] Os anestésicos locais podem ser aplicados em diferentes formas, incluindo spray, gel, adesivo de pele[35] e por infiltração subcutânea.[36] O creme EMLA é uma combinação anestésica dos dois anestésicos tópicos: lidocaína a 2,5% e prilocaína a 2,5%. Ao alterar a despolarização das membranas celulares para iões de sódio, este creme bloqueia a condução dos impulsos nervosos e pode fornecer analgesia nas camadas superficiais da pele até uma profundidade de 5 mm.[33]

Além do uso de anestésicos locais tradicionais, outra abordagem relatada foi o uso de creme de Arnigol, que contém um extrato de ervas da planta venenosa do lobo - *Arnica Montana*.[14,22]

Estratégias não farmacológicas

Técnicas de punção: As técnicas de punção usadas incluem a técnica de punção de área, a técnica de botoeira e a técnica de escada.[37] Quando comparada com a punção de área, a punção em escada confirmou ser a que apresenta menos complicações e que proporciona a melhor qualidade de vida.[21] O uso da técnica de botoeira está especialmente recomendado nos casos em que a técnica de escada é problemática, com segmento de FAV curto. A técnica da escada é menos prejudicial à fístula do que a técnica de área e está associada a uma taxa de infeção menor do que a técnica de botoeira, tornando a técnica de escada um método de punção recomendado.[8,9]

Estratégias de punção: Bisel para baixo, o bisel da agulha apontado para baixo diminuiu a dor da punção e o tempo de hemostáse pós-diálise na remoção da agulha.[23] Os resultados apresentados até à data revelaram que esta técnica está associada a uma redução significativa da dor e a uma menor incidência de hematoma.[9,23] Uso de garrote, consiste em exercer uma maior compressão proximal ao local de punção, exercendo uma pressão suficiente para produzir hiperestimulação sensorial (dor de compressão precoce) antes da punção.[38] Agulhas arrefecidas, as agulhas foram refrigeradas a -8ºC antes da punção. Estas agulhas produziram uma intensidade de dor menor quando comparadas com agulhas à temperatura ambiente.[39]

Terapias complementares: Imersão dos pés em água quente, realizada em água a 40ºC durante 10 minutos antes de inserir a agulha na fístula.[40] Calor tópico, aplicado diretamente na área a puncionar, imediatamente antes da punção.[41] Acupressão no ponto L4 (Ponto Hegu), é um tratamento da medicina tradicional chinesa, habitualmente chamada de "acupunctura sem agulhas". Neste método, procede-se à aplicação de pressão com os dedos no ponto L4 (ponto Hegu), localizado no triângulo formado pela extensão palmar entre o primeiro e o segundo dedo da mão (polegar e indicador), conhecido pela gestão de diversos sintomas, entre os quais a dor dos membros superiores;[16] Crioterapia, aplicação de crioterapia 10 minutos antes da punção no braço contralateral ao braço da fístula no ponto.[15,20,27,28] Distração, inclui por exemplo, perguntar ao doente para encontrar as diferenças entre duas imagens semelhantes durante a realização da punção.[42] Musicoterapia, utiliza música e imagens de ambientes naturais para produzir um efeito de distração;[14] Aromaterapia, trata-se da terapia complementar preferida pelos enfermeiros e é frequentemente usada para reduzir a dor da punção do AVV. Define-se como "o uso de óleos derivados inteiramente de plantas", "a cura de óleos essenciais terapêuticos por inalação" e "aroma ou outros métodos".[43,44] Este método inclui derramar uma pequena quantidade de essência de lavanda numa bola de algodão colocada diante do nariz do doente e solicitar-lhe que inale o aroma imediatamente antes da punção.[19,30,31]. Os óleos aromáticos produzem efeito quando inalados devido às suas propriedades voláteis, atingindo os recetores olfativos no nariz. Isso estimula o sistema nervoso, levando à libertação de endorfinas e noradrenalina, a fim de criar efeitos psicológicos e físicos positivos no corpo.[46] Manobra de Valsalva, consiste em realizar uma expiração forçada contra uma via aérea fechada. Esta manobra estimula os receptores de pressão no seio carotídeo, arco aórtico e barorreceptores cardiopulmonares, aumentando a pressão dentro do tórax e abdómen. Ao

estimular o nervo vago, esta manobra acaba por inibir os receptores de dor espinhal, impedindo a transmissão de impulsos de dor.[45]

DISCUSSÃO

Existe consenso acerca do facto da maioria dos doentes em diálise relatar um grau moderado de dor durante o processo de punção do AAV. Os enfermeiros normalmente usam duas abordagens para reduzir a dor: abordagens farmacológicas e não farmacológicas.[25] A eficácia de alguns desses métodos, no entanto, ainda é discutível.[26] Ambas abordagens podem ser eficazes, mas algumas parecem ser mais eficazes do que outras.

