

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências para cuidar da Pessoa com
Doença Renal Crónica em Terapia de Substituição Renal

Development of Skills to care for People with Chronic Kidney
Disease in Renal Replacement Therapy

Autor

Floripes de Oliveira Paiva

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências para cuidar
da Pessoa com Doença Renal Crónica em
Terapia de Substituição Renal

Development of Skills to care for People with
Chronic Kidney Disease in Renal Replacement
Therapy

Orientador(es)

Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

Autor

Floripes de Oliveira Paiva

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“A persistência é o menor caminho do êxito”

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório ao meu marido e aos meus filhos.

AGRADECIMENTO

Para a concretização de todo o percurso académico, com trajetos, por vezes, tumultuosos face aos vários condicionalismos, deixo a minha profunda gratidão às pessoas que, de forma direta ou indireta me apoiaram.

À Professora Mestre Eloísa Maciel e às Enfermeiras Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Ana Filipa Caldeira e Vera Martins, pela paciência, orientação e disponibilidade incondicional demonstrada ao longo deste percurso. Agradeço-lhes por terem confiado na minha capacidade e também pela demonstração de um profissionalismo de excelência, o que nunca esquecerei.

Ao meu marido, o meu maior suporte, por ter cuidado da minha família durante a minha ausência e pelo apoio incondicional.

Aos meus filhos pela compreensão e colaboração para que tudo corresse pelo melhor.

Agradeço a todos os profissionais da Unidade de Diálise, pela disponibilidade e acolhimento.

A todos os que cruzaram o meu caminho, amigas e professores, nomeadamente a Carla Goulart, pelo companheirismo e apoio durante esta jornada e a Diniza Silveira pela ajuda e disponibilidade. Foi uma experiência que com certeza enriqueceu, em muito a minha aprendizagem.

RESUMO

A Doença Renal Crónica é reconhecida como um importante problema de saúde pública. A pessoa com Doença Renal Crónica, com necessidade de iniciar terapia de substituição da função renal, tem de integrar muitas mudanças na sua vida diária, passando a ser alvo de um regime terapêutico complexo e rigoroso, o qual exige a adoção de novos comportamentos e atitudes. O enfermeiro especialista desempenha um papel importante na gestão da Doença Renal Crónica ao promover a gestão da doença através de intervenções que visem a sua prevenção, a promoção de estilos de vidas saudáveis, a promoção de processos adaptativos, a autogestão do regime terapêutico e a capacitação da pessoa, família/cuidador. O presente relatório, foi elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional, realizado num serviço de diálise de um hospital português, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, e emergiu como um relato fundamentado, com base numa análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências específicas especializadas no cuidado à pessoa com Doença Renal Crónica em terapia de substituição renal. Tendo por base este objetivo geral e atendendo às competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crónica, delinearam-se objetivos específicos: Desenvolver competências de identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR; Melhorar a capacidade de intervenção na promoção do autocuidado do acesso vascular para hemodiálise; Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR na autogestão do regime terapêutico; Melhorar a performance na prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados. Neste sentido, foram desenvolvidos dois casos clínicos, para fundamentar o processo de tomada de decisão clínica com recurso à evidência clínica disponível e sistematizar a conceção dos cuidados de enfermagem especializados com a utilização da plataforma E4Nursing, tendo por base conceptual a ontologia de enfermagem. A metodologia utilizada para a concretização deste trabalho, teve por base a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos em prol do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. A concretização deste percurso académico permitiu, desenvolver competências nesta área de especialidade, promover uma transição saudável para a pessoa com Doença Renal Crónica e a autogestão do regime terapêutico.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Pessoa em Situação Crónica, Doença Renal Crónica, Autogestão do regime terapêutico.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease is recognized as a significant public health issue. A person with Chronic Kidney Disease who needs to commence renal replacement therapy must integrate many changes into their daily life, becoming subject to a complex and rigorous therapeutic regime that requires the adoption of new behaviours and attitudes. Specialist nurses play a crucial role in managing Chronic Kidney Disease by promoting disease management through interventions aimed at its prevention, the encouragement of healthy lifestyles, the facilitation of adaptive processes, the self-management of the therapeutic regimen, and the empowerment of the person, family, or caregiver. This report was prepared as part of a professional internship conducted in a dialysis service at a Portuguese hospital, within the curriculum of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the field of Chronic Conditions at the Portuguese Red Cross School of Nursing. It emerged as an evidence-based account grounded in a critical and reflective analysis of the development of specific competencies in caring for a person with Chronic Kidney Disease undergoing renal replacement therapy. Based on this general objective and considering the specific competencies of specialist nurses caring for people with chronic conditions, the work sought to develop skills to identify the needs of the person with Chronic Kidney Disease in renal replacement therapy, enhance the ability to intervene in promoting self-care of the vascular access for haemodialysis, improve competencies to empower the person with Chronic Kidney Disease in renal replacement therapy to self-manage their therapeutic regimen, and strengthen performance in infection prevention and control within the care delivery context. To achieve this, two clinical cases were developed to substantiate the clinical decision-making process using available clinical evidence and to systematize the design of specialized nursing care through the E4Nursing platform, conceptually based on nursing ontology. The methodology employed in this work was rooted in the critical and reflective analysis of the activities carried out to achieve the proposed objectives, aiming at the development of specific competencies of the specialist nurse in caring for people with chronic conditions. The completion of this academic journey has allowed for the development of competencies in this specialty area, the promotion of a healthy transition for people with Chronic Kidney Disease, and the self-management of their therapeutic regimen.

Keywords: Specialist Nurse, Competencies, Person with a Chronic Condition, Chronic Kidney Disease, Therapeutic Regime Self-Management.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AINES - Agentes Inflamatórios não Esteroides

APIR - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CEC - Circuito Extracorporal

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

ECAHD-FAV - Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise

EDTNA/ERAC - European Dialysis and Transplantation Nurses Association / European Renal Care Association

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCEPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESSnorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FA - Fibrilação Auricular

GPID - Ganho de Peso Interdialítico

HD - Hemodiálise

HTA - Hipertensão Arterial

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IECA - Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

KDOQI - *Kidney Outcome Quality Initiative*

NKF - *National Kidney Foundation*

NKF-DOQUI - *National Kidney Foundation- Dialysis Outcomes Quality Initiative*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antibióticos

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SRAA - Sistema renina-angiotensina-aldosterona

TA - Tensão arterial

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. ESTUDO DE CASO 1: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC EM INÍCIO DE PROGRAMA REGULAR DE HD	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	48
3.3. Medicação	48
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	48
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	51
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	53
3.5. Domínios	55
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	55
3.6. Conceção de Cuidados	58
3.7. Especificação das intervenções	65
3.8. Síntese relativa ao caso	71
4. ESTUDO DE CASO 2: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC EM PROGRAMA REGULAR DE HD HÁ 13 ANOS.	77
4.1. Enquadramento teórico	77
4.2. Clientes	82
4.3. Medicação	83
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	83
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	84
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	86
4.5. Domínios	86
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	86
4.6. Conceção de Cuidados	88
4.7. Especificação das intervenções	94
4.8. Síntese relativa ao caso	97

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	101
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	121
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	145

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Funções do Rim	30
Quadro 2 - Classificação da DRC	31
Quadro 3 - Principais sintomas da DRC	32
Quadro 4 - Autocuidado após construção da FAV.....	38

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 da população, como pelas consequências ao nível social e económico (Organização Mundial de Saúde [OMS], 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%) em 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 (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

A Doença Renal Crónica (DRC) apresenta-se como um problema de saúde pública a nível mundial (Coelho, 2015). Não sendo exceção, em Portugal, assiste-se a um aumento nos últimos anos da taxa de incidência e prevalência da Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) (Coelho et al., 2014; Macário, 2017). A DRC, afeta mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, estimando-se que cerca de 1 milhão recorra a Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR) (Glasscock et al., 2017). Esta é uma condição clínica progressiva, caracterizada por alterações estruturais e funcionais nos rins, resultantes de diversas causas (Cheung et al., 2021; Kalantar-Zadeh 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 das pessoas doentes, corre um risco acrescido de doença cardiovascular e morte. Estas complicações afetam a saúde cardiovascular e a qualidade de vida da pessoa, requerendo diagnóstico e tratamento (Romagnani et al., 2017).

A pessoa com DRC, com necessidade de iniciar programa de hemodiálise (HD) tem de integrar muitas mudanças na sua vida diária, passando a ser alvo de um regime terapêutico complexo e rigoroso, o qual exigem a adoção de novos comportamentos e atitudes. A não adesão ao regime terapêutico constitui uma das causas para o insucesso do tratamento representando assim um enorme peso nos gastos com a saúde, que se reflete na economia social (Cruz, 2015).

A adaptação da pessoa à HD é um processo complexo, e o iniciar uma técnica de substituição da função renal constitui um momento marcante na vida da pessoa e da sua família. Apesar do tratamento de HD permitir a manutenção da vida de forma útil e produtiva, a verdade é que a pessoa com DRC, a partir do momento em que inicia o tratamento de HD, passa a sentir-se dependente de uma máquina e de uma equipa de saúde, para o resto da vida ou até reunir condições que possibilitem o transplante renal (Soares & Pinto, 2006). Ainda, segundo o mesmo autor, a pessoa com DRC submetida a HD sofre alterações profundas no seu corpo, na sua vida pessoal e nas relações interpessoais. A pessoa é confrontada com a probabilidade de perdas significativas a nível físico, afetivo e socioprofissional, com respostas orgânicas geradoras de mal-estar que exigem ou são acompanhadas por um conjunto de restrições (Soares e Pinto, 2006). Estas alterações dão origem a um processo de passagem de uma condição para outra; a designada transição que, segundo Chick & Meleis (1986) é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro e está intrinsecamente ligada com o tempo, com o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que a pessoa tem de incorporar novos conhecimentos (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010). A teoria das transições de Afaf Meleis aponta dimensões da mudança que devem ser alvo da atenção dos enfermeiros, no sentido da compreensão do fenómeno: a natureza da mudança, temporalidade, importância percebida ou gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais (Bastos, 2013).

O conceito de autocuidado é central para a disciplina de Enfermagem e Orem (2001) definiu-o como sendo a prática de atividades que a pessoa inicia e realiza com o intuito da manutenção da sua saúde, da sua vida e do seu bem-estar. O autocuidado é tanto o objetivo como o resultado das iniciativas de promoção da saúde e das intervenções destinadas à gestão de doenças, que têm como propósito melhorar a saúde física, o bem-estar psicossocial e a condição de saúde global das pessoas (Petronilho, 2012). A Teoria do autocuidado de Orem, forneceu uma base conceptual para a compreensão da importância do papel do enfermeiro especialista na capacitação da pessoa em TSFR para assumir um papel ativo no seu autocuidado. Também a análise dos perfis de autocuidado (Backman & Hentinen, 1999), permitiu uma visão mais detalhada sobre as estratégias de autocuidado adotadas pela pessoa com compromisso renal em programa regular de HD, conduzindo a uma ação profissional orientada à realidade da pessoa, com intervenções de enfermagem cada vez mais individualizadas.

As alterações no estado de saúde da pessoa podem, por um lado, constituir oportunidades de melhoria da sua saúde e bem-estar, mas em oposição podem deixar a pessoa mais vulnerável ao aparecimento de outras patologias, bem como despoletar o processo de transição. Neste sentido, é de salientar que os enfermeiros atuam de forma a facilitar os processos de transição, potenciando a aprendizagem de novas habilidades (Meleis et al., 2000). Deste modo, o autocuidado implica o planeamento das atividades de aprendizagem que visam aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões

decorrentes das transições ao longo do seu ciclo de vida (Meleis, 2010).

A procura permanente da excelência no exercício profissional, onde o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, faz parte dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Face ao exposto, é o enfermeiro, o profissional que deve estar atento a todos os fatores que podem afetar a eficácia do autocuidado da pessoa (estilos de vida, educação, apoio familiar e social, etc.). Aliado ao conceito de autocuidado, emerge como foco de atenção para os enfermeiros a autogestão da doença que é definido como um conjunto de tarefas que as pessoas devem empreender para viver bem a sua vida, com uma ou mais condições de saúde crónicas (Bastos, 2015). Viver com doença crónica exige flexibilidade para enfrentar a incerteza e competências para gerir regimes terapêuticos complexos, fazendo ajustes constantes (Sousa et al., 2021).

A recente revisão das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) promoveu o seu desdobramento em quatro áreas de especialidade distintas, onde é destacado a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. No que concerne aos benefícios da especialização em enfermagem, vários estudos demonstram que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas contribuem para a redução das taxas de mortalidade, maior satisfação das pessoas relativamente aos cuidados recebidos, prestação de cuidados de enfermagem com maior frequência e com melhores resultados em saúde, com papel ativo na prevenção de doenças crónicas e também na minimização do seu impacto na vida da pessoa (Lopes et al., 2018). Para além disso, a presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e crucial, dada a existência de situações de saúde cada vez mais complexas, as quais exigem tomadas de decisão seguras, rápidas e eficazes, que proporcionem respostas efetivas às necessidades dos clientes (Benner, 2001).

O desenvolvimento de competências acontece então através da união entre experiência profissional adquirida, conhecimento e reflexão sobre a prática clínica, tal como refere Patrícia Benner; pelo que, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, a qual é alcançada mediante uma aprendizagem experiencial (Benner, 2001).

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final, inserida no plano de estudos do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, promovido pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSnorteCVP), alicerçado nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento nº140/2019) e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEEMCEPSC) (Regulamento nº 429/2018); nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e no Regime jurídico que define as competências dos detentores do

grau de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006), foi determinada a elaboração de um Relatório Final de estágio, sob a metodologia de análise crítico-reflexiva das competências consolidadas, desenvolvidas e adquiridas em contexto de prática clínica, para posterior apresentação e discussão pública.

Um ENP desempenha um papel crucial, sendo uma fase indispensável no processo de aprendizagem, que promove o enriquecimento pessoal e a excelência formativa, onde o conhecimento prático se desenvolve com base no saber teórico, permitindo a aquisição das competências essenciais para intervenções autónomas e interdependentes no exercício da profissão de enfermagem. O ENP constitui uma das vias para a obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006).

Para estruturar e orientar a aquisição de competências, foi elaborado um projeto de desenvolvimento de competências, com o objetivo de planear as etapas necessárias à sua concretização. Foi definido como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em Terapia Substitutiva da Função Renal (TSFR), área pela qual houve particular interesse para o desenvolvimento de competências especializadas. O Estágio de Natureza Profissional (ENP) foi realizado numa unidade de diálise, o que proporcionou a oportunidade de explorar, de forma holística, a vivência da pessoa em situação crónica acometida por DRC em TSFR.

Importa salientar que, por norma, estas pessoas apresentam outras patologias associadas, o que implica a identificação de necessidades adicionais e torna a conceção de cuidados de enfermagem ainda mais desafiante. A este contexto acrescenta-se o especial interesse nesta área, decorrente da experiência profissional prévia, a qual, além de pessoalmente gratificante, poderá futuramente contribuir para o desenvolvimento de projetos profissionais.

Assim, partindo da complexidade da DRC e exigências colocadas à pessoa a iniciar TSFR, fez todo o sentido definir o projeto de desenvolvimento de competências profissionais no cuidado a este tipo de clientes, tem como tema: Cuidar da pessoa com doença renal crónica em terapia de substituição renal – desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

O projeto, estruturou-se em cinco partes: a introdução; a planificação onde foram apontados os objetivos gerais e específicos bem como as atividades que os concretizavam; a monitorização, o controlo e avaliação. Foi ainda apresentada uma análise SWOT, que consiste numa ferramenta estratégica usada para identificar e analisar os pontos fortes (*Strengths*), fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) de uma organização ou projeto (anexo I).

Partindo do objetivo geral que foi o desenvolvimento de competências para a conceção de cuidados especializados à pessoa com DRC em TSFR através da realização de dois estudos de caso, integrando o processo de enfermagem de acordo com a Ontologia de Enfermagem

orientado pela *checklist* CARE, e com base nas competências transversais descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019) e no Regulamento das Competências Específicas do EEEMCEPSC (Regulamento nº 429/2018), foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Desenvolver competências de identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR;
 - 1.1. Melhorar capacidades na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime terapêutico;
 - 1.2. Melhorar a *performance* na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR;
2. Melhorar a capacidade de intervenção na promoção do autocuidado do acesso vascular para hemodiálise;
 - 2.1. Melhorar *performance* na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no autocuidado do acesso vascular para hemodiálise;
3. Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR na autogestão do regime terapêutico;
 - 3.1. Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime dietético;
 - 3.2. Melhorar *performance* na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime dietético;
4. Aprofundar conhecimentos sobre Planos de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA).

O referido estágio decorreu no período de 01 de outubro de 2024 a 28 de fevereiro de 2025, numa Unidade de Diálise de um Hospital Geral português, com uma carga horária total de 810 horas, das quais 428 horas foram de contacto e 382 horas de trabalho autónomo, sendo 384 horas de contacto na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação pedagógica e tutorial.