A punção em escada confirmou ser a que apresenta menos complicações e melhor qualidade de vida.[21] O creme de prilocaína/lidocaína proporciona melhor alívio da dor do que o gel de piroxicam.[13] Apesar do reconhecido papel analgésico do creme EMLA, a crioterapia e a manobra de Valsalva (MV) podem revelar-se tão ou mais eficazes do que o creme EMLA. Kortobi et al (2020) estudaram o efeito da crioterapia em comparação com o creme EMLA no tratamento da dor. Se bem que os resultados mostraram que os efeitos analgésicos de ambas as técnicas foram eficazes, a crioterapia proporcionou maior eficiência e menos restrições nos doentes, revelando-se mais adequada e mais barata na gestão da dor.[27] Babamohamadi et al. realizaram um estudo em 2022 para comparar a eficácia do creme EMLA e MV na intensidade da dor durante a inserção da agulha em pacientes em HD. De acordo com os resultados obtidos, o creme EMLA foi tão eficaz quanto a MV na redução da gravidade da dor. Portanto, o uso de creme EMLA e da MV são recomendados para reduzir a gravidade da dor da punção da FAV.[12]

Por sua vez, o uso da crioterapia revelou-se mais eficaz do que o creme Xyla-P.[11] Também no estudo de Arab et al (2017) a aplicação de cubos de gelo no ponto Hegu da mão contrária ao AAV revelou-se mais eficaz do que a aplicação de gel de lidocaína a 2%.[15] Na revisão integrativa de Alzaatreh et al (2020), onde se comparou o uso de EMLA, técnicas de punção (técnica de botoeira) e crioterapia, conclui-se que a crioterapia aplicada à mão do braço contralateral no ponto Hegu foi considerada a que melhor reduz a dor da punção.[3] Também no RCT de Dumbre et al (2016) se conclui que a crioterapia é altamente significativa na redução da dor,[20] o mesmo sucedendo no RCT de Aghajanloo et al (2016).[28]

A aplicação tópica e inalatória de lavanda é uma estratégia particularmente promissora. No ensaio clínico randomizado e experimental de Tüzün Özdemir et al. (2021), a aplicação tópica e inalatória de lavanda permitiu uma diminuição significativa na intensidade da dor,[18] corroborando as conclusões de outros estudos sobre o mesmo tema, como seja o caso do estudo de Ghods et al (2015), que também refere que a aplicação tópica de lavanda pode reduzir a dor causada pela inserção das agulhas de diálise.[19] Apesar da amostra reduzida, o ensaio clínico de Ozen et al (2023) também refere que a aromaterapia com lavanda reduz o nível de dor, ansiedade e desconforto dos pacientes em HD.[17]

Os resultados acerca da eficácia das técnicas de botoeira e da técnica de punção em escada na mitigação da dor não são uniformes. No entanto, num grande estudo de coorte descobriu-se que a técnica da punção em escada produz menos dor do que a técnica de botoeira.[29] Quando comparada com a punção de área, a punção em escada confirmou ser a que apresenta menor complicações e proporciona a melhor qualidade de vida.[21]

A combinação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas também pode ser eficaz: nas conclusões do estudo de Raghibi et al (2018), recomenda-se que a pomada de arnica e o processo de distração sejam aplicados antes da inserção da agulha da fístula.[14] Os mesmos autores utilizaram música e imagens de ambientes naturais para produzir um efeito de distração, resultando em alguma redução da dor da punção.[14]

A aromaterapia também foi tentada: derramar uma pequena quantidade de essência de lavanda numa bola de algodão e solicitar ao paciente que inspire com a bola na frente do nariz, imediatamente antes da inserção da agulha da fístula arteriovenosa. Um efeito significativo de alívio da dor foi relatado como

resultado.[19,30,31]

Apesar da multiplicidade de estratégias identificadas nesta revisão da literatura, existem lacunas que requerem uma abordagem futura. A maioria dos estudos avaliava a dor com base em critérios subjetivos, sendo que a maior parte deles também carecia de medições objetivas de dor para validar a eficácia das intervenções. A maior parte deles decorreu em ambientes limitados e com amostras pequenas, que mesmo sendo estatisticamente entendidas como relevantes, não permitem fazer generalizações. Note-se que os estudos que avaliaram o uso de anestésicos locais se limitaram à comparação de diferentes agentes anestésicos. Finalmente, nenhum estudo usou técnicas de punção específicas juntamente com terapias complementares, por forma a alcançar um efeito possivelmente maior.