Estruturalmente, este relatório é composto pela presente introdução, onde se descrevem as principais linhas orientadoras deste relatório; o 2º capítulo com a caracterização do contexto clínico onde decorreu o estágio; dois capítulos (3º e 4º) onde constam os estudos de caso realizados durante o ENP; no 5º capítulo é realizada uma análise reflexiva sobre o contributo das aprendizagens para o desenvolvimento de competências tendo por base as Competências Comuns do EE e específicas do EEEMCEPSC. Por fim, apresenta-se uma síntese final do relatório, onde é realizada uma breve reflexão crítica.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório baseou-se no método descritivo e analítico, através da reflexão e exposição das atividades realizadas durante o estágio, e ainda

na análise crítico-reflexiva, refletindo sobre as estratégias sugeridas e respetiva implementação.

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

O contexto clínico é o local em que a teoria é materializada e utilizada para promover mudanças tanto nos alunos, quanto nas pessoas alvos do cuidado; permite a reflexão sobre a melhor prática atual e o que realmente se faz em contexto prático. Segundo uma recomendação da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), o momento de estágio, é essencial que os futuros enfermeiros especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. A realização de estágios permite que as aprendizagens essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de competências.

A realização do ENP decorreu numa Unidade de Diálise, inserida no Departamento de Medicina de um Centro Hospitalar de uma Ilha do Arquipélago dos Açores, com início no dia 1 de outubro e fim no dia 20 de dezembro, de 2024. A unidade encontra-se em funcionamento de segunda-feira a sábado, das 8:00 horas às 24:00 horas. Aos domingos e no período das 0:00 horas às 8:00 horas, sempre que necessário, as pessoas com DRC são atendidas através do serviço de Urgência, que chama o nefrologista de prevenção e é este, que caso se justifique, chama os enfermeiros de prevenção. A mesma assistência é assegurada às pessoas em regime de internamento no hospital. De segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 horas às 15:00 horas, está destacado um enfermeiro, exclusivamente, para o atendimento da diálise peritoneal.

A Unidade de Diálise está vocacionada para todas as terapias de substituição renal: HD, Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória, Diálise Peritoneal Automática, Transplante e Tratamento Conservador. A primeira consulta de enfermagem é realizada após referenciação do médico nefrologista e é de esclarecimento para posterior tomada de decisão da pessoa com DRC em consonância com a sua família, sobre a modalidade de tratamento mais indicada, e por norma ocorre quando pessoa com DRC está na fase de pré terapia de substituição renal. As consultas subsequentes, podem ser programadas ou de acordo com a necessidade da própria pessoa. Esta unidade assiste 150 pessoas com DRC, das quais 120 fazem HD e 30 fazem diálise peritoneal. Tem uma capacidade para dialisar 23 pessoas ao mesmo tempo, sendo que os 23 postos de tratamento são distribuídos por 6 salas, sendo distribuídas da seguinte forma:

- 1 sala exclusiva para dialisar pessoas portadoras do vírus da hepatite B;
- 1 sala exclusiva para diálise de emergência/urgência, onde também podem ser realizados procedimentos invasivos (colocação de cateter venoso central (CVC));
- 1 sala com capacidade para 12 pessoas;
- 1 sala com capacidade para quatro pessoas;
- 1 sala com capacidade para três pessoas;

- 1 sala com capacidade para duas pessoas.

O espaço ainda dispõe de dois gabinetes médicos, que também são utilizados como sala de reuniões e para passagem de turno, uma receção, uma copa pequena, dois vestiários para funcionários e três vestiários para os clientes, com lavatórios onde podem higienizar as fístulas antes das sessões de hemodiálise.

No que concerne aos recursos humanos, a Unidade de Diálise tem um médico nefrologista e um EEEMC, que assume as funções de responsável pela unidade. Este enfermeiro responsável tem atividades específicas, nomeadamente, a supervisão do plano de diálise; a gestão dos recursos humanos consoante as necessidades da unidade; a gestão dos materiais de armazém e medicação em stock; a verificação e registo da produção diária de HD; o planeamento, implementação e avaliação da formação inerente ao bom desempenho da equipa de enfermagem. Também assegura o bom funcionamento e manutenção do equipamento da Unidade em colaboração com o gestor de equipamentos local e colabora com o médico responsável na definição, avaliação e revisão dos procedimentos da Unidade. O planeamento das sessões de HD após prescrição médica são da responsabilidade deste enfermeiro, que assume a função de chefe de sala, sendo ele que organiza os cuidados e determina onde as pessoas realizam a HD e qual enfermeiro alocado a cada sala.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros, dos quais quatro são EEEMC e um é EE em Enfermagem Comunitária.

A Norma das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, publicada no Diário da República n.º 233 de 2 de dezembro de 2014, define o número mínimo de enfermeiros para as unidades de diálise. De acordo com a mesma norma, o número de enfermeiros por unidade de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, referenciando como recomendações a existência, no mínimo, de um enfermeiro por quatro camas/lugares/posto de hemodiálise, adotando a designação de posto de trabalho (Regulamento n.º 533/2014). Deve ser ponderado o cálculo do número de enfermeiros para tratamento dos clientes com necessidades especiais, nomeadamente portadores de Hepatite B, C e VIH, na definição dos postos de trabalho, de acordo com a legislação em vigor (Regulamento n.º 533/2014). A configuração do espaço não permite dotar todas as salas com quatro postos de trabalho, fazendo com que o serviço não consiga distribuir um enfermeiro para cada quatro postos de trabalho, uma vez que há duas salas em que só é possível ter duas ou três pessoas a fazer HD, sendo necessário aumentar o número de enfermeiros para atender a todas as necessidades.

Relativamente à organização da prestação de cuidados de enfermagem, é utilizado o método de trabalho individual, que consiste numa abordagem de assistência total ao cliente; ou seja, um único enfermeiro assume a responsabilidade integral pela assistência a um grupo de clientes durante um turno (Parreira, 2005). Os cuidados de enfermagem são documentados através de

um sistema de informação informático específico para hemodiálise, onde os enfermeiros inserem dados relativos aos sinais vitais, à sessão de hemodiálise, às intercorrências e aos procedimentos realizados durante essa sessão. Neste sistema informático, apenas são registadas as atividades de vigilância de enfermagem, não estando prevista a conceção formal de cuidados. O serviço dispõe ainda de elos de ligação dedicados à prevenção e controlo de infeção, à qualidade e à gestão do risco.

Atualmente, a equipa de enfermagem está a organizar uma consulta de enfermagem para as pessoas com DRC em programa de HD atendidas na unidade, com o objetivo de promover a adesão ao regime de HD através de esclarecimentos aos clientes sobre o regime dietético e medicamentoso. Adicionalmente, está a ser criado o conceito de enfermeiro de referência, consiste na atribuição da responsabilidade individualizada pela tomada de decisão em relação aos cuidados de enfermagem a serem prestados ao cliente (Manthey, 2014), servindo este como referência para o cliente.

3. ESTUDO DE CASO 1: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC EM INÍCIO DE PROGRAMA REGULAR DE HD

Homem de 37 anos, trabalha como mecânico naval, vive sozinho, em semanas alternadas fica com os dois filhos. É autónomo nas atividades de vida diária. Foi diagnosticado com DRC secundária a nefropatia diabética em 2011. História atual de doença: hipertensão arterial (HTA); DM Tipo 1 (diagnosticada aos 18 anos); retinopatia diabética e dislipidemia. Começou a ser seguido em nefrologia em setembro de 2022, tendo em julho de 2024 iniciado programa de TSFR por agravamento da DRC, com recurso a diálise peritoneal. Em 20/09/2024, por disfunção mecânica do cateter tenckoff, iniciou hemodiálise com cateter de longa duração que foi colocado na veia jugular interna direita. Aguarda que lhe seja retirado o cateter de tenckoff. Efetua tratamento dialítico três vezes por semana, na unidade de diálise, com a duração de 3 horas. Tem uma fístula arteriovenosa (FAV) rádio cefálica no membro superior esquerdo em fase de maturação.

3.1. Enquadramento teórico

3.1. Enquadramento teórico

3.1.1. Fisiopatologia da doença renal crónica

A principal função do rim é filtrar o sangue, excretando os produtos metabólicos presentes na circulação sanguínea, através da urina. Incorpora outras funções como: equilíbrio hidroeletrólítico, regulação do equilíbrio ácido-base; regulação da pressão arterial, síntese da forma ativa de vitamina D, regulação do metabolismo cálcio-fósforo e regulação da produção de eritrócitos. Na presença de DRC estas funções são afetadas, o que origina complicações em todos os sistemas do organismo (Eknoyan & Lameire, 2012). Com efeito, a DRC, desencadeia manifestações e complicações multiorgânicas, afetando diferentes sistemas, e em diferentes proporções, consoante o estágio da doença, como sejam HTA, anemia, hiperparatiroidismo secundário, hiperfosfatémia, hipercaliémia, acidose metabólica, hipervolemia, desnutrição, entre outras (Eknoyan & Lameire, 2012; Levey & Coresh, 2012; Rosenberg, 2019).

Quadro 1: Funções do Rim

Excretora	Excreção de produtos tóxicos, como ureia e creatinina
Reguladora	Volume de água do organismo Osmolaridade dos líquidos do organismo Balanço eletrolítico Equilíbrio ácido-base Pressão arterial
Metabólica	Ativação da vitamina D Produção de renina Produção de eritropoetina

Fonte: Adaptado de Chalmers (2005).

Numa pessoa saudável, o volume de urina produzido por dia pode variar entre 300 ml e 2,3L. Em condições normais, os 300 ml de urina, representam o volume de água mínimo absoluto necessário para excretar a quantidade diária de produtos tóxicos que resultam do metabolismo corporal, sendo o débito urinário médio de 1500 ml. Esta capacidade de o rim fazer variar o débito urinário, é essencial para manter um volume de fluídos corporais constante em condições adversas (calor extremo, diarreia, ingestão de água excessiva, etc.). O rim tem assim a capacidade de concentrar ou diluir a urina, para conseguir excretar diariamente um volume mais ou menos fixo de solutos (Chalmers, 2005).

A perda da função renal pode ser lenta e progressiva e envolve dois mecanismos, a hiperfiltração glomerular e a hipertrofia dos nefrónios remanescentes, que se vão adaptando para substituir os que se perdem. Estas adaptações dos nefrónios, à medida que se verifica um aumento da pressão e do fluxo dentro do próprio nefrónio, predispõem à distorção da arquitetura glomerular, função anormal dos nefrónios e disrupção da barreira de filtração, o que conduz à proteinúria, esclerose e à perda dos nefrónios remanescentes. Os nefrónios vão sendo cada vez menos, culminando na ausência de função renal, em que os líquidos, as toxinas metabólicas e os eletrólitos se acumulam no sangue (Machado, 2009).

3.1.2. Etiologia da Doença Renal Crónica

A etiologia da DRC é multifatorial. As causas mais comuns e mais estudadas são a DM, HTA, a glomerulonefrite e as doenças renais císticas. Existe uma estreita associação entre a DRC e a HTA, visto que a HTA pode ser uma causa ou uma consequência da DRC (Fatehi & Chin-Yuan, 2020). A DRC tem como causa uma variedade de condições subjacentes; no entanto, como se caracteriza pela perda de cerca de metade do total de nefrónios, a doença progride de forma semelhante, independentemente da etiologia. Quando a etiologia subjacente é a DM, a HTA ou a exposição a toxinas, verifica-se uma diminuição do número total de nefrónios e a um aumento da permeabilidade glomerular, que por sua vez, conduz a um aumento da filtração de proteínas, que são excretadas na urina (proteinúria) (Fatehi & Chi-yuan, 2020).

Quadro 2 : Classificação da DRC

Estádios	Descrição da função renal	TFG (ml/min/1,73 m ²)
Com risco aumentado		+ de 90
1	Normal	≥ 90
2	Diminuição Ligeira	60 a 89
3a	Diminuição média ou moderada	45 a 59
3b	Diminuição moderada ou severa	30 a 44
4	Diminuição severa	15 a 29
5	Falência renal/Insuficiência renal terminal	< 15

Fonte: Mira et al. (2017).

Em Portugal, a DRC tem uma tendência crescente, com patologias como a DM e a HTA a assumirem as principais causas da doença em cerca de 39% dos casos (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023). Portugal é dos países europeus com maior prevalência de pessoas em TSFR (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023). Esta realidade epidemiológica da doença em Portugal e o aumento significativo da sua prevalência e incidência é preocupante, no entanto, estes números não transmitem o verdadeiro impacto que a DRC tem na vida das pessoas.

3.1.3. Sinais e sintomas

A DRC permanece assintomática até aos estádios finais, apesar de nos estádios iniciais já se verificar uma diminuição significativa na TFG. A DRC costuma ser descoberta de forma accidental em análises laboratoriais ou quando a pessoa apresenta complicações da doença. À medida que a função renal diminui, os sintomas exacerbam-se, acompanhando a redução da TFG (Romagnani et al., 2017).

As complicações mais significativas e que tendem a aparecer e agravar com o avançar da DRC, pela redução da TFG, são: a anemia, a HTA, a má nutrição (associada a estados de anorexia), a osteodistrofia, o edema, a dispneia, os distúrbios do metabolismo do cálcio e do fósforo, a neuropatia e a diminuição do bem-estar geral. Pela sua evolução heterogénea, a DRC nem sempre progride de forma inevitável para o estágio 5, ou DRCT (KIDIGO, 2006). Todavia, quando atinge o estágio 5, o rim apresenta uma TFG incompatível com a manutenção de vida, e surgem sinais e sintomas exacerbados em diversos órgãos, o denominado “síndrome urémico”. O tratamento nesta fase passa pelo início de uma modalidade de TSFR (Fresenius Medical Care, 2011).

Quadro 3 : Principais sintomas da DRC

• Tensão arterial elevada; • Alterações no volume e no número de vezes que se urina, por exemplo à noite; • Alterações no aspeto da urina; • Sangue na urina; • Edema, por exemplo nas pernas e tornozelos; • Dor lombar; • Cansaço;	• Falta de apetite; • Alterações no sono; • Cefaleia; • Dificuldades de concentração; • Prurido; • Dispneia; • Náuseas de vômitos; • Hálito urémico e sabor metálico na boca.
--	--

Fonte: Adaptado de Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (2016).

3.1.3.1 Regulação do sódio e água

A água corporal distribui-se por dois compartimentos: intracelular (2/3) e extracelular (1/3, do qual 33% é intersticial). O edema, corresponde ao aumento do volume de líquido intersticial, localizado ou generalizado, como consequência de quatro mecanismos fisiopatológicos: pressão hidrostática nos capilares, diminuição da pressão oncótica no plasma, aumento da permeabilidade capilar e diminuição do débito linfático. Assim, o edema ocorre quando há um aumento da pressão hidrostática nos capilares ou uma descida da pressão osmótica do plasma (Soares, 2007).

O sódio é o principal ião extracelular, sendo determinante para o volume sanguíneo extracelular. Por sua vez, o rim, como referido, é o principal regulador da homeostasia do sódio e líquidos corporais. Em condições normais o balanço de sódio condiciona as concentrações de sódio no plasma, que são reguladas por alterações na ingestão e excreção de água. Ou seja, quando há excesso de acumulação de sódio, para manter a homeostasia, ocorre aumento de água no organismo, dando lugar ao aparecimento de uma hipervolemia; por sua vez quando há uma diminuição do sódio, a resposta é contrária, originando uma situação de hipovolemia (Tkachuk, 2019).

O Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) é um importante mecanismo no controlo hídrico e da pressão arterial. Em situações normais, a renina é produzida pelo rim como resposta à diminuição da pressão arterial ou da ingestão de sódio, para aumentar os níveis de angiotensina II. A angiotensina II, medeia a vasoconstrição, bem como a libertação de aldosterona pela glândula suprarrenal, que provoca a retenção de sódio e água e consequente aumento da pressão arterial (Tkachuk, 2019).

Em caso de lesão renal, pelo aumento da permeabilidade glomerular, ocorre um aumento de excreção de proteínas na urina (proteinúria). O volume intravascular diminui, estimulando assim, o SRAA e o sistema nervoso simpático, que provocam igualmente a retenção renal de água e sódio (Soares, 2007).

3.1.3.2. Hiperparatiroidismo Secundário

O hiperparatiroidismo secundário é caracterizado pela hiperplasia das glândulas paratiroides, elevados níveis séricos do paratormônio (PTH) e uma doença óssea de alta transformação. É uma complicação frequente nas pessoas em diálise e pode desenvolver-se cedo, no curso da DRC de estágio 4 e 5. Está associado a um risco

aumentado de calcificação cardiovascular e mortalidade (Ganesh et al, 2001).

3.1.3.3. Anemia na DRC

A disfunção renal, leva a uma diminuição da produção de eritropoietina pelo rim e à consequente diminuição da produção de eritrócitos, o que por sua vez, leva à anemia (Fatehi & Chi-yuan, 2020).

3.1.4. Hemodiálise como tratamento de substituição da função renal

A HD é uma abordagem terapêutica destinada a eliminar substâncias tóxicas produzidas pelo metabolismo e a corrigir alterações do ambiente interno, através da circulação do sangue por uma máquina projetada especificamente para este fim (Terra et al., 2010). O procedimento é realizado em ambientes hospitalares ou centros especializados, maioritariamente em regime de ambulatório, onde o cliente com DRC se desloca, geralmente três vezes por semana, para sessões de aproximadamente quatro horas. Os monitores de HD garantem a circulação sanguínea num circuito extracorpóreo (CEC), permitindo trocas metabólicas entre o plasma e o líquido dialisante. O método baseia-se na circulação do sangue por tubos ou câmaras com membranas semipermeáveis, continuamente banhadas por uma solução eletrolítica adequada, denominada banho ou solução de diálise (Terra et al., 2010).