Implicações para a prática clínica

Dado o papel dos enfermeiros na abordagem ao doente em programa regular HD e ao AAV, é importante que conheçam todas as estratégias colocadas à sua disposição, para gerir a dor da punção. As estratégias para o controlo da dor no processo de punção do AAV recaem no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem, como tal é importante que conheçam todas as estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, disponíveis para mitigar a dor, aumentando assim a qualidade de vida dos doentes. Algumas delas são de fácil acesso e baixo custo, como por exemplo a aromaterapia com lavanda e a crioterapia.

CONCLUSÃO

Existe um conjunto heterogéneo de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que podem ser utilizadas com sucesso na mitigação e controlo da dor associada à punção do AAV. No entanto, continuam a ser escassos os trabalhos de sistematização e análise da eficácia de todas elas dentro de um quadro de análise comum. Existe um longo caminho de investigação a percorrer, sendo necessários mais estudos com elevado nível de evidência que possam ajudar no momento de escolher a estratégia mais adequada a cada doente e a cada realidade geográfica ou cultural, ou mesmo no eventual uso combinado de estratégias em simultâneo. A literatura disponível mostra as diferenças e eficácia relativa de umas estratégias relativamente a outras. Os estudos evidenciam sobretudo a eficácia da técnica de punção com bisel para baixo, a técnica da botoeira e da punção em escada, a crioterapia (sobretudo no ponto Hegu), a aromaterapia com lavanda e a aplicação de creme EMLA. O uso de cada uma delas pode depender de diversas circunstâncias, algumas tão díspares como sejam a sua disponibilidade, a praticabilidade ou custo, bem como das preferências dos enfermeiros e em especialmente dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marticorena RM, Donnelly SM. Impact of needles in vascular access for hemodialysis. J Vasc Access. 2016;17 (Suppl 1): S32–7.

2. Aitken E, McLellan A, Glen J, Serpell M, Mactier R, Clancy M. Pain resulting from arteriovenous fistulae: prevalence and impact. Clin Nephrol. 2013; 80: 328–33.

3. Alzaatreh MY, Abdalrahim MS. Management strategies for pain associated with arteriovenous fistula cannulation: an integrative literature review. Hemodial Int. 2020; 24: 3–11.

4. Schmidli J, Widmer MK, Basile C, de Donato G, Gallieni M, Gibbons CP, et al. Editor's choice - vascular access: 2018 clinical practice guidelines of the european society for vascular surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2018; 55:757–818.

5. Selye H. Stress in Health and Disease, Butterworth-Heinemann, Oxford, USA, 2013.

6. Ibrahim MB, Badawi SEA, Alameri RA. Assessment of Pain and Anxiety During Arteriovenous Fistula Cannulation Among Hemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2022; Apr 5; 15: 705-718

7. Maghbool M, Khosravi T, Vojdani S, et al. The effects of eugenol nanoemulsion on pain caused by arteriovenous fistula cannulation in hemodialysis patients: a randomized double-blinded controlled cross-over trial. Complement Ther Med. 2020; 52: 102440.

8. Kaza BNK, Sabi KA, Amekoudi E, Imaggue G, Badibanga J, Tsevi CM. Pain during arterio-venous fistula (AVF) cannulation. American Journal of Internal Medicine. 2014; 2 (5): 87–89.

9. Montero RC, Arellano FR, Abad MDC, Gomez AM, Galan MIF. Pain degree and skin damage during arteriouvenous fistula puncture. EDNTNA/ERCA Journal. 2004; 30 (4): 208-212.

10. Çelik G, Özbek O, Yılmaz M, Duman I, Özbek S, Apiliogullari S. Vapocoolant spray vs lidocaine/prilocaine cream for reducing the pain of venipuncture in hemodialysis patients: A randomized, placebo-controlled, crossover study. Int J Med Sci. 2011; 8:623–627.

11. Ghoreyshi Z, Amerian M, Amanpour F, Ebrahimi H. Evaluation and Comparison of the Effects of Xyla-P Cream and Cold Compress on the Pain Caused by the Cannulation of Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2018; Mar-Apr;29(2):369-375.

12. Babamohamadi H, Ameri Z, Asadi I, Asgari MR. Comparison of the Effect of EMLA™ Cream and the Valsalva Maneuver on Pain Severity during Vascular Needle Insertion in Hemodialysis Patients: A Controlled, Randomized, Clinical Trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2022; Article ID: 8383021.

13. Shaheen S, Arshad AR, Khattak MAK. Comparison of prilocaine/lidocaine cream with piroxicam gel for reducing pain during cannulation of arteriovenous fistula for adults undergoing haemodialysis: A randomized crossover clinical trial. The Journal of Vascular Access. 2022; Dec 27:11297298221142375

14. Raghibi A, Salar A, Askari H, Keykha R. Investigating the effect of arnica ointment and distraction on the pain caused by fistula needle insertion in hemodialysis patients: A clinical trial. Med Sur Nurs J. 2018; 7: e85338.

15. Arab V, Bagheri-Nesami M, Mousavinasab SN, Espahbodi F, Pouresmail Z. Comparison of the effects of Hegu point ice massage and 2% lidocaine gel on arteriovenous fistula puncture-related pain in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. J Caring Sci. 2017; 6: 141–151.

16. Çevik B, Turgay G, Inanoglu I, Kaya S, Sayan CB. Effect of acupressure applied to L4 point on the severity of fistula needle pain in patients: A randomised control trial. J Ren Care 2023; 1-8.

17. Özen N, Sayilan A, Ok E, Sayilan S, Ozen V, Sousa CN,

Ovayolu O, Eyileten T. Effects of Long-term Administration of Inhaled Lavender During Hemodialysis on Patients' Invasive Pain, Anxiety, and Comfort During Cannulation: A Single-blind Randomized Controlled Trial. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2023; 29(2):6-12.

18. Tüzün Özdemir S, Akyol A. Effect of inhaler and topical lavender oil on pain management of arteriovenous fistula cannulation. The Journal of Vascular Access. 2021; 16: 11297298211031086.

19. Ghods AA, Abforosh NH, Ghorbani R, Asgari MR. The effect of topical application of lavender essential oil on the intensity of pain caused by the insertion of dialysis needles in hemodialysis patients: A randomized clinical trial. Complement Ther Med. 2015; 23: 325–330.

20. Dumbre DU. A study to assess the effectiveness of cryotherapy on pain during puncture of arteriovenous fistula among the patients on Haemodialysis in selected hospital. Int J Curr Res. 2016;8:3 7201–37203.

21. Chen PC, Liao YC, Sun JL, Che PY, Hsu HC, Lai YH, Chang HC. Comparison of puncture methods in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. Semin Dial. 2023; Feb 1. Epub ahead of print. PMID: 36726291.

22. Nejadbagheri S, Hosseini H, Kazemi M. The effects of arnigol cream on pain associated with arteriovenous fistula puncture in patients receiving hemodialysis: A randomized double-blind clinical trial study. Nurs Midwife Stu. 2018; 7: 100–104.

23. Özen N, Tosun B, Sayilan AA, Eyileten T, Ozen V, Ecder T, Tosun N. Effect of the arterial needle bevel position on puncture pain and postremoval bleeding time in hemodialysis patients: A self-controlled, single-blind study. Hemodialysis International. 2022; 26: 503–508.

24. Mirzaei S, Javadi M, Eftekhari A, Hatami H, Hemayati R. Investigation of the effect of EMLA cream, lidocaine spray, and ice pack on the arteriovenous fistula cannulation pain intensity in hemodialysis patients. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2018; 7 (2): 51–57.

25. Suren M, Kaya Z, Ozkan F, Erkorkmaz U, Arici S, Karaman S. Comparison of the use of the Valsalva maneuver and the eutectic mixture of local anesthetics (EMLA®) to relieve venipuncture pain: a randomized controlled trial. Journal of Anesthesia. 2013; 27 (3): 407–411.

26. Asgari MR, Motlagh NH, Soleimani M, Ghorbani R. Effect of lidocaine spray on the pain intensity during insertion of vascular needles in hemodialysis patients. Koomesh. 2013; 14 (3): 271–279.