Esta técnica visa restabelecer o equilíbrio dos fluidos intra e extracelulares, de modo a alcançar a homeostasia dos solutos, seja pela sua remoção do sangue, seja pela introdução dos mesmos através do líquido dialisante (Marchão et al., 2011). Durante as sessões de HD, os solutos do plasma são eliminados por meio de uma membrana semipermeável sintética, utilizando o princípio físico da diálise. Esta membrana, que possui elevada biocompatibilidade e é eficaz na remoção de moléculas de baixo peso molecular, permite a passagem de água e solutos pequenos, bloqueando moléculas maiores como as proteínas. O dispositivo que contém esta membrana, chamado dialisador, possibilita as trocas químicas entre o plasma e a solução dialisante. O transporte de moléculas pequenas através da membrana ocorre por dois mecanismos distintos: 1. Difusão, definida pelo deslocamento de moléculas de uma área de elevada concentração para outra de baixa concentração, até que ambas se equiparem; 2. Ultrafiltração, que ocorre quando moléculas de água atravessam facilmente a membrana devido à ação de forças osmóticas ou hidrostáticas (Marchão, 2011). Através da difusão, há trocas de substâncias entre o sangue e o dialisante, restaurando os níveis de solutos como cálcio e bicarbonato.

A HD é a técnica de TSFR mais frequentemente usada na DRCT, implicando várias restrições, incluindo limitações alimentares, nas atividades diárias (AVD) e sociais. O impacto do tratamento hemodialítico e da DRC reflete-se em desafios físicos, psicológicos, familiares, sexuais e sociais (Ribeiro et al., 2020). As pessoas submetidas a HD frequentemente relatam emoções negativas, como o receio do prognóstico, dependência económica e alterações na sua imagem corporal (Silva et al., 2020).

3.1.5. Complicações durante o tratamento de hemodiálise

As complicações da HD dizem respeito às que surgem no decorrer do tratamento e que o cliente não apresentava previamente. As complicações mais frequentes que podem surgir e que potenciam intervenção imediata para prevenção de complicações maior são: hipotensão, câibras, náuseas, vômitos e cefaleias. Podem ainda ocorrer outras situações como prurido e febre/hipertermia (Silveira & Silva, 2022; Evaristo et al., 2020).

A hipotensão é uma situação grave e que pode provocar desfechos insatisfatórios para o cliente. Está associada a um aumento da mortalidade e aumento do risco de trombose do acesso vascular (Sherman et al., 2015). É acompanhada de tonturas, sudorese, taquicardia, palidez cutânea, náuseas e vômitos. Pode estar relacionada com ultrafiltração excessiva, peso seco excessivamente baixo, níveis baixos de sódio no dialisante prescrito na estratégia dialítica, temperatura do dialisante elevada, medicação anti-hipertensiva, intolerância ao aporte nutricional durante o tratamento, anemia grave ou mesmo disfunção cardíaca (Rocco, 2019; Salgueiro et al., 2011; Sherman et al., 2015).

A taxa de ultrafiltração durante o tratamento tem um papel fundamental no desenvolvimento de hipotensão intradialítica e de hipoperfusão, podendo causar várias complicações como isquemia do miocárdio, cerebral ou intestinal (Lindberg et al., 2011). A tensão arterial deve ser monitorizada regularmente (antes, durante e após o tratamento), geralmente a cada 30 a 60 minutos, para despiste de situações adversas e intervenções antecipadas (Rocco, 2019). A incidência da hipotensão pode ser minimizada através da avaliação sistemática do peso seco do cliente e promoção da autogestão do regime dietético, incentivando à restrição de líquidos e diminuição do consumo de sal, com vista à redução do ganho de peso interdialítico (GPID) (Rocco, 2019; Salgueiro et al., 2011; Sherman et al., 2015). Outras estratégias passam por reduzir a taxa de ultrafiltração horária, diminuir a temperatura do dialisante, evitar a ingestão de alimentos durante o tratamento e em algumas situações recorrer ao uso de fármacos que promovam o aumento da tensão arterial (Rocco, 2019).

As câibras surgem devido à vasoconstrição, com consequente hipoperfusão muscular e comprometimento secundário do relaxamento muscular. Esta situação pode surgir como resultado da hipovolémia (cliente abaixo do peso), taxa de ultrafiltração elevada (por excesso GPID) e baixo teor de sódio no dialisante (Salgueiro et al., 2011; Sherman et al., 2015). Segundo Sherman e colaboradores (2015), as câibras podem ser desencadeadas também por situações de hipocalcémia e hipocalémia. É uma situação dolorosa para o cliente, surge de forma espontânea e prolongada, em um ou vários músculos; habitualmente surgem no fim do tratamento, diminuindo após reposição de volume ou durante o restabelecimento do CEC (Salgueiro et al., 2011).

As náuseas e vômitos, surgem essencialmente, relacionadas com episódios de hipotensão durante o tratamento de HD, bem como a todos os fatores etiológicos da diminuição da tensão arterial (Salgueiro et al., 2011). De acordo com Sherman e colaboradores (2015), as situações de gastroparesia, comuns nos clientes diabéticos, podem desencadear náuseas e vômitos, exacerbadas pela HD.

As cefaleias apresentam causa desconhecida, mas estão frequentemente associadas à síndrome de desequilíbrio. Podem ainda ter outras causas, como a HTA, a ultrafiltração

excessiva, as alterações no concentrado de sódio, a abstinência de café e a presença de enxaquecas durante o tratamento em clientes com antecedentes (Salgueiro et al., 2011; Sherman et al., 2015).

O prurido é uma situação comum e pode ser exacerbado pela HD. Quando surge apenas durante o tratamento, sem relato prévio, pode estar relacionado com alguma reação de hipersensibilidade ao dialisador ou outro componente do CEC; porém, quando também surge extra tratamento, está relacionado com a hiperfosfatemia (Salgueiro et al., 2011).

A presença de febre e hipertermia pode ser indicativo de um processo infeccioso, e a presença de um CVC, é a causa mais frequente. Esta situação é acompanhada por calafrios que podem surgir durante o tratamento (Salgueiro et al., 2011).

Os clientes devem ser elucidados para estas questões e sobre a importância de reportarem junto dos enfermeiros, os sintomas e alterações clínicas que decorrem entre tratamentos. De modo similar, é essencial que os enfermeiros, incentivem a pessoa com doença crónica a adotar comportamentos alusivos à prevenção de complicações.

3.1.6. Acesso Vascular para Hemodiálise

A HD depende de um eficiente acesso vascular, capaz de proporcionar um fluxo sanguíneo adequado. Um acesso ideal é aquele que, além de fornecer um fluxo adequado para a pessoa, tem longa durabilidade e reduzidas taxas de possíveis complicações. Neste contexto, a fístula arteriovenosa (FAV) é a modalidade de acesso vascular que mais se aproxima dessa definição (K/DOQI, 2006).

As complicações subjacentes ao acesso vascular para HD são a principal causa de morbilidade e incapacidade, sendo responsáveis por uma elevada percentagem de internamentos e custos hospitalares associados à pessoa em programa de HD (EDTNA/ERCA, 2016).

Os acessos vasculares que são utilizados para realização de HD são a FAV, o Enxerto Arteriovenoso e o CVC. O acesso vascular mais utilizado no tratamento hemodialítico em Portugal é a FAV (73,3%) seguido do CVC de longa duração (16,5%) e o enxerto arteriovenoso (10,2%) (Macário, 2017).

3.1.6.1. Cateter venoso central tunelizado de longa duração

O CVC é uma modalidade de acesso vascular, amplamente utilizada para a pessoa em programa de HD. O uso de cateteres para HD é um recurso muito valioso nas situações de emergência, como sendo a lesão renal aguda e também nos casos de pessoas com DRC que aguardam a maturação do acesso definitivo, ou seja, da FAV (Katneni & Hedayati, 2007; Rocha et al., 2005). O acesso definitivo, como a FAV, é indicado para a pessoa com DRC, que necessita de fazer diálise a longo prazo (K/DOQI, 2006).

O uso de cateteres permite o início imediato da HD, porém a sua existência está associada a inúmeras complicações (Rocha et al., 2005; Rocha et al., 2010). As complicações tardias decorrentes do uso de CVC são as infeções locais, trombose do cateter, trombose venosa e estenose de veia central (Katneni & Hedayati, 2007; Betjes, 2011). As infeções representam as principais complicações, especialmente por

facilmente culminarem em bacteriemia, devido à localização intravascular ocupada pelo cateter (Betjes, 2011). As infecções locais do local de inserção do CVC são superficiais e apresentam sinais inflamatórios, sendo confirmado por cultura de material. Já a bacteriemia é confirmada por hemoculturas positivas, associadas ou não a febre (K/DOQI, 2006).

A ocorrência de complicações na utilização dos cateteres obriga a mudança do seu local de inserção, e no caso de estenose a veia pode ficar danificada de forma definitiva (Rocha et al., 2010). Desta forma, o uso prolongado de um CVC pode despoletar várias complicações que podem culminar na exaustão de acessos vasculares para HD, e ainda causar a impossibilidade de confeccionar a FAV (Rocha et al., 2010).

3.1.6.2. Fístula arteriovenosa

Atualmente, a FAV é o acesso vascular mais indicado para a realização de HD, sendo considerado, pelo *National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative* (NKF-DOQI), através das suas *guidelines*, o tratamento *gold standard* para a pessoa com DRC (Iglesias et al., 2016). A sua criação ocorre através de uma intervenção cirúrgica, onde se realiza a anastomose subcutânea de uma artéria a uma veia de grande calibre (OE, 2016). O local de eleição para a construção de uma FAV é no membro superior não dominante da pessoa, através da anastomose entre a artéria radial e a veia cefálica, na zona distal/punho do antebraço. Tem uma elevada eficácia, com reduzidas complicações e ótima permeabilidade (OE, 2016a).

Para as pessoas com DRCT em programa de HD, a FAV assume-se como o tipo de acesso mais indicado, pela evidência de melhores taxas de fluxo, de menos complicações e, a longo prazo, por permanecer mais tempos desobstruída do que os outros tipos de acessos vasculares (Thomas, 2005).

O NKF-K/DOQI (2006), nas suas *guidelines*, recomenda que a FAV deve ser construída pelo menos 6 meses antes do início previsto do tratamento de HD. Normalmente acontece quando a pessoa apresenta uma TFG inferior a 30 mL/min/1.73m², ou seja, no estágio 4 da DRC (NKF-K/DOQI, 2006). Desta forma, o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado possibilita desenvolver competências, que permitem à pessoa a aquisição de habilidades para identificar e evitar ou detetar situações suscetíveis de disfunção da FAV (Sousa, 2012; Sousa et al., 2013).

3.1.6.2.1. Autocuidado com a fístula arteriovenosa

A construção de uma FAV, deve ser feita com antecedência, de preferência, seis meses antes da sua primeira utilização (Iglesias et al., 2016). As complicações da FAV constituem uma das mais importantes causas de morbilidade das pessoas em programa de HD, sendo responsáveis pelos elevados custos associados ao tratamento da DRC. As principais complicações relacionadas com a FAV, são: a estenose, a trombose do acesso vascular e o aneurisma (Iglesias et al., 2016).

Promover o autocuidado com o acesso vascular junto da pessoa com DRC é fundamental, para que a mesma seja capaz de o manter no melhor estado possível, já que este estado influencia a eficácia do tratamento de diálise (Galera-Fernández

et al., 2005; Sousa et al., 2014). As práticas de autocuidado relacionadas com a manutenção da condição física e com o estado nutricional são das mais importantes no quotidiano da pessoa com DRCT (Algarra et al., 2013). Neste sentido, o autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e para uma gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença (Petronilho, 2012), daí que seja importante, que a pessoa em tratamento de HD, deva saber como proceder para manter o seu acesso vascular em perfeito funcionamento.

Tanto no plano internacional, como no plano europeu, o autocuidado tem tido destaque. De acordo com as *Guidelines for Vascular Access*, a pessoa com DRC deve ser ensinada a cuidar do seu acesso vascular, (*National Kidney Foundation*, 2006b). De modo similar, a *European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association*, realça o papel do enfermeiro no ensino à pessoa com DRC para cuidar do acesso vascular (Tordoir et al., 2007).

O desenvolvimento de um plano de educação sobre o autocuidado com a FAV aumenta a sobrevida do acesso vascular (Sousa et al., 2013) e nesse sentido, o enfermeiro deve desenvolver, junto da pessoa doente e a sua família, intervenções de enfermagem educativas, direcionadas para a saúde, criando um espaço de diálogo e de interação (Silva, 2010).

A intervenção do enfermeiro para promover o autocuidado do acesso vascular, focado na pessoa com FAV, deve iniciar-se antes da construção; manter-se depois da construção e permanecer durante a fase de maturação da FAV (Sousa et al., 2013).

Durante o período que decorre entre a construção da FAV, e a sua utilização, ocorre um conjunto de alterações na rede vascular, nomeadamente a dilatação. A dilatação, traduz-se num aumento do calibre e engrossamento das paredes das veias, provocado pelo processo de arterialização. A este período, que se inicia nas primeiras 48 horas após a construção da FAV, e termina com a primeira punção, é denominado como período de maturação. É essencial que nesta fase, a pessoa, seja ensinada a desenvolver e efetuar, um conjunto de ações e cuidados que promovam o desenvolvimento e maturação da FAV.

De acordo com Paquete (2018), a capacitação para o autocuidado, visa estimular na pessoa com DRC comportamentos de autocuidado com a FAV, a qual se desenvolve através de quatro momentos:

(1) Cuidados antecipatórios na preparação da FAV - corresponde ao período de tempo que decorre entre o diagnóstico da DRC até à construção da FAV. As intervenções do enfermeiro nesta fase visam informar a pessoa sobre a importância do desenvolvimento dos comportamentos de autocuidado para a preservação do património vascular, evitando as punções venosas nos possíveis locais de construção do acesso vascular;

(2) Cuidados nas 48 horas após construção da FAV - corresponde ao período de tempo que decorre entre a construção da FAV até às 48 horas após a sua construção. As intervenções do enfermeiro visam ensinar a pessoa a adquirir conhecimentos e habilidades na identificação precoce da disfunção da FAV e de como evitar o aparecimento destas complicações. As intervenções do tipo ensinar, são dirigidas para a preservação da funcionalidade da FAV, para os cuidados a ter

com o penso da ferida cirúrgica, para a avaliação da funcionalidade e identificação das complicações da FAV;

(3) Cuidados específicos com o processo de maturação da FAV- corresponde ao período de tempo que decorre entre as 48 horas após a construção até à primeira punção da FAV. Nesta fase, a pessoa deve ser ensinada a realizar comportamentos de autocuidado que promovam o desenvolvimento e maturação da nova FAV e a verificar se ocorrem alterações neuro circulatórias na extremidade do membro;

(4) Cuidados específicos em programa regular de HD - corresponde ao período de tempo que decorre entre a primeira punção até ao momento em que a FAV não apresenta condições para a realização do tratamento hemodialítico. Nesta fase, a pessoa deve ser ensinada a realizar comportamentos de autocuidado que visam a manutenção e qualidade da FAV. As intervenções do tipo ensinar devem ocorrer nos períodos interdialíticos e intradialíticos.

Quadro 4 : Autocuidado após construção da FAV

Ensinos sobre autocuidado após construção da FAV
• A TA deve ser monitorizada e mantida a uma pressão sistólica mínima de 100 mmHg. Se a TA descer abaixo desse nível, o fluxo sanguíneo pode ser afetado o que implica um maior risco de trombose na fistula;
• A ferida cirúrgica deve ser examinada regularmente para despiste de sinais de hemorragia excessiva ou edema;
• Verificar se ocorrem alterações neurocirculatórias na extremidade do membro;
• O fluxo de sangue deve ser verificado regularmente, deve-se ouvir um ruído do tipo "whoosh" (sopro), ao colocar a mão deve-se sentir uma sensação de zumbido (frémido);
• O sopro e o frémido devem ser verificados regularmente;
• Realizar exercícios de mão, como abrir e fechar a mão numa bola de apertar ou numa pequena ligadura.

Fonte: Adaptado de Thomas, 2005.

O enfermeiro que acompanha a pessoa com DRC em programa de HD tem uma ação essencial na prestação de cuidados de enfermagem, específicos em relação às técnicas dialíticas. Para além destas técnicas, o enfermeiro deve ser capaz de, simultaneamente, implementar e desenvolver com a pessoa, em tratamento de HD, mecanismos que o capacitem para aquisição de comportamentos de autocuidado à FAV, otimizando-a e prevenindo complicações como a infeção e a trombose (Clementino et al., 2018). Este autocuidado, traduz-se em comportamentos espontâneos e propositados por parte da pessoa, os quais têm como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar e o bom funcionamento do acesso vascular. Pelo que, é de todo importante que a pessoa com DRC saiba os comportamentos que deve ter para manter o acesso vascular otimizado e em bom estado (Sousa et al., 2015). É evidente e emergente a necessidade de implementar medidas ou estratégias capazes de promover comportamentos de autocuidado com a FAV, de modo a impedir e/ou identificar precocemente complicações da FAV e aumentar a qualidade de vida da pessoa com DRC (Sousa, 2012).