27. Kortobi L, Belymam H, Chkairi N., et al. Management of pain at arteriovenous fistula puncture: cryotherapy versus lidocaine/prilocaine. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2020; 31(3): 597–603.

28. Aghajanloo A, Ghafourifard M, Haririan H, Gheydari PS. Comparison of the effects of cryotherapy and placebo on reducing the pain of arteriovenous fistula cannulation among hemodialysis patients: A randomized control trial. J Nurs Midwifery Sci. 2016; 3: 59–65.

29. Ward J, Shaw K, Davenport A. Patients' perspectives of constant-site (buttonhole) cannulation for haemodialysis access. Nephron Clin Prac. 2010;116: c123–c127.

30. Aliasgharpour M, Abbaszadeh R, Mohammadi N, Kazemnejad A. Effect of lavender aromatherapy on the pain of arteriovenous fistula puncture in patients on hemodialysis. Nurs Pra Today. 2016;3:26–30.

31. Bagheri-Nesami M, Espahbodi F, Nikkhah A, Shorofi SA, Charati JY. The effects of lavender aromatherapy on pain following needle insertion into a fistula in hemodialysis patients. Complement Ther Clin Pract. 2014; 20:1–4.

32. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy. 2014-2023. World Health Organization, 2013.

33. Mohseni M, Malekshahi F, Hadian B, Ebrahim Zadeh F. A comparison between the effects of topical piroxicam and EMLA cream on fistula cannulation pain in hemodialysis

patients. Yafteh. 2015; 16: 100–109.

34. Kartufan FF. Padded dressing with lidocaine hcl for reducing pain during intravenous cannulation in adult patients: a randomized controlled clinical trial. BioMed Research International. 2022; Article ID 6128557.

35. Mirzaei S, Javadi M, Eftekhari A, Hatami M, Hemayati R. Efficacy of application of eutectic mixture of local anesthetics and lidocaine spray in pain management of arteriovenous fistula cannulation in hemodialysis patients. J Renal Inj Prev. 2017; 6: 269–274.

36. George A, George P, Masih D, et al. Topical anesthetic versus lidocaine infiltration in arteriovenous fistula cannulation. Chrismed J Health Res. 2014;1: 95.

37. Da Silva OM, Rigon E, Corradi Dalazen JV, Bissoloti A, Rabelo-Silva ER. Pain during arteriovenous fistula cannulation in chronic renal patients on hemodialysis. Open Journal of Nursing. 2016; 06 (12): 1028–1037.

38. Navarrete IG, Sabater DA, Busqueta FA, et al. A nursing performance: Try to relieve pain in hemodialysis punctures. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2005;8: 55–60.

39. Alvarez RC, Pla JP, Hidalgo SF. Level of pain in the arteriovenous fistula comparing frozen needles with room temperature needles. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2004;7: 74–76.

40. Azimiyan J. Effect of warm footbath on arteriovenous fistula puncture-related pain in dialysis patients. J Qazvin Univ Med Sci Health Serv. 2015; 18: 39–45.

41. Al Amer HS, Dator WL, Abunab HY, Mari M. Cryotherapy intervention in relieving arteriovenous fistula cannulation-related pain among hemodialysis patients at the king Khalid Hospital, Tabuk, Kingdom of Saudi Arabia. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2017;28: 1050–1056.

42. Alhani F, Shad H, Anoosheh M, Hajizadeh E. The effect of programmed distraction on the pain caused by venipuncture among adolescents on hemodialysis. Pain Manag Nurs. 2010;11: 85–91.

43. Ceyhan D, Yiğit T. The role of current complementary and alternative medical treatments in health practice. J Duzce Univ Health Sci Inst 2016; 6(3): 178–189.

44. Özdemir H and Öztunç G. Aromatherapy in nursing practices, Türkiye Klinikleri. J Nurs Sci 2013; 5(2): 98–104.

45. Kirchner A, Stefan H, Bastian K, and Birklein F. Vagus nerve stimulation suppresses pain but has limited effects on neurogenic inflammation in humans. European Journal of Pain. 2006; 10 (5): 449–455.

46. Tolasa AG, Akyol A. Use of aromaterapy in dialysis patients. Turk Nephrol Dial Transplant Nurs Assoc J Nephrol Nurs 2017; 2(12): 1–7.