3.1.7 Regime terapêutico

O regime terapêutico necessário para a pessoa com DRC em TSFR é exigente e por vez difícil de compreender, dado que se trata de um regime terapêutico rigoroso e diferente do que é habitualmente considerado saudável para a população em geral. A Ordem dos Enfermeiros (2016a) acrescenta que se trata de um regime terapêutico multifacetado, que não é fácil de gerir e impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família. Efetivamente, é um regime terapêutico que abrange aspetos relacionados com o tratamento dialítico em si, a preservação do acesso vascular, a administração de medicamentos, a adoção de uma dieta específica, o controlo da ingestão de líquidos e a adoção de um estilo de vida apropriado (Bossola et al., 2022).

O envolvimento da pessoa com DRC no seu processo de adaptação é essencial, devendo esta assumir a responsabilidade de preservar o mais elevado nível de saúde e funcionalidade possível. Aos enfermeiros cabe o papel de apoiar, fornecendo informações relevantes e implementando estratégias compatíveis com a realidade, que capacitem a pessoa e a sua família nesta transição entre saúde e doença. Para alcançar este objetivo, torna-se necessário o estabelecimento de uma parceria entre a pessoa com doença crónica e o profissional de saúde. Esta colaboração é fundamental tanto para identificar os problemas existentes e definir as metas do plano terapêutico, antecipando potenciais dificuldades, como para desenvolver competências que permitam superá-las. Dada a complexidade do regime terapêutico, é indispensável que os profissionais de saúde considerem os fatores de vulnerabilidade e resiliência de cada pessoa, facilitando uma transição saudável e promovendo o fortalecimento da capacidade de gerir a doença de forma autónoma (Bastos, 2015).

3.1.7.1. Regime dietético

O papel de um regime alimentar saudável é muito mais complexo do que a mera ingestão e/ou combinação de nutrientes. A gestão alimentar tradicional da DRC, centra-se predominantemente na quantidade da dieta em detrimento da sua qualidade. Com base neste pressuposto, são necessárias modificações para tentar que a pessoa com DRC adote uma dieta do tipo "*Plant Based*", isto é, baseada em vegetais, ou alicerçada no estilo Mediterrânico, ou ainda uma *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH), a fim de atender às necessidades individuais prescritas, sem esquecer as restrições específicas de potássio, sódio, líquidos e fósforo (Chauveau et al., 2017).

O regime dietético da pessoa com DRC em HD, inclui restrições nos líquidos e na dieta, que são das principais dificuldades sentidas pelas pessoas (Cristóvão, 2016; Denhaerynck et al., 2007). Habitualmente a pessoa com DRCT pode ingerir 500 ml de fluidos além da sua diurese em 24 horas, mas as pessoas anúricas têm maior dificuldade em gerir a sede. A deficiente gestão da restrição hídrica pode causar um elevado GPID, resultando no aumento da mortalidade e morbilidade cardiovascular (Daugirdas, 2015).

3.1.7.1.1. Restrição de sódio e líquidos

A restrição de sódio e líquidos é essencial para o controlo da tensão arterial, do

volume extracelular e para evitar ganho de peso excessivo entre as sessões de HD, sobretudo em pessoas anúricas ou oligúricas. O GPID, na pessoa em programa de HD, contribui para a HTA, podendo evoluir para insuficiência cardíaca ou edema agudo do pulmão (Bossola et al., 2022).

A restrição de sódio é fundamental para a pessoa com DRC e para além disto, é protetora para o aparecimento da HTA. Uma forma eficaz de reduzir o consumo de sódio, é ajudar a pessoa a identificar os alimentos ricos em sódio alertando-a para a sua evicção da dieta. Neste tipo de alimentos, destacam-se os alimentos processados, vegetais enlatados, alimentos em conserva e fermentados, sopas pré-cozinhadas, batatas fritas, nozes e sementes salgadas. Neste domínio o enfermeiro pode assumir um papel fundamental ao incrementar, pela via do ensino, pequenas alterações nas escolhas alimentares, como por exemplo, escolher alimentos não processados, escolher vegetais congelados em vez de enlatados, evitar sopas e alimentos em conserva e fermentados, as quais são essenciais para cumprir uma dieta com restrição de sódio (Naber & Purohit, 2021).

O GPID é o resultado da ingestão de sal e água entre duas sessões de HD (Ipema et al., 2016). No final de cada sessão de HD, a pessoa deverá chegar ao seu peso seco, que é considerado o peso ideal para a pessoa não apresentar edemas, dispneia e nem sintomas intradialíticos de câibras e hipotensão. O GPID excessivo pode resultar do “elevado consumo de líquidos, sódio, proteínas e da baixa eficiência dialítica” (Silva, 2019), sendo comumente empregue como um parâmetro para a ingestão de líquidos durante a ingestão diária, tendo em conta a produção de urina em consideração (Silva, 2019). Um maior GPID está associado a uma pressão maior do nível de sangue pré-diálise, maiores reduções intradialíticas na pressão sanguínea como resultado de uma maior taxa de ultrafiltração e aumento da mortalidade (Ipema et al., 2016). Ao mesmo tempo, o GPID é cada vez mais reconhecido como um indicador do *status* nutricional, sendo a desnutrição considerada uma das principais complicações em pessoas a fazer HD e pode resultar no aumento da morbilidade e mortalidade.

3.1.7.1.2. Restrição de potássio

A hipercalemia é uma condição metabólica grave, que é frequente em pessoas com DRC. A capacidade dos rins de excretarem potássio está inversamente relacionada com a função da TFG. A hipercalemia altera a função do sistema nervoso, causando disfunção eletrofisiológica, levando a pessoa a apresentar manifestações clínicas como fraqueza muscular, parestesias, paralisia, náuseas, hipotensão, arritmias cardíacas e paragem cardíaca (Naber & Purohit, 2021). A pessoa com DRC em HD, deve fazer uma monitorização mensal do nível de potássio. As pessoas em regime de HD são aconselhados a limitar a ingestão dietética de potássio para manter os níveis séricos de potássio dentro dos valores normais (3,5–5,5 mEq/L). O potássio está presente em muitos alimentos, como vegetais, folhas verde-escuras, batatas, tomates, frutas, café, chá e cítrinos; pelo que para a pessoa com DRC é recomendada a ingestão de vegetais e frutas com baixo teor de potássio e ricos em

fibras, juntamente com outros nutrientes, acrescida da necessidade de ferver os vegetais antes de serem consumidos, para diminuir a sua concentração de potássio (Naber & Purohit, 2021).

3.1.7.1.3. Restrição do fósforo

A restrição da ingestão alimentar de fósforo é essencial para manter o controlo sérico desse mineral. Em contrapartida, a restrição alimentar de fósforo pode diminuir a ingestão proteica, bem como levar à desnutrição e ao aumento da mortalidade (Lynch et al., 2011).

Reduzir a ingestão de fósforo na dieta é um desafio. Requer educação intensiva da pessoa doente para compreender a complexidade dos rótulos alimentares e evitar a desnutrição. Evidências crescentes mostram que a redução de alimentos processados com alto teor de aditivos de fósforo está relacionada com a melhor gestão do fósforo. O controlo do fósforo no regime dietético requer um conjunto específico de habilidades e conhecimentos, devendo ser adaptado à preferência de cada indivíduo e situação familiar, disponibilidade de alimentos, compra e preparação de alimentos, para integrar eficientemente o controlo do fósforo na rotina de vida diária na gestão da DRC (Vervloet et Al., 2018).

3.1.7.1.4. Não adesão ao regime dietético

A maioria das pessoas com DRC consegue adaptar-se a essas restrições e demonstrar responsabilidade nesse sentido. No entanto, existem pessoas que enfrentam dificuldades em cooperar. Esses comportamentos não cooperativos podem manifestar-se de diversas formas, como não seguir a dieta prescrita, ingerir líquidos em excesso (Thomas, 2005).

As demandas do tratamento dietoterápico tornam-se fatores limitadores de adesão dos clientes e podem se agravar ao longo do tratamento de substituição renal (Cristóvão, 2016).

3.1.8. Autogestão da doença

Aproximadamente metade das pessoas com doença crónica apresentam comorbilidades, muitas vezes não controladas por dificuldades na sua gestão, que devem ser colmatadas (*Improving Chronic Illness Care*, s.d.). Este facto torna evidente que a abordagem a estas pessoas deve ser integrada, mobilizando todos os recursos disponíveis, considerando não apenas as especificidades dessas doenças, mas também a forma como cada pessoa é (ou não) capaz de as integrar nas suas vidas, readaptando-se e reinventando-se, de acordo com os seus recursos internos, as suas redes de apoio e as suas circunstâncias de vida (Vilar, 2009).

A autogestão constitui um conjunto de tarefas que as pessoas devem empreender para viver bem a sua vida, com uma ou mais condições de saúde crónicas (Sousa et al., 2021). O desempenho dessas tarefas é fortemente influenciado pelas características individuais, manifestadas sobre um conjunto de atitudes e comportamentos, chamados de estilos de

gestão e que variam desde o estilo responsável até ao negligente (Bastos, 2015).

A autogestão da doença crónica, realizada por meio de programas de educação, está associada à redução do número de hospitalizações e de ocorrências à urgência, e, em sentido global, à redução dos custos associados com os cuidados de saúde (Coleman & Newton, 2005).

A autogestão incorpora a autovigilância e a gestão de sintomas, mas é mais ampla uma vez que aborda as consequências funcionais, emocionais, psicossociais e físicas ou de conforto das condições de saúde. A autovigilância é um elemento da autogestão, mas é específica para a consciencialização e medição de parâmetros específicos e sintomas que indicam a necessidade de agir ou consultar um médico (Galvão & Janeiro, 2013).

Ao clarificar o progresso da doença pretende-se contribuir para uma alteração dos comportamentos de autocuidado da pessoa (Sousa, 2019). Desta forma, educar para a autogestão implica um conjunto de cuidados relacionados com aspetos clínicos, educacionais, psicossociais e comportamentais, que fornecem a base para ajudar todas as pessoas a “navegar” com confiança no seu autocuidado diário, possibilitando melhores resultados em saúde (Beck et al., 2017).

3.1.8.1. Autocuidado

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1983), o autocuidado refere-se a um conjunto de ações realizadas pela pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde, prevenir ou minimizar doenças e recuperar o bem-estar. Estas ações baseiam-se nos conhecimentos e competências adquiridos através de profissionais ou da experiência pessoal. O autocuidado inclui práticas realizadas por pessoas leigas para a sua própria saúde, de forma independente ou em cooperação com os profissionais de saúde (OMS, 1983). Existe uma ampla gama de medidas de autocuidado simples e pouco complexas, mas que têm um impacto significativo na saúde e no bem-estar das pessoas. Quando a pessoa entende o alcance dessas atitudes e comportamentos, poderá contribuir de forma eficaz e assumir o controlo sobre os seus processos de saúde e doença, reservando apenas as situações mais específicas e complexas a necessitar da ajuda e intervenção dos profissionais de saúde (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Orem (2001) definiu o autocuidado como uma prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam no sentido da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Definiu também três sistemas de enfermagem: 1) o totalmente compensatório (quando o cliente é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado); 2) o parcialmente compensatório (que exigem medidas ou ações de cuidado que envolve tarefas de manipulação ou de locomoção) e 3) o de apoio-educação. Este último surge quando o indivíduo precisa e consegue aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico e regular o desenvolvimento das suas atividades de autocuidado. Neste caso, o enfermeiro atua no sentido de capacitar o indivíduo como agente de autocuidado. É neste sentido que a adesão ao tratamento pelos indivíduos com DRC em HD nos mostra em que medida os mesmos conseguem implementar o tratamento adequado, detetando necessidades de autocuidado relativas às restrições alimentares, hídricas, entre outras (Marriner-Tomey,

1994; Petronilho, 2012).

Em 1999, Backman e Hentinem identificaram e caracterizaram quatro perfis de autocuidado, cada um com diferentes condições para a ação e diferentes significados, nomeadamente: o perfil de autocuidado responsável, o formalmente guiado, o independente e o autocuidado de abandono. O autocuidado, inscrito na matriz existencial das pessoas, está intimamente conectado com o seu passado, a sua experiência de vida. Destacam-se como fatores que influenciam o perfil de autocuidado os antecedentes pessoais, a personalidade e as suas experiências de saúde e envelhecimento, ou seja, está inscrito no percurso biográfico das pessoas (Backman & Hentinem, 1999).

Assim, o **perfil de autocuidado responsável** implica a atividade e responsabilidade em todas as AVDs, bem como nas ações para cuidar da saúde e da doença. As pessoas com este perfil sabem as razões para qualquer tipo de tratamento e tomam decisões sobre se o fazem ou não. Procuram saber os motivos dos seus sintomas e as possibilidades de tratamento e, se notam que algo não está bem, não hesitam em procurar apoio junto dos profissionais de saúde, criando relações com os mesmos que normalmente duram muito tempo. Este perfil de autocuidado é um verdadeiro estilo de vida. Estas pessoas têm muito cuidado com a sua condição física, realizam uma alimentação saudável e praticam e/ou interessam-se pelo exercício físico. Demonstram, também, uma experiência positiva no que respeita ao envelhecimento e esperam a colaboração dos enfermeiros na orientação positiva para uma vida ativa (Backman & Hentinem, 1999).

Um **perfil de autocuidado formalmente guiado** caracteriza-se pela monitorização constante das tarefas diárias. Estas pessoas cumprem o que lhes é indicado, sem questionar as razões por detrás das suas ações, limitando-se a seguir instruções relacionadas com a saúde. As suas decisões baseiam-se na vivência de outras pessoas, adotando uma perspetiva realista acerca dos impactos do envelhecimento. Este tipo de autocuidado é frequentemente acompanhado de uma aceitação passiva da vida como ela se apresenta. São indivíduos que depositam uma elevada confiança nos enfermeiros, atribuindo-lhes a responsabilidade pela sua saúde (Backman & Hentinem, 1999).

Por outro lado, o **perfil de autocuidado independente** reflete o desejo da pessoa em seguir a sua própria "voz interior". Estas pessoas desenvolvem formas criativas de gerir as suas atividades diárias, a saúde e as condições de saúde, agindo de forma autónoma e sem orientação externa. Quando identificam algo errado, evitam procurar apoio e tentam resolver a situação sozinhas, frequentemente através de tentativa e erro. Geralmente, não mencionam sintomas ou problemas de saúde, comparando-se com os outros e percebendo-se como mais saudáveis. Com frequência, rejeitam as orientações dos profissionais de saúde. Para estas pessoas, o lar é o espaço onde se sentem protegidas e onde desejam permanecer, mesmo que isso implique isolamento ou graves limitações à sua autonomia (Backman & Hentinem, 1999).

Um **perfil de autocuidado de abandono** caracteriza-se pela ausência de responsabilidade e pela sensação de impotência. Estas pessoas não conseguem cuidar de si próprias, nem gerir a sua vida, enfrentando limitações que podem incluir analfabetismo, perda de audição, dificuldades de mobilidade, entre outras. Estas

condições frequentemente conduzem a uma forte tendência para desistir. O abandono está frequentemente associado à tristeza e à depressão crónica. Estas pessoas experienciam insegurança quanto ao futuro e revelam receio em relação à dor, incapacidade, deterioração física, perda de autonomia e morte (Backman & Hentinen, 1999).

As características que definem cada perfil de autocuidado podem influenciar de forma significativa as abordagens terapêuticas a serem adotadas, assim como a intensidade e os métodos de acompanhamento direcionados a cada pessoa doente, considerando os diferentes perfis de autocuidado (David, 2015). O processo de adaptação de uma pessoa que inicia a diálise é complexo e exigente, envolvendo diversas alterações na rotina diária, além de ajustamentos no domicílio, como o plano alimentar, restrição hídrica, cuidados com o acesso vascular, entre outros. Durante as sessões de diálise, é comum que a pessoa enfrente complicações intradialíticas difíceis de suportar, sendo os sintomas mais frequentes as câibras, hipotensão e vômitos (David, 2015).

Para gerir a doença crónica e as suas consequências, as pessoas precisam de aprender a compreender a condição, a lidar com o tratamento prescrito, a adaptar-se emocionalmente às exigências impostas pela doença e a reestabelecer relações interpessoais nas suas atividades de vida, sejam elas básicas ou instrumentais (Sidani, 2011).

O modelo de Dorothea Orem centra-se na prática de enfermagem, direcionando-se para a capacitação do cliente de forma a torná-lo um agente do seu próprio autocuidado. O enfermeiro, como figura principal no planeamento dos cuidados, deve utilizar um raciocínio adaptado para identificar as necessidades apresentadas pelo cliente.

A teoria dos sistemas de enfermagem estrutura-se em torno da ajuda proporcionada pelo enfermeiro enquanto agente de autocuidado. De acordo com Orem, a enfermagem consiste num processo de suporte, implementado por meio de intervenções que permitem superar ou compensar as limitações relacionadas com a saúde, possibilitando às pessoas a regulação do seu funcionamento ou desenvolvimento (Cristóvão, 2016).

3.1.9 Processo de transição saúde-doença

As pessoas com DRC que iniciam programa de HD, deparam-se com muitos desafios, tais como: gestão da doença; adequação da dieta e redução da ingestão de fluidos; dificuldade em manter os relacionamentos com amigos, família e trabalho; adaptação (*coping*) às novas emoções decorrentes do processo de transição como raiva, medo, ansiedade, frustração e tristeza por ter uma doença crónica; aceitar a disrupção com aquilo que eram as atividades diárias que desenvolvia previamente à doença; confronto com a esperança média de vida mais curta; a perceção da própria mortalidade e aceitar a possibilidade de serem necessários internamentos frequentes (Feroze et Al., 2010).

Segundo Azevedo e colegas (2011), a adaptação ao programa de HD atravessa três fases distintas. A primeira, o período conhecido como lua de mel ou euforia, caracteriza-se pela reação inicial da pessoa ao tratamento, podendo durar desde algumas semanas até seis meses ou mais. Há uma melhoria tanto física quanto psicológica, acompanhada de uma renovação da esperança e da confiança. Contudo, podem ocorrer momentos de ansiedade e

depressão; nesta etapa é comum que a pessoa manifeste atitudes positivas e agradecimento para com os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento. A seguir, surge o período de desilusão e decepção, marcado por sentimentos de tristeza e desespero, bem como pela diminuição da confiança e da esperança. Esta fase pode ocorrer quando a pessoa retoma a sua rotina diária e toma consciência das limitações impostas pela DRC, podendo prolongar-se por um período de três a doze meses.

Por último, emerge o período de adaptação, no qual a pessoa pode alternar entre longos períodos de resignação e depressão. Gradualmente, é observado um maior nível de aceitação da realidade associada à DRC, tornando-se mais consciente das limitações e mudanças que a HD provoca no dia-a-dia (Azevedo et al., 2011).

Quando confrontadas com a sua condição de saúde, as pessoas tendem a realizar uma avaliação cognitiva e, posteriormente, desenvolvem um conjunto de tarefas adaptativas e gerais que lhes permitem aceitar a sua condição de doente crónico e redefinir o futuro (Ogden, 2004).

O conceito de transição foi definido por Chick e Meleis como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, implicando algum grau de redefinição pessoal. Este conceito refere-se a uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados pelas pessoas doentes, nas expectativas de vida, nas competências ou até na capacidade de gerir as suas condições de saúde (Chick e Meleis, 1986).

As transições relevantes para a enfermagem desafiam a pessoa doente a adquirir novos conhecimentos e aptidões que lhe permitam modificar comportamentos e redefinir a perceção de si mesma e da sua condição de saúde (Meleis et al., 2000).

Meleis (1991) esclarece que a transição remete para uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou nas capacidades. Existem características comuns que definem um período de transição: a desconexão da habitual rede social e dos sistemas de apoio social, a perda temporária de objetos ou referências familiares significativas, e o surgimento de novas necessidades. Sob esta perspetiva, a transição exige que o indivíduo assimile novos conhecimentos e desenvolva novas aptidões.

As transições podem apresentar-se sob diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. São percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autónomas, nem mutuamente exclusivas (Meleis et al., 2000). São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (Meleis et al., 2000).

A consciencialização relaciona-se com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora da transição, cuja ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição. O seu nível influencia diretamente o nível de envolvimento, que é definido como a forma como a pessoa se envolve no seu processo de transição. A pessoa, só pode envolver-se depois de estar consciencializada das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. São exemplos de envolvimento a procura de informação e a proatividades (Meleis et al., 2000).

Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e significados. Estas devem ser exploradas segundo a natureza, temporalidade,

gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas (Meleis et al., 2000).

A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes, como por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (Meleis et al., 2000).

As transições, são também caracterizadas pelo espaço temporal, ou seja, pelo fluxo ao longo do tempo. Essa propriedade estende-se desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e *stress* até um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade (Meleis et al., 2000).

Os eventos críticos ou pontos de viragem, estão frequentemente, associados com o aumento da consciencialização sobre a mudança e diferença, além de um maior nível de envolvimento para lidar com a experiência de transição. A maioria das experiências de transição envolve pontos críticos e eventos, requerendo do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência para lidar com essas mudanças (Meleis et al., 2000).

Para compreender as experiências vivenciadas dos indivíduos durante as transições é necessário conhecer os condicionalismos pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável, ou seja, a reformulação de sua identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos (Meleis et al., 2000).

Quanto aos condicionalismos pessoais destacam-se os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais, quando o estigma está ligado a uma transição podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; o *status* socioeconômico mais baixo está mais vulnerável a sintomas psicológicos e fatos que dificultam a transição; a preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um aspeto inibidor da transição (Meleis et al., 2000). É de salientar que todos os condicionalismos antes referidos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável.

Dos condicionalismos pessoais atribuídos aos eventos que precipitam a transição, os significados são de especial relevância, na medida que podem desencadear mecanismos de defesas que impedem a pessoa doente de assimilar a situação (contato com a realidade) no sentido de por exemplo, aceitar a doença e aderir ao tratamento proposto. Como refere Gameiro (2004), os significados relacionados com a ideia de estar doente centram-se em dois quadros temáticos fundamentais: (a) os significados conotadas com a doença (significado dos sintomas e sua classificação num determinado tipo de doença, atribuição causal e antecipação das consequências); (b) os significados que decorrem do confronto com o tratamento (avaliação das perdas e ganhos, antecipação da reação emocional e avaliação de recursos pessoais).

A forma como a pessoa aceita a doença e as estratégias utilizadas para lidar com a nova condição estão relacionadas com a o seu padrão cognitivo para enfrentar situações de *stress* em geral e relacionadas com o problema em particular (Gameiro, 2004).

Os condicionalismos da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também

dificultar ou facilitar a transição (Meleis et al., 2000).

À medida que os resultados são vivenciados, estes refletem diretamente na qualidade de vida das pessoas que passam pela transição (Meleis et al., 2000). A definição de quando uma transição está concluída é variável e flexível, dependendo do tipo de mudança ou do evento que dá início à transição, assim como da natureza e do ritmo desta. Dois indicadores resultam de uma transição concluída: o domínio de novas competências (mestria) e o desenvolvimento de uma identidade adaptável (habilidade) (Costa, 2016).

O enfermeiro tem um papel importante junto da pessoa, promovendo ações de educação no sentido de dar autonomia na gestão da doença crónica e na prevenção de potenciais complicações (Bell & Duffy, 2009). Desta forma, o enfermeiro contribui para que a pessoa com doença crónica consiga experienciar uma transição saudável para a sua nova condição (Meleis et al., 2000).

3.1.9.1. Estratégias de coping

A preocupação em estudar a forma como as pessoas atuam face aos eventos perturbadores do bem-estar (agentes de *stress*), deu origem ao conceito de *coping*. Os processos adaptativos ou de *coping* remetem a um ego desenvolvido e são compreendidos como um processo que vai além dos automatismos e dos estilos habituais de funcionamento do indivíduo. Deste modo, dá-se importância à diversidade de estratégias aplicadas pelos indivíduos em diferentes situações (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* refere-se a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, em constante transformação, para lidar com as exigências específicas, internas e externas, que são percebidas como difíceis ou que excedem os recursos pessoais disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984).

Assim, O *coping* é um processo de mudança, em que a pessoa umas vezes recorre a mecanismos defensivos e outras vezes usa estratégias de resolução de problemas, variando as soluções em função da perceção que o indivíduo faz da situação (Cristóvão, 2016).

Lazarus e Folkman (1984) apresentam dois tipos de *coping*, cada um com as suas respetivas estratégias: o *coping* orientado para o controlo das emoções e o *coping* orientado para a resolução de problemas.

O *coping* centrado no controlo das emoções é mais utilizado quando a pessoa reconhece que não existe nenhuma solução viável para modificar o problema. Nestas circunstâncias, o indivíduo procura, sobretudo, reduzir a tensão emocional, a angústia e o sofrimento psicológico. Por isso, é comum recorrer a estratégias como: minimizar o problema; evitar refletir sobre o assunto; adaptar-se à nova realidade; atribuir um significado mais favorável ou positivo à situação; decidir que há assuntos mais prioritários a resolver; considerar que a situação poderia ser muito pior; assumir que é prematuro pedir ajuda; irritar-se; ou imputar a culpa do ocorrido a algo ou alguém (Cristóvão, 2016).

Por outro lado, o *coping* centrado na resolução de problemas ocorre quando a pessoa acredita ter a capacidade de controlar ou alterar a situação. Os esforços adaptativos

conduzidos pela pessoa permitem analisar e definir os problemas; procurar alternativas para enfrentar as circunstâncias; avaliar os custos e os benefícios das opções disponíveis para lidar com o problema; escolher a estratégia mais apropriada; agir; ou ajustar as expectativas e ambições (Cristóvão, 2016).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 37 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-21 21:00:00	Febuxastote 80 mg, 1 cp, PO, 1 vez ao dia, pequeno-almoço	
2024-10-21 21:00:00	Ramipril 5 mg, 1 cp, PO, 1 vez ao dia, ao pequeno almoço	
2024-10-21 21:00:00	Rilmenidina 1 mg, 1 cp, PO, 1 vez ao dia, ao pequeno almoço e jantar	
2024-10-21 21:00:00	Cinacalcet 30 mg, 1 cp, PO, 3 vezes por semana após as sessões de HD	
2024-10-21 21:00:00	Ácido Fólico 5 mg, 1 cp, PO, 3 vezes por semana, após as sessões de HD	
2024-10-21 21:00:00	Neorecormon 8000 UI, IV, 3 vezes por semana, no final das sessões de HD	
2024-10-21 21:00:00	Complexo B 15mg/15mg/50mg/10mg/0,15mg/0,01mg, 1 cp, PO, 3 vezes por semana, após as sessões de HD	
2024-10-21 21:00:00	Sevelâmero 1cp, PO, 3 vezes ao dia, ao almoço, lanche e jantar	
2024-10-21 21:00:00	Alérgico ao nimesulide	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para todos os medicamentos prescritos, inicialmente deve ser avaliado com a pessoa se existem

défices de conhecimento ou se está a ser cumprido o regime terapêutico (Vallerand et al., 2016). Para isso foi feita pesquisa no processo clínico (com autorização prévia da pessoa alvo do estudo de caso) para validar a medicação da listagem aferida na colheita de dados.

Ácido Fólico

O ácido fólico é utilizado para a prevenção e tratamento de anemia. É necessário para a síntese proteica e para a função dos glóbulos vermelhos. Estimula a produção de glóbulos vermelhos. Tem efeito na manutenção da hematopoiese. No que se refere às implicações para a enfermagem, deve proceder-se à monitorização dos sintomas indicativos de anemia (fadiga, fraqueza e dispneia) (Vallerand et al., 2016).

Complexo B

O complexo B, trata-se de uma associação de vitaminas, cujo organismo humano é incapaz de sintetizar, tendo que 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 (<https://www.indice.eu/pt/>).

Febuxostate

O Febuxostate, é um medicamento utilizado para o tratamento de adultos com hiperuricémia crónica, logo atua reduzindo os níveis de ácido úrico no sangue. A hiperuricémia pode conduzir à formação e acumulação de cristais de ácido úrico nas articulações e nos rins. Quando isto acontece nas articulações e causa dor, o quadro de sintomas é conhecido como “gota”. O aumento súbito dos níveis de ácido úrico no sangue, pode danificar os rins. Os efeitos secundários mais frequentes são: diarreia, cefaleia, erupções cutâneas, náuseas, aumento dos sintomas de gota e edema localizado devido à retenção de líquidos (<https://www.indice.eu/pt/>).

Ramipril

O ramipril é um anti-hipertensor, que atua como inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA). Tem como efeitos adversos mais frequentes: tosse, hipotensão, perda da perceção do gosto, proteinúria. Relativamente às implicações para a enfermagem, a pessoa deve ser instruída para não parar a medicação, mesmo que tenha a tensão arterial controlada e a pessoa deve ser informada sobre outras medidas de controlo da HTA (dieta pobre em sódio, e a prática de exercício físico). A monitorização da tensão arterial deve ser feita com regularidade para titular a terapêutica e minimizar os efeitos adversos (Vallerand et al., 2016).

Rilmenidina

A rilmenidina é utilizada para tratar a tensão arterial elevada (hipertensão essencial). Os efeitos adversos indesejáveis mais frequentes são: sonolência (potenciada pelo consumo de álcool), insónia, prurido, erupções cutâneas, disfunção sexual e câibras. Deve ser tomado antes das

refeições (<https://www.indice.eu/pt/>). No que se refere à implicações para a enfermagem, deve-se instruir a pessoa a não parar a medicação, mesmo que tenha a tensão arterial controlada, informar sobre outras medidas de controlo da HTA (dieta pobre em sódio, e a pratica de exercício físico). A monitorização da tensão arterial deve ser feita com regularidade para titular a terapêutica e minimizar os efeitos adversos (Vallerand et al., 2016).

Cinacalcet

O cinacalcet é um medicamento que atua como um calcimimético por ativação alostérica do recetor sensível ao cálcio, o que é expresso em vários tecidos do corpo humano. É utilizado para o tratamento do hiperparatiroidismo secundário em pessoas com DRC que estão em tratamento com HD ou diálise peritoneal. O Cinacalcet funciona melhor se for tomado com alimentos ou logo após uma refeição, visto que a alimentação aumenta acentuadamente a biodisponibilidade do produto (<https://www.indice.eu/pt/>).

Epoetina beta

A epoietina beta está indicada no tratamento de anemia associada à DRC, atuando como estimulador da eritropoietese. Como reações adversas podem ocorrer cefaleias, alterações cardiovasculares por eventos trombóticos e HTA. No caso da HD, pode haver necessidade de aumentar a anticoagulação, por aumento dos valores analíticos (Coyne et al., 2015; Vallerand et al., 2016). Relativamente às implicações para enfermagem, é importante manter vigilância da tensão arterial (risco de HTA), monitorização de sintomas indicativos de anemia (fadiga, dispneia, palidez), monitorização do estado da ampola venosa e dialisador em todos os tratamentos de HD (risco de coagulação e perda do CEC, com necessidade de aumento de heparina nas sessões). Quanto às vias de administração, pode ser endovenosa (EV) e subcutânea (SC). Pode ser administrada por via EV, na linha venosa do CEC no fim do tratamento dialítico, durante a reinfusão (Vallerand et al., 2016).

Sevelâmero

O sevelâmero está indicado no controlo da hiperfosfatemia em clientes 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, vômitos, náuseas, diarreia, dispepsia, dor abdominal, obstipação, flatulência e erupção cutânea (Nambiar et al., 2018). No que se refere às implicações para a enfermagem,

deve-se avaliar a ocorrência dos efeitos secundários durante o tratamento e deve-se instruir a pessoa para tomar esta medicação às refeições (Vallerand et al., 2016). Os quelantes de fósforo devem ser tomados junto com as refeições, pois é nesse momento que o fósforo dos alimentos está a ser absorvido. Tomar o medicamento antes ou muito tempo depois das refeições pode

reduzir sua eficácia (Alves & Cardoso, 2017).

As informações referentes à vigilância do aparecimento de sinais e sintomas inerentes ao uso dos medicamentos, como os cuidados com a sua conservação e armazenamento, deve ser validada com a pessoa a fim de identificar défices de conhecimento que necessitem de intervenção por parte do enfermeiro.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

21-10-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Fístula arteriovenosa

21-10-2024 21:00 - Frémio da fístula arteriovenosa

21-10-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémio bem perceptível.

22-11-2024 21:00 - Frémio da fístula arteriovenosa

22-11-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémio bem perceptível.

21-10-2024 21:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

21-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução do frémio da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.]*

22-11-2024 21:00 - Frémio da fístula arteriovenosa

22-11-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o): Frémio bem perceptível.

21-10-2024 21:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

21-10-2024 21:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora.

22-11-2024 21:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]

22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hemodiálise [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hemodiálise [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre hemodiálise [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

Sondas, Drenos e Cateteres

21-10-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Cateter central

21-10-2024 21:00 - Localização do cateter central

21-10-2024 21:00 - Veia jugular Direita(o)

21-10-2024 21:00 - Características do dispositivo: Cateter tunelizado de longa duração.

21-10-2024 21:00 - Ausência de dor.

21-10-2024 21:00 - Ausência de calor.

21-10-2024 21:00 - Ausência de rubor.

21-10-2024 21:00 - Ausência de tumefação.

21-10-2024 21:00 - Ausência de exsudado.

22-11-2024 21:00 - Localização do cateter central

22-11-2024 21:00 - Veia jugular Direita(o)

21-10-2024 21:00 - Assegurar funcionamento do cateter

21-10-2024 21:00 - Otimizar cateter central (Veia jugular Direita(o)) [Na sessão de hemodiálise.]

21-10-2024 21:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central (Veia jugular Direita(o)) [Na sessão de hemodiálise.]

22-11-2024 21:00 - Localização do cateter central

22-11-2024 21:00 - Veia subclávia Direita(o)

22-11-2024 21:00 - Ausência de dor.

22-11-2024 21:00 - Ausência de calor.

22-11-2024 21:00 - Ausência de rubor.

22-11-2024 21:00 - Ausência de tumefação.

22-11-2024 21:00 - Ausência de exsudado.

21-10-2024 21:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

21-10-2024 21:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central (Veia jugular Direita(o)) [Na sessão de hemodiálise.]

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

21-10-2024 21:00 - Cateter intraperitoneal [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Características do dispositivo: Cateter de tenckhoff.

21-10-2024 21:00 - Ausência de dor.

21-10-2024 21:00 - Ausência de calor.

21-10-2024 21:00 - Ausência de rubor.

21-10-2024 21:00 - Ausência de tumefação.

21-10-2024 21:00 - Ausência de exsudado.

21-10-2024 21:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter intraperitoneal [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal: facilitador.

21-10-2024 21:00 - Capacidade para otimizar cateter intraperitoneal: facilitadora.

21-10-2024 21:00 - Autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal: facilitadora.

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

Fístula Arteriovenosa (Domínio- Atitudes Terapêuticas)

A presença da uma FAV traz consigo responsabilidades de autocuidado para a sua

manutenção, preservação e prevenção de complicações, além de que, neste domínio é possível explorar os diagnósticos de enfermagem relacionados com a gestão do regime de hemodiálise para a promoção da adaptação e vivência da DRC da maneira mais eficaz possível. É de salientar que, este domínio não contempla a identificação de diagnósticos relacionados com os cuidados antecipatórios inerentes à realização de uma FAV, não tendo sido impedimento para realização de intervenções que promovessem tais autocuidados.

Um dos objetivos é determinar evolução da FAV, sendo necessário para tal, capacitar o cliente para a realização de exame físico regular a fim de determinar a sua evolução e detetar precocemente complicações.

Cateter Venoso Central tunelizado de longa duração (Domínio- Sondas drenos e cateteres)

O cliente iniciou a HD com CVC e durante o estágio fez HD pelo CVC, entretanto fez cirurgia para construção de uma FAV (rádio cefálica esquerda) que estava em fase de maturação.

O CVC tunelizado de longa duração é indicado para clientes que necessitam de HD a longo prazo e não possuem outro acesso vascular disponível. Esse tipo de cateter apresenta menor risco de infeção, pois passa por um túnel subcutâneo antes de entrar na veia, reduzindo a exposição direta a microrganismos. Além disso, é mais confortável para o cliente e pode ser utilizado por um período prolongado (Balbinotto et al., 2020). O CVC é um dispositivo amplamente utilizado em pessoas que necessitam de HD, especialmente quando não possuem uma FAV madura ou em situações de emergência. A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental na manutenção e prevenção de complicações associadas a esse dispositivo, garantindo a segurança e o bem-estar do cliente (KDOQI, 2020).

O uso de cateteres permite o início imediato da HD, porém está associado a inúmeras complicações (Rocha et al., 2005; Rocha et al., 2010). As complicações tardias decorrentes do uso de um CVC são as infeções locais, bacteriemias, trombose do cateter, trombose venosa, obstrução do cateter e estenose de veia central (Katneni & Hedayati, 2007; Betjes, 2011). As complicações relacionadas ao cateter de diálise podem ser divididas em imediatas, associadas ao procedimento de inserção, ou tardias, que ocorrem com o uso do acesso vascular. Entre elas, a principal é a infeção da corrente sanguínea relacionada com o cateter (Barcellos et al., 2017; Farrington & Allon, 2019).

As infeções representam as principais complicações, especialmente por facilmente culminarem em bacteriemia, devido à localização intravascular ocupada pelo cateter (Betjes, 2011). Para prevenir infeções relacionadas ao CVC foi criada, pela Direção Geral da Saúde (DGS), uma norma clínica (DGS, 2015/2022) intitulada "Feixe de intervenções para a Prevenção de infeção Relacionada com o Cateter Venoso Central".

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-10-2024 21:00	Sistema cardiovascular	
21-10-2024 21:00	Padrão alimentar	
21-10-2024 21:00	Atitudes terapêuticas	
21-10-2024 21:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
21-10-2024 21:00	Padrão alimentar	
21-10-2024 21:00	Sistema cardiovascular	
21-10-2024 21:00	Volume de líquidos	
22-11-2024 21:00	Eliminação urinária	

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

Pretende-se com a realização do presente relatório demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. O enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019).

A identificação dos domínios tem como finalidade priorizar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente, considerando o contexto em que o estágio decorreu e o enquadramento teórico apresentado. De seguida, é analisada a relevância de cada um dos domínios identificados com o caso clínico em estudo: sistema cardiovascular e padrão alimentar.

Sistema cardiovascular - No que se refere ao domínio do sistema cardiovascular é reconhecido que a DRC é um problema de saúde global, afetando mais de 840 milhões de pessoas. Está ligada a maior mortalidade e morbilidade, parcialmente mediada por maior risco cardiovascular e agravamento da função renal (Wanner et al., 2025). A HTA é uma das principais complicações da DRC, causada pelo desequilíbrio no controlo de líquidos e alterações hormonais, como a ativação do SRAA. Além disso, o risco de arritmias e fibrilação auricular aumenta devido a fatores como a hipertrofia ventricular, a calcificação valvular e a disfunção eletrolítica (especialmente hipercalemia e hipocalcemia) (Herzog et al., 2011).

No caso concreto deste cliente, foi crucial identificar este domínio, intervindo no sentido de realçar a importância do controlo da DRC e a gestão eficaz do regime de HD através da vigilância dos parâmetros de tensão arterial, assim como a consciencialização da relação entre

a tensão arterial e as complicações relacionadas com a DRC. A promoção da consciencialização sobre a importância do controlo da tensão arterial, tanto para prevenir a HTA, como para prevenir a hipotensão, gera autorresponsabilização e ajuda na gestão eficaz da doença crónica. Face ao exposto, a vigilância hemodinâmica é fundamental, não só pela deteção de excesso de líquidos, que leva ao aumento da tensão arterial, mas também pelo desenvolvimento de hipotensão como uma das mais frequentes intercorrência interdialíticas. A monitorização da tensão arterial, revela-se essencial para detetar situações adversas e antecipar intervenções de enfermagem.

Volume de líquidos - Os rins são órgãos essenciais para o bom funcionamento de todo o organismo, pois eles regulam a composição e o volume dos líquidos corporal, daí a necessidade de identificar o domínio do volume de líquidos. Eles interferem diretamente sobre o adequado funcionamento do sistema cardiovascular, sendo responsáveis pelo controlo da composição iónica dos líquidos corporais (regula a quantidade de diferentes iões inorgânicos presentes no organismo), também elimina as toxinas e metabolitos, o balanço de ácidos e bases que ajuda a manter o pH dos líquidos corporais dentro dos limites e também, a secreção de diferentes hormonas (Ravagnani et al., 2021). Na presença de DRC estas funções são assim afetadas, o que origina complicações em todos os sistemas do organismo (Eknoyan & Lameire, 2012). Desencadeia manifestações e complicações multiorgânicas, afetando diferentes sistemas, e em diferentes proporções, consoante o estágio da doença, como: HTA, anemia, hiperparatiroidismo secundário, hiperfosfatemia, hipercalemia, acidose metabólica, hipervolemia, desnutrição, entre outras (Eknoyan & Lameire, 2012; Levey & Coresh, 2012; Rosenberg, 2019). A restrição de líquidos é um fator importante para a segurança e resultados do tratamento de HD.

A monitorização do volume de líquidos não se limita apenas ao que acontece nos tratamentos de HD, também requer atenção no domicílio por parte do cliente, pois uma monitorização adequada da ingestão de líquidos é fundamental para autogestão do regime terapêutico da DRC, a qual se reflete pela ingestão de água.

É um requisito de autocuidado manter um aporte hídrico de acordo com as restrições impostas pela doença e tratamento, com foco nas medidas de redução do consumo de sal e controlo da ingestão hídrica (Cristóvão, 2016). A ingestão excessiva de líquidos, provoca GPID com consequente intolerância às sessões de tratamento (por ultrafiltração excessiva), com risco de hipotensão, câibras, náuseas, vômitos e cefaleias. Numa situação mais grave pode desencadear um quadro de edema agudo do pulmão (Silveira & Silva, 2022).

Padrão alimentar - Relativamente ao padrão alimentar, constata-se que o regime dietético da pessoa em TSFR é bastante complexo, sujeito a um padrão alimentar rigoroso, com restrições exigentes, o que acarreta dificuldades na gestão do regime (Cristóvão, 2016; Terra et al., 2010). Exige mudança de comportamentos favoráveis à nova condição decorrente da doença crónica e

alteração do estilo de vida, tendo o enfermeiro um papel fundamental de intervenção face às novas necessidades das pessoas (Cristóvão, 2016). O regime dietético é um pilar importante no controlo da DRC, principalmente para a pessoa em programa regular de HD, pois é fundamental manter um bom estado nutricional e prevenir complicações. Os objetivos da dieta da pessoa com DRCT são a manutenção de um bom estado nutricional através da ingestão adequada de proteínas, vitaminas e minerais, mas também o controlo do edema e a manutenção do equilíbrio eletrolítico, por via da restrição da ingestão de fluidos, de sódio e de potássio. Por outro lado, através do controlo da ingestão de cálcio, fósforo e vitamina D, também possível prevenir ou retardar o desenvolvimento da osteodistrofia renal (Mahan & Raymond, 2018). Além de outras comorbilidades (como a DM), a perda de aminoácidos durante a HD e o aumento do consumo energético aumentam a necessidade proteica nestes clientes. Portanto, a prevenção da desnutrição é um objetivo importante, pelo aumento do risco de morbilidade e mortalidade e está associada à perda da massa muscular, à astenia, à dificuldade de cicatrização e à imunossupressão (Silva et al., 2011).

O fósforo é considerado um dos principais contribuintes para o malefício vascular em pessoas com função renal normal e especialmente em pessoas com DRC. O controlo da absorção de fósforo para evitar a sobrecarga de fósforo é uma prática comum em pessoas com DRC, mas a sua utilidade noutras pessoas com outras doenças começa a ser considerada. A dieta e a utilização de fixadores de fósforo são formas de efetuar este controlo (Rodríguez-Osorio et al., 2015). A restrição da ingestão de fósforo na dieta é muitas vezes ineficaz, uma vez que pode levar à desnutrição e por sua vez associada a um aumento do risco da mortalidade. Além disso, o consumo de fósforo dietético, aumentou significativamente no último século, para níveis bem acima da quantidade diária recomendada (700mg por dia para adultos), devido ao seu uso não regulamentado como alimento, reconhecido como aditivo. As indicações dietéticas para a redução da ingestão de fósforo na pessoa a fazer programa de HD, está entre 800 a 1000mg/dia, para manter os níveis séricos normais (Ikizler et al., 2020). Considerando a importância do controlo do fósforo, foi necessário adicionar no domínio do padrão alimentar o dado: Excesso de ingestão de fósforo face ao regime dietético aconselhado para dar origem aos diagnósticos: Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético (Intervenção de enfermagem: Ensinar sobre dieta restrita em fósforo) e Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo do fósforo (Intervenções de enfermagem: Avaliar a evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo do fósforo e Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização).

É aconselhável em qualquer fase da DRC limitar o consumo de alimentos processados devido ao seu teor de potássio, fósforo e sódio, uma vez que sua biodisponibilidade é de 100% em comparação com fontes orgânicas (Pérez, et al., 2022). A redução do consumo de sal é essencial para controlar a pressão arterial e não agravar a insuficiência cardíaca congestiva (edemas, dificuldade respiratória) para reduzir a sede e facilitar a gestão da restrição hídrica (Karalis,

2003). Este domínio permitiu identificar as necessidades nutricionais e as restrições alimentares das pessoas em HD. O objetivo da identificação dos problemas de enfermagem inerentes a este domínio foi a prescrição de intervenções que promovessem a aquisição de ferramentas para autogestão do regime dietético, através do conhecimento das complicações decorrentes do não cumprimento das restrições dietéticas impostas pela DRC. Deste domínio ainda cabe destaque à análise dos significados que possam dificultar o processo de transição saudável da pessoa com DRC em programa de HD, bem como às estratégias de *coping*, que o cliente adota para ultrapassar as dificuldades impostas pela doença.

Todos os domínios selecionados tiveram o objetivo comum de promover a autogestão eficaz da doença. A gestão efetiva da doença e do regime é mais complexa do que o simples cumprimento (adesão) de um regime de cuidados de saúde prescrito. O padrão alimentar requer uma avaliação nutricional meticulosa, sendo necessária a definição de objetivos e estratégias de tratamento para uma adequada autogestão do regime (Mira et al., 2017).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

21-10-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Localização do Pulso

21-10-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-10-2024 21:00 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

21-10-2024 21:00 - Pulso de grande amplitude (*magnus*) e regular.

21-10-2024 21:00 - Pulso rítmico.

21-10-2024 21:00 - Pulso simétrico.

21-10-2024 21:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-10-2024 21:00 - Membro superior Direita(o)

21-10-2024 21:00 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.

21-10-2024 21:00 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador

[MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Significado atribuído à hipertensão: desvalorização.

22-11-2024 21:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

22-11-2024 21:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à hipertensão [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à hipertensão [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea [Na sessão de hemodiálise.]

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre hipotensão: facilitador.

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da hipotensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da hipotensão: facilitador [MELHOROU].

22-11-2024 21:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipotensão [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipotensão [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Adota comportamentos de autogestão da pressão sanguínea.

22-11-2024 21:00 - Refere satisfação com a autogestão da pressão sanguínea.

22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Localização do Pulso

22-11-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o)

22-11-2024 21:00 - Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

22-11-2024 21:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

22-11-2024 21:00 - Pulso rítmico.

22-11-2024 21:00 - Pulso simétrico.

22-11-2024 21:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-11-2024 21:00 - Membro superior Direita(o)

22-11-2024 21:00 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.

22-11-2024 21:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

22-11-2024 21:00 - Temperatura das extremidades

22-11-2024 21:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

22-11-2024 21:00 - Coloração das extremidades

22-11-2024 21:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

22-11-2024 21:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação urinária

22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

22-11-2024 21:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Na sessão de hemodiálise.]

Volume de líquidos

21-10-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Sensação de sede normal.

21-10-2024 21:00 - Turgor da pele normal.

21-10-2024 21:00 - Pele hidratada.

21-10-2024 21:00 - Peso: 73.00 Kg.

21-10-2024 21:00 - Ausência de olhos encovados.

21-10-2024 21:00 - Densidade urinária normal.

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: regime de ingestão de líquidos

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de ingestão de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de ingestão de líquidos.

22-11-2024 21:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de ingestão de líquidos.

21-10-2024 21:00 - Edema [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos:

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

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

22-11-2024 21:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00

- 22-11-2024 21:00 - Sensação de sede normal.
- 22-11-2024 21:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].
- 22-11-2024 21:00 - Pele hidratada.
- 22-11-2024 21:00 - Peso: 72.00 Kg.
- 22-11-2024 21:00 - Ausência de olhos encovados [MANTEVE].
- 22-11-2024 21:00 - Quantidade de urina: 1800 ml.
- 22-11-2024 21:00 - Densidade urinária normal [MANTEVE].
- 22-11-2024 21:00 - Sinal da onda líquida abdominal negativo.

Padrão alimentar

21-10-2024 21:00

- 21-10-2024 21:00 - Número de refeições diárias: 3.
- 21-10-2024 21:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 21-10-2024 21:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 21-10-2024 21:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 21-10-2024 21:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.
- 21-10-2024 21:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.
- 21-10-2024 21:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.
- 21-10-2024 21:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.
- 21-10-2024 21:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
- 21-10-2024 21:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

21-10-2024 21:00 - Autogestão do regime dietético

21-10-2024 21:00 - Determinar evolução do padrão alimentar [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: regime dietético

- 21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].
- 21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 21-10-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora.
- 21-10-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-11-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

21-10-2024 21:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

22-11-2024 21:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre dieta restrita em potássio [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 22-11-2024

21:00

21-10-2024 21:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]

22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - *Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

21-10-2024 21:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - *Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

21-10-2024 21:00 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Na sessão de hemodiálise.]*

22-11-2024 21:00

22-11-2024 21:00 - Número de refeições diárias: 4.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 21:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão alimentar

21-10-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Excesso de ingestão de fósforo face ao regime dietético aconselhado

21-10-2024 21:00 - Não confeciona diariamente as refeições, come em restaurantes 3 a 4 vezes por semana, mais do que uma vez por dia (comida com molhos, não caseiras)

21-10-2024 21:00 - Não sabe como reduzir o fósforo da alimentação

21-10-2024 21:00 - Autogestão do regime dietético

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão do regime dietético

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: Necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - *Ensinar sobre dieta restrita em fósforo [Na sessão de hemodiálise.]* [FIM] 22-11-2024 21:00

Sistema cardiovascular

21-10-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Não sabe sobre as complicações da hipotensão

21-10-2024 21:00 - Hipotensão [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea [FIM] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre complicações da hipotensão: Necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

21-10-2024 21:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipotensão [RESOLVIDO] 22-11-2024 21:00

21-10-2024 21:00 - *Ensinar sobre complicações da hipotensão [Na sessão de hemodiálise.]* [FIM] 22-11-2024 21:00

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Informar que deve ingerir diariamente apenas 500 ml de líquido para além da quantidade de débito urinário diário;
- Informar que deve monitorizar a quantidade de líquidos ingerida durante o dia;
- Informar que deve considerar líquidos, não só bebidas como água, café, chá ou leite, mas também alimentos como iogurtes líquidos, gelados e sopas;
- Evitar sumos, refrigerantes e bebidas açucaradas;
- Informar que deve utilizar chávenas e copos pequenos;
- Informar que pode chupar gelo para diminuir a sensação de sede;
- Fonte: Cristóvão (2016); Riella & Martins (2013).

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Informar que a vigilância da pressão sanguínea deve ser feita no braço contrário à FAV;
- Informar que a vigilância da pressão sanguínea é a média das leituras da pressão sanguínea obtidas com um aparelho de medição de pressão arterial validado, durante pelo menos 3 dias;

- Realizar a medição da pressão arterial de manhã e ao final da tarde, num local calmo, após 5 minutos de repouso, sentado com as costas e o braço apoiados;
- Fonte: Kyriakoulis (2022); McEvoy et al. (2024); Stergiou et al. (2021).

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Informar que deve estar atento ao aparecimento de sinais como: dispneia em pequenos esforços, ortopneia, edemas periféricos e da face e HTA;
- Fonte: Cristóvão (2016); Roso et al. (2013).

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- Informar sobre as complicações da retenção de líquido: insuficiência cardíaca; edema agudo do pulmão;
- Fonte: Karalis (2003); Cristóvão (2016).

Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

- Informar que a redução do consumo de sal é essencial para controlar a pressão arterial e não agravar a insuficiência cardíaca congestiva (edemas, dificuldade respiratória), bem como, para reduzir a sede e facilitar a gestão da restrição hídrica;
- Informar que as consequências da ingestão de excesso de líquidos incluem as câibras, a hipertensão, a fadiga, os edemas das extremidades, a dificuldade respiratória e o edema agudo do pulmão;
- Fonte: Karalis (2003); Cristóvão (2016).

Ensinar sobre regime dietético

- Informar que a pessoa com DRC em programa de HD é submetida a um tratamento penoso e complexo, com necessidade de gerir os líquidos e a dieta, habitualmente considerados problemas dominantes;
- Informar que a redução do consumo de sal é essencial para controlar a pressão arterial e não agravar a insuficiência cardíaca congestiva (edemas, dificuldade respiratória) para reduzir a sede e facilitar a gestão da restrição hídrica;
- Informar sobre alimentos que contém mais potássio e formas de reduzir o seu teor na confeção dos alimentos;
- Aconselhar a limitar o aporte de fósforo para controlar a hiperfosfatemia e minimizar a osteodistrofia renal;
- Aconselhar a ingerir proteína suficiente para compensar as perdas dialíticas de aminoácidos essenciais e azoto. O aporte proteico da pessoa em HD deve ser de 1,0-1,2 g/kg/dia (com 50% de alto valor biológico) de forma a minimizar as perdas de aminoácidos e o catabolismo proteico associado à HD e garantir um estado nutricional estável;
- Reduzir o GPID para reduzir a pressão sanguínea, reduzir as complicações durante a HD como câibras, hipotensão;
- Aconselhar a ingerir 500 ml de líquidos para além da sua diurese em 24 horas;
- Não cozer alimentos no micro-ondas, panela de pressão ou ao vapor;
- Descascar batatas, cortá-las em pedaços, deixá-las de molho durante, pelo menos, uma hora;
- Validar conhecimentos adquiridos na consulta com a dietista do serviço de HD;

- Fonte: Cristóvão (2016); Cruz (2015); Naber & Purohit (2021); Ipema (2016); Ikizler et al. (2020); National Kidney Foundation (2000); Silva (2019); Kaptein et al. (2010); Karalis (2003); Wong et al. (2017).

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Reduzir o consumo de sal não ultrapassando o consumo de mais do que 1800 mg/dia a 2300 mg/dia de sódio por dia (equivale a $\pm$ 1 colher de chá com sal);
- Evitar os alimentos salgados;
- Evitar usar sal à mesa;
- Substituir o uso de sal na confecção dos alimentos por ervas aromáticas e especiarias;
- Verificar a quantidade de sódio (sal) nos rótulos dos alimentos;
- Evitar alimentos embalados/enlatados/processados;
- Evitar a carne e o peixe defumados, enchidos e os produtos de charcutaria;
- Evitar consumo de molhos comerciais;
- Evitar caldos de carne, peixe ou legumes;
- Fonte: Cristóvão (2016); Riella & Martins (2013).

Ensinar sobre dieta restrita em potássio

- Informar que deve moderar o consumo de frutas e legumes frescos;
- Evitar cereais com aveia e frutos secos;
- Aconselhar a cozer os legumes duas vezes em muita água;
- Restringir os produtos lácteos na dieta;
- Aconselhar a deixar as batatas de molho em água, durante pelo menos, uma hora antes de as confeccionar;
- Fonte: National Kidney Foundation (2000); Cristóvão (2016).

Ensinar sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância

- Analisar os valores analíticos do fósforo, potássio, valores tensionais e relacioná-los com a dieta ingerida no último mês;
- Informar que são recomendados valores de tensão arterial inferiores a 140/90 mmHg, e quando o cliente apresentar valores acima dos valores de referência deve: reduzir o consumo de sal não ultrapassando o consumo de mais do que 1800 mg/dia a 2300 mg/dia de sódio (equivale a $\pm$ 1 colher de chá com sal);
- Informar que são recomendados níveis séricos de potássio inferiores a 6,0 mEq/L, e quando os níveis séricos se encontram maiores do que o valor recomendado, deve-se reduzir os alimentos ricos em potássio;
- Evitar o chocolate e cacau;
- Evitar o uso de micro-ondas ou da panela de pressão, preferindo cozinhar em muita água para dissolver o potássio;
- Restringir o consumo de salada de tomate, alface e cenoura;
- Limitar o consumo de fruta fresca a duas peças por dia, devendo ser cozida;
- Evitar os frutos oleaginosos como as nozes, avelãs e amêndoas;
- Evitar as leguminosas secas (grão, feijão, ervilha e favas) mesmo na sopa; evitar os frutos secos (passas de uva ou de figo);
- Reduzir todos os alimentos com mais de 600 mg de potássio por 100 gramas;

- Informar que são recomendados níveis séricos de fósforo inferiores a 6,0 mEq/L, e quando os níveis séricos se encontram maiores do que o valor recomendado, deve-se reduzir os alimentos ricos em fósforo;
- Limitar o consumo de leite e derivados (leite condensado, requeijão ou iogurte);
- Evitar carne e peixe em conserva ou defumados;
- Pode ser necessário tomar ou aumentar fixadores de fósforo;
- Evitar as farinhas, bolachas e outros produtos integrais;
- Fonte: Cristóvão (2016); NephroCare (2006); National Kidney Foundation (2009) O`Neil (2007); Rodrigues et al. (2025); Vennegoor (2005).

Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação

- Informar que os quelantes de fósforo devem ser tomados com as refeições, pois é nesse momento que o fósforo dos alimentos está a ser absorvido. Tomar o medicamento antes ou muito tempo depois das refeições pode reduzir sua eficácia;
- Informar que mesmo com a toma de quelantes, é fundamental reduzir o consumo de alimentos ricos em fósforo, como laticínios, enchidos refrigerantes e, principalmente, alimentos processados;
- Ensinar a ler rótulos dos alimentos e identificar ingredientes que contém fósforo oculto;
- Fonte: Alves & Cardos (2017); Gomes & Silva (2016); Oliveira & Fernandes (2021).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia

- Deve verificar a quantidade de sódio (sal) nos rótulos dos produtos, explicação fornecida através de folheto informativo (anexo III);
- Ensinar a ler rótulos dos alimentos e identificar ingredientes que contém fósforo oculto, orientar para a consulta do site:
https://www.era-online.org/wp-content/uploads/2022/11/ERN-handouts_fosforo_PT.pdf, onde ensina encontrar o fósforo dos alimentos através do rótulo;
- Fonte: Naber & Purohit (2021); National Kidney Foundation (2000); Silva (2019); Wong et al. (2017); Ipema (2016); Cruz (2015); Ikizler et al., 2020); Cristóvão (2016).

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Informar que se deve pesar todos os dias, de manhã, ao acordar, após esvaziar a bexiga se ainda urinar, antes de se alimentar, usando sempre o mesmo tipo de roupa e pesar-se, sempre com o mesmo tipo de roupa (pijama/ camisa ou sem roupa);
- Utilizar sempre a mesma balança (não comparar pesos de balanças diferentes como a do Centro de Saúde ou Farmácia);
- Registrar peso em diário/folhas de registo;
- Fonte: Homem et al. (2022).

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- Informar sobre as complicações da HTA: Enfarte agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; doença arterial periférica e insuficiência cardíaca;
- Fonte: Al Ghorani et al. (2022); Marques (2019).

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Explicar que deve medir a quantidade de líquidos que é permitida por dia (colocar numa

garrafa por exemplo);

- Informar que deve controlar o peso e a quantidade de líquido que bebe em cada dia;
- Informar que deve beber menos quando tem edemas ou dispneia;
- Informar sobre a importância de vigiar a eliminação urinária;
- Fonte: Cristóvão, 2016.

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Explicar que o cliente deve avaliar o volume de eliminação urinária nas 24 horas, com recurso ao uso de um recipiente, de forma a perceber se há variação do débito urinário;
- Fonte: Roso et al. (2013).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede

- Evitar alimentos açucarados e salgados;
- Bochechar com água morna até 4 vezes por dia, sem engolir;
- Trincar meia rodela de limão;
- Lavar os dentes e língua quando sentir muita sede;
- Beber pouca água de cada vez, sugerir a distribuição de líquidos ao longo do dia;
- Usar chávenas, copos e garrafas pequenas para a ingestão de líquidos;
- Fonte: Cristóvão (2016); Riella & Martins (2013).

Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

- Informar ao cliente que os seus rins não são capazes de eliminar água suficiente e por isso necessita de realizar tratamento; essa água em excesso só é removida nos dias que faz tratamento, juntamente com a capacidade que ainda tem para eliminar urina diariamente;
- Informar que os líquidos que se acumulam de um tratamento para o outro (GPID) se forem em excesso (superior à capacidade que ainda têm de eliminar). Podem surgir edemas (dos membros inferiores e palpebrais), falta de ar e cansaço;
- Informar que ultrafiltrações excessivas (pelo GPID) podem originar intolerância ao tratamento, com risco de hipotensão;
- A retenção de líquidos provoca hipertensão (pelo maior trabalho cardíaco), outras alterações cardiovasculares e edema agudo do pulmão (por acumulação de líquidos no pulmão);
- Fonte: Rodrigues et al. (2011); Salgueiro et al. (2011); Sherman et al. (2015); Silva et al. (2011).

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Informar que as principais complicações da FAV são: redução do fluxo sanguíneo, hematoma, hemorragias e presença de infeção ou infeção instalada;
- Fonte: Rocha & Pinho (2019).

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Informar que deve sentir o frémito no local da FAV duas vezes ao dia;
- Recomendar a comprimir o local da punção com os dedos em caso de sangramento;
- Verificar todos os dias se a mão do braço da FAV arrefece;
- Observar sinais de vermelhidão ou inchaço nos locais da punção;
- Proteger o braço da FAV de arranhões, cortes ou picadas;

- Não permitir colheitas de sangue, nem avaliação da tensão arterial no braço da FAV;
- Avisar o enfermeiro se começar a doer a mão do braço da FAV;
- Informar que se deve deslocar ao hospital, caso a FAV deixe de ter frémio;
- Fonte: Martins & Moura (2023); Gonçalves et al. (2020).

Ensinar sobre hemodiálise

- Durante a HD, o sangue passa por um filtro especial chamado “dialisador”, antes de ser devolvido ao organismo;
- O dialisador é composto por muitas fibras minúsculas (tubos), dentro das quais o sangue circula e cada fibra tem poros nas suas paredes;
- Existe um fluido especial, chamado solução de diálise ou dialisante, que flui à volta das fibras, purificando o sangue, a qual não entra em contacto direto com o sangue;
- Através dos poros das fibras minúsculas, a água e os resíduos tóxicos em excesso saem do sangue, em direção à solução de diálise;
- O sangue purificado regressa ao organismo, enquanto que a solução de diálise é eliminada;
- Informar sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico para o sucesso do tratamento;
- Esclarecer dúvidas que possam surgir relacionadas com o tratamento;
- Explicar a relação da dispneia (respiração de Kussmaul) com a sobrecarga hídrica;
- Fonte: Bossola et al. (2022); Fernandes & Cruz (2017); <https://www.apir.org.pt>.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Estabelecer um contrato-programa com o cliente para a implementação de um plano destinado a reduzir o GPID, incluindo a adaptação da sua rotina e a avaliação dos resultados obtidos;
- Estabelecer um contrato-programa com o cliente para a implementação de um plano destinado a reduzir os valores de fósforo sérico, incluindo a adaptação da sua rotina e a avaliação dos resultados obtidos;
- Fonte: Cristóvão (2016); Naber & Purohit (2021); Riella & Martins (2013); Roso et al. (2013).

Ensinar sobre dieta restrita em fósforo

- Informar que deve moderar o consumo de leite e derivados;
- Evitar o consumo de vísceras;
- Evitar chocolate e cacau;
- Evitar o consumo de alimentos industrializados como enlatados, molhos prontos; evitar conservas de peixe;
- Evitar os produtos integrais;
- Reduzir o consumo de nozes, amêndoas e pinhões;
- Ensinar a ler rótulos e identificar ingredientes que contêm fósforo oculto;
- Fonte: Wong (2022); Cristóvão (2016); Riella & Martins (2013); Gomes & Silva (2016).

Ensinar sobre complicações da hipotensão

- Informar que a hipotensão resultar em sintomas desconfortáveis, como: câibras e fadiga

- pós-diálise; riscos aumentados de trombose do acesso vascular;
- Fonte: Georgianos & Agarwal (2019).

3.8. Síntese relativa ao caso

O primeiro contato com o cliente ocorreu durante uma sessão de HD. Previamente, a enfermeira tutora já tinha contactado com a pessoa em causa, pedindo autorização para que a estudante o pudesse abordar e simultaneamente, solicitou a autorização para a participação no estudo de caso. O cliente foi bastante recetivo em colaborar e disponibilizou-se para dar todas as informações necessárias. O objetivo do primeiro contato foi estabelecer uma ligação empática, para posteriormente, proceder à colheita de dados.

Uma das primeiras dificuldades foi encontrar o momento oportuno para realizar a colheita de dados, uma vez que durante as sessões de HD está sempre acompanhado por outras pessoas a fazer HD. Deste modo, a colheita de dados foi realizada com o auxílio de um guia orientador (Anexo II), procurando momentos de maior privacidade, como o fim da sessão de HD ou durante a sessão de HD, quando o cliente estava em salas com menos pessoas, ou enquanto os outros clientes dormiam. As estratégias utilizadas, permitiram estabelecer uma relação empática com o cliente, como também, conhecê-lo e fazer um enquadramento tipológico dos seus atributos pessoais, a fim de entender o melhor caminho a seguir para conceção dos cuidados.

A análise dos dados recolhidos permitiu determinar que estava na presença de uma pessoa com perfil de autocuidado independente (Backman & Hentinen, 1999). As pessoas com um perfil de autocuidado independente, demonstram formas originais de cuidar das suas atividades diárias, da sua saúde e da sua doença, gerindo-as autonomamente e sem orientação. Quando reparam que algo não está bem, não procuram ajuda e tentam sozinhas solucionar o problema, muitas vezes por tentativa e erro. Não referem os sintomas ou doenças e comparam-se com os outros, considerando-se mais saudáveis. Estas pessoas recusam muitas vezes os conselhos dos profissionais de saúde (Backman & Hentinen, 1999). Neste caso, o cliente, ocultava informações da família e amigos e apresentava crenças ilusórias sobre a sua autoeficácia. Acreditava que o que fazia estava correto, independentemente das evidências que corroboravam com o contrário (agravamento da doença que culminou com a necessidade de fazer HD).

No que se refere ao modo de enfrentar o *stress* o cliente enquadrou-se no modo negativista, visto que negava a existência dos problemas. As suas respostas emocionais eram fracas e incapazes de ativar o indivíduo para procurar ajuda. Só a evolução e o agravamento da doença o levaram a procurar ajuda. Esta conduta, foi identificada por algumas respostas às questões formuladas na recolha de dados, como por exemplo, o facto de não se queixar da situação, de não expressar qualquer emoção relacionada com a situação (raiva, ansiedade), o que não era compatível com o tipo de transição que o cliente estava a vivenciar (transição de saúde-doença). Efetivamente a transição saúde-doença, aqui encontrada, levou a alterações profundas na rotina deste cliente, que exigem mudanças drásticas no seu comportamento e estilo de vida para se conseguir ajustar ao regime terapêutico instituído.

Também foi possível identificar o tipo de *coping* utilizado para enfrentar a situação, tendo sido o

coping centrado no controlo das emoções, o qual, é mais utilizado quando a pessoa percebe que nada de relevante pode ser feito para modificar o problema. Neste caso, a pessoa tende sobretudo a diminuir a tensão emocional, a angústia e o sofrimento psicológico. Assim, é frequente a pessoa socorrer-se de estratégias como: minimizar o problema; evitar pensar no assunto; acomodar-se à nova situação; atribuir um significado positivo ou mais favorável à situação, decidir que há assuntos mais importantes a resolver; achar que a situação podia ser bem pior; ou achar que é cedo para pedir ajuda (Cristóvão, 2016). Referiu muitas vezes que "estava tudo bem", que o único incómodo da HD era o tempo que tinha de estar a fazer o tratamento, o que não lhe permitia ensaiar com a sua banda todos os dias, como era habitual.

A evidência científica descreve três estádios de ajustamento ao tratamento de HD. O cliente deste estudo de caso estava claramente no período de lua de mel ou de euforia, que é caracterizado por uma resposta inicial da pessoa ao tratamento, que pode ir de algumas semanas a seis, ou mais meses. Na pessoa, verifica-se uma melhoria física e psicológica, havendo uma renovação da esperança e da confiança (Azevedo et. al, 2011). Esta constatação decorreu de algumas evidências demonstradas pelo cliente. Se por um lado, estava a vivenciar uma transição saúde-doença de padrão sequencial, uma vez que iniciou o regime de TSFR na modalidade de diálise peritoneal e segundo o mesmo, foi uma experiência traumática, que o levou ao Bloco operatório, duas vezes, no espaço de um mês; por outro, sentia que não se tinha conseguido adaptar ao regime, referia que tinha muita responsabilidade com o tratamento, e que a "máquina estava sempre a apitar", apesar da maior autonomia que o regime lhe trazia, ele não queria estar responsável pelo tratamento e preferia ir 3 vezes por semana fazer HD e ficar "entregue aos cuidados dos enfermeiros" do que manter o regime inicial. Esta atitude demonstrou uma desresponsabilização em relação à sua doença e também uma postura de passividade face à sua nova condição de doente crónico. Neste sentido, foi desenvolvido trabalho com o cliente, na medida em que o objetivo das intervenções de enfermagem, foi conduzi-lo para uma autorresponsabilização e para o desenvolvimento de uma boa adaptação ao regime instituído, que apesar de cómodo (para ele), exigia atitudes de autogestão cruciais para a prevenção de complicações que podiam levar à morte a curto ou a longo prazo.

O início da HD não foi considerado o evento crítico que poderia ter dado início ao processo de consciencialização; isto porque, para este cliente o evento crítico com o início de uma TSFR, foi a diálise peritoneal. Na altura foi considerada pelo próprio como um evento traumático que o cliente recusou continuar a fazer. Assim, o tratamento de HD passou a ser, na sequência do evento crítico uma "mais valia", por isso o processo de transição tornou-se mais difícil, pela sua aparente acomodação com a situação atual. Como o cliente apresentava um modo negativista, na maneira como enfrentava o *stress*, somente os eventos críticos isolados poderiam promover a mudança necessária para uma transição saudável. Esta constatação foi corroborada com um evento crítico que aconteceu numa das primeiras sessões de HD, em que o cliente apresentou um GPID de 3 Kg, que era excessivo para o que ele ainda urinava. Durante a sessão apresentou câibras horríveis, tendo até chorado; este evento foi utilizado para induzir uma experiência de consciencialização, o que foi muito eficaz, uma vez que a partir desse dia, não levou para sessão de HD, mais do que o peso considerado "ideal", referindo que "não queria voltar a passar pelo mesmo sofrimento".

Assim o processo de transição do cliente foi e poderá ser gradual e compartimentado, no entanto, já demonstrou envolvimento ao perguntar sobre como devia restringir o potássio e

como devia restringir o fósforo da sua alimentação.

Tal como evidencia Bastos (2015), para que uma pessoa possa ter uma consciencialização adequada é importante o papel da informação para que possa interpretar o que está a acontecer, logo é fortemente influenciada pela informação e conhecimento. A promoção da autorreflexão do cliente, escuta, demonstração disponibilizada de apoio, promoção da expressão de emoções, negociação de estratégias e utilização da confrontação, foram estratégias utilizadas com o cliente para promover a sua transição saúde-doença.

Seguidamente serão apresentados os objetivos e indicadores de resultado, para o cliente deste caso clínico, surgindo ao longo da exposição com a seguinte ordem: domínios, objetivos e indicadores de resultado. Note-se que uma das formas que os enfermeiros têm para avaliar o impacto das suas intervenções é através de indicadores de resultado (Silva, 2024).

No que se refere às atitudes terapêuticas, o cliente que inicialmente fazia HD por CVC, foi proposto para a construção de uma FAV. Assim, durante o estágio foi avaliado pelo cirurgião vascular, foi-lhe proposto a realização de uma FAV no membro superior esquerdo, que, entretanto, já se encontrava em fase de maturação. Antes da realização da FAV, o enfermeiro implementou intervenções do tipo ensinar sobre os cuidados antecipatórios, e durante a maturação, o cliente foi incentivado a manter os mesmos cuidados acrescidos da verificação do frémio da FAV. A sua maior preocupação era poder continuar a tocar guitarra, visto que, durante a consulta de acessos foi a única questão que colocou, ou seja, se a cirurgia poderia afetar a sua *performance* com a guitarra. Na altura foi informado de que a FAV não teria nenhuma influência, sanando as suas principais preocupações.

Para dar resposta ao objetivo melhorar o conhecimento sobre as complicações da FAV, percebeu-se que o cliente, fruto das intervenções do tipo ensinar, implementadas pelo enfermeiro passou a listar as principais complicações associadas à FAV. Face ao exposto, o cliente, recorreu ao serviço de diálise quando não conseguiu sentir o frémio da FAV, ao avaliar a tensão arterial oferecia o braço onde não tinha FAV, elencou os sinais de comprometimento circulatório que poderiam ocorrer no membro da FAV, demonstrou preocupação com os valores tensionais, referindo que tinha receio de perder a FAV, devido a um episódio de hipotensão.

No que se refere ao conhecimento sobre HD, o cliente passou a elencar os sinais de sobrecarga hídrica, explicou de forma simplificada e sucinta o mecanismo da hemodiálise, sabia a velocidade do fluxo da sua HD, sabia o tipo de dialisador que era utilizado para sua HD e sabia porque é que fazia 3 horas de sessão de HD.

Na fase inicial do tratamento, o cliente fazia HD através de um CVC, o que levou à necessidade de identificar o domínio sondas, drenos e cateteres. A presença do cateter trouxe a necessidade de identificar possíveis problemas de enfermagem, visto a sua existência estar associada a inúmeras complicações como infeções locais, trombose do cateter, trombose venosa e estenose da veia central (Rocha et al., 2005; Rocha et al., 2010; Katneni & Hedayati, 2007; Betjes, 2011). Neste sentido a intervenção do enfermeiro teve o objetivo de prevenir este tipo de complicação. Como o cliente teria que manter o tratamento por tempo indeterminado, foi-lhe proposta a realização de um acesso vascular mais definitivo, a FAV. Neste domínio não foi possível identificar o diagnóstico: promover autogestão do regime de hemodiálise, é uma lacuna, uma vez que há clientes em TSFR que realizam a HD exclusivamente pelo CVC. A identificação do domínio referido foi feita no domínio das atitudes terapêuticas.

Quanto ao domínio do sistema cardiovascular, o cliente, depois da intervenção do enfermeiro no

sentido da promoção da autogestão da pressão sanguínea, passou a identificar e reconhecer as complicações relacionadas com a HTA e a hipotensão. Para tal, contribuiu o significado que passou a atribuir ao controlo da tensão arterial, visto que na sua opinião passou a ser um aspeto importante para manter a sua doença crónica controlada. Neste sentido, a promoção da consciencialização da pessoa sobre a importância de controlar a tensão arterial, tanto para prevenir a HTA como para prevenir a hipotensão demonstra compromisso na gestão eficaz da doença crónica.

A hipotensão, é uma das complicações mais frequentes durante a HD, sendo o reflexo da grande quantidade de líquido que é removida do volume plasmático durante a sessão de diálise. Quando o ritmo ultrafiltração ultrapassa a capacidade de preenchimento vascular, ocorre hipovolémia e hipotensão (Nascimento & Marques, 2005). Atendendo à possibilidade desta complicação ocorrer, foi explicado ao cliente que algumas das causas mais comuns de hipotensão durante a HD poderiam estar relacionadas com flutuação na velocidade de ultrafiltração, objetivo de alcançar um peso seco abaixo do que é aconselhado para a pessoa, desajustes na toma de medicamentos anti hipertensores e o aquecimento da solução de diálise (Sherman et al., 2015). Também se informou o cliente que a hipotensão poderia ser caracterizada por um episódio tontura, sensação de desfalecimento, náuseas, suor e câibras musculares (Sherman et al., 2015). Assim, perante estes dados o cliente percebeu a importância de monitorização da tensão arterial para prevenir estas complicações e ainda conseguiu relacionar as câibras musculares que tinha tido num tratamento de HD devido a um GPID superior ao que seria esperado.

Os rins são órgãos essenciais para o bom funcionamento de todo o organismo, pois eles regulam a composição e o volume dos líquidos corporal, daí a necessidade de identificar o domínio do volume de líquidos. Eles interferem diretamente sobre o adequado funcionamento do sistema cardiovascular, sendo responsáveis pelo controlo da composição iónica dos líquidos corporais (regula a quantidade de diferentes iões inorgânicos presentes no organismo), também elimina as toxinas e metabolitos, o balanço de ácidos e bases que ajuda a manter o pH dos líquidos corporais dentro dos limites e também, a secreção de diferentes hormonas (Ravagnani et al., 2021). Na presença de DRC estas funções são assim afetadas, o que origina complicações em todos os sistemas do organismo (Eknoyan & Lameire, 2012). Desencadeia manifestações e complicações multiorgânicas, afetando diferentes sistemas, e em diferentes proporções, consoante o estágio da doença, como: HTA, anemia, hiperparatiroidismo secundário, hiperfosfatemia, hipercalemia, acidose metabólica, hipervolemia, desnutrição, entre outras (Eknoyan & Lameire, 2012; Levey & Coresh, 2012; Rosenberg, 2019). A restrição de líquidos é um fator importante para a segurança e resultados do tratamento de HD.

É um requisito de autocuidado manter um aporte hídrico de acordo com as restrições impostas pela doença e tratamento, com foco nas medidas de redução do consumo de sal e controlo da ingestão hídrica (Cristóvão, 2016). A ingestão excessiva de líquidos, provoca GPID com consequente intolerância às sessões de tratamento (por ultrafiltração excessiva), com risco de hipotensão, câibras, náuseas, vômitos e cefaleias. Numa situação mais grave pode desencadear um quadro de edema agudo do pulmão (Silva et al., 2011).

A monitorização do volume de líquidos não se limita apenas ao que acontece nos tratamentos de HD, também requer atenção no domicílio por parte do cliente, pois uma monitorização adequada da ingestão de líquidos é fundamental para a autogestão do regime terapêutico da

DRC, a qual se reflete pela ingestão de água.

As intervenções para este domínio focaram-se na capacitação, através dos ensinamentos, para a autovigilância, por exemplo, do edema, do peso e da tensão arterial. Neste domínio também se destacam as intervenções do tipo ensinar relacionadas com a promoção da consciencialização, visto que é importante o cliente perceber a importância que estes parâmetros têm no controlo eficaz da DRC e nas possíveis consequências dessa falta de controlo.

Apesar deste cliente não apresentar edemas ou sinais de desidratação (excluindo assim estas hipóteses diagnósticas), no caso da pessoa com DRC em tratamento de HD é necessário colher dados sobre a sede, peso e quantidade mensurável de urina. A seleção do domínio volume de líquidos também foi pertinente porque com a colheita de dados, constatou-se que havia necessidade de intervir sobre a falta de conhecimento sobre o regime de ingestão de líquidos e autovigilância da retenção de líquidos (intervenções como: ensinar sobre a autovigilância do peso corporal, ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea, ensinar sobre vigilância da eliminação urinária). O objetivo do enfermeiro passou por melhorar o conhecimento do cliente sobre o regime de ingestão de líquidos, e efetivamente, o cliente apresentou melhoria no conhecimento: relatou que diminuiu o sal da sua alimentação, iniciou a sua pesagem no domicílio, começou a medir a urina nas 24 horas e não voltou a exceder a quantidade de líquidos diária recomendada. Desta forma, passou a utilizar a autovigilância para detetar sinais e sintomas com o intuito de promover a autogestão da doença, isto porque, ao analisar os resultados da autovigilância, potencia-se a criação de uma experiência indutora de consciencialização.

Relativamente ao domínio do padrão alimentar, a sua seleção esteve relacionada com o facto de se perceber que o cliente não sabia como reduzir o potássio, o sódio e o fósforo da sua alimentação. Face ao exposto, a intervenção do enfermeiro passou por ajudar o cliente a melhorar o conhecimento sobre o regime dietético.

Durante o estágio, percebeu-se que o cliente conhecia os valores de referência máxima para a ingestão de sódio e enumerava estratégias para reduzir o sódio na alimentação que preparava. Em relação ao potássio, sabia que os níveis de potássio estavam dentro dos parâmetros normais, sabia elencar como deveria confeccionar os alimentos para reduzir o potássio. No que se refere ao fósforo, o cliente pediu para saber o resultado da última análise que tinha feito para saber se o fósforo estava alto, foi realizada essa análise e explicado qual era o valor alvo, ele demonstrou interesse em saber como deveria diminuir o fósforo da sua alimentação e para além da informação que lhe foi transmitida para colmatar as suas dúvidas, ele comprometeu-se a reduzir o número de refeições em restaurantes. Em relação aos valores de fósforo, não foi possível observar melhoria, pois os valores mantiveram-se inalterados. Contudo, a sua atitude mudou: demonstrou interesse em saber mais sobre como restringir o fósforo e demonstrou consciencialização de que deveria reduzir a ingestão de comida não caseira, o que se revelou um indicador preditivo de adesão.

A contratualização de comportamentos permitiu identificar o que o cliente estava disposto a fazer e definir pequenos objetivos, de forma a poder envolvê-lo neste processo. Foi necessário avaliar o seu padrão alimentar com bastante regularidade (solicitando o relato da sua ingestão diária), para identificar os principais erros e intervir no que estava alterado antes de lhe proporcionar demasiada informação que à partida ele poderia não valorizar. Foram utilizadas outras estratégias como: manter a alimentação que gosta, mas adequar quantidades; não ficar

tantas horas sem comer; realizar o reforço positivo para que o próprio cliente continuasse a confeccionar os seus alimentos e ainda reduzir as refeições provenientes de restaurante.

Durante o processo de conceção de cuidados e nas intervenções de enfermagem era discutido quais eram os objetivos das intervenções. Note-se que o cliente demonstrou interesse e foram-lhe disponibilizados sítios na internet para consultar, como por exemplo a página da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, para auxiliá-lo na procura de informações sobre a sua doença e estratégias para a confeção dos seus alimentos.

Foram utilizados folhetos informativos personalizados (anexo III), a fim de promover a literacia sobre a sua doença, os quais foram baseados nas necessidades da pessoa em início do regime de HD. Face às suas necessidades, também se realizou um folheto sobre a dieta restrita em fósforo (a seu pedido).

Ao analisar os indicadores de resultado, como o nível de conhecimento adquirido sobre a restrição hídrica, o conhecimento sobre a HD e o conhecimento sobre o regime dietético, constatou-se a aquisição de novos conhecimentos, ou seja, uma melhoria em saúde. Quando questionado sobre as temáticas, demonstrava ter conhecimento e, em alguns momentos, mesmo antes de se abordar, por exemplo, os cuidados a ter para prevenir complicações com a FAV, fazia referência aos cuidados, demonstrando que tinha adquirido o conhecimento.

4. ESTUDO DE CASO 2: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC EM PROGRAMA REGULAR DE HD HÁ 13 ANOS.

Homem de 79 anos, reformado, era pedreiro de profissão, vive com esposa e filha que é quem cozinha, vai à farmácia e conduz o carro da família. Parcialmente dependente nas AVDs. Utiliza duas canadianas como auxiliar de marcha, faz caminhada diária até a um café próximo ao domicílio e vai à Igreja aos domingos. Foi diagnosticado com DRCT estágio 5, secundária a nefropatia por IgA, há 13 anos. Como antecedentes pessoais tem: HTA não controlada; DM Tipo 2; ex fumador; abuso de anti inflamatórios não esteroides (AINES); Fibrilação Auricular (FA), motivo pelo qual é hipo coagulado. No ano de 2011 iniciou TSFR, tendo sido a HD a modalidade de tratamento até o momento. Ao longo deste tempo, teve vários tipos de acessos venosos, desde a colocação de cateteres de longa permanência até à construção da FAV. Efetua tratamento dialítico três vezes por semana, na unidade de diálise, com duração de 4 horas. Atualmente faz HD em FAV radio cefálica no terço superior do antebraço direito.

4.1. Enquadramento teórico

Este caso tem similaridades com o primeiro caso, por isso, o enquadramento teórico dos aspetos relacionados com a fisiopatologia da DRC, a regulação do sódio e da água, a HD como tratamento de substituição da função renal, as complicações durante o tratamento de HD, o acesso vascular para HD, a Fístula arteriovenosa, o Autocuidado com o acesso vascular para HD, o Autocuidado, o Regime terapêutico e as estratégias de *coping*, já foram abordados no caso anterior.

A seguir será explanado o enquadramento teórico que fundamenta os domínios seleccionados tendo por base as necessidades da pessoa em TSFR, idosa, experiente na sua doença e adaptada ao regime terapêutico, porém foram identificados domínios em que a intervenção de enfermagem pode ser útil para a promoção do autocuidado, sendo que a maioria das necessidades identificadas estavam relacionadas com défice de conhecimento.

4.1.1. Alterações cardiovasculares

O sistema cardiovascular é afetado pela insuficiência renal e pela HD, mas também pela retenção de água, de sódio e pela anemia. A HTA é uma condição comum devido à sobrecarga hídrica e à retenção de sódio, mas também tende a agravar-se com a diminuição

da perfusão renal, por ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Para a pessoa com DRC, a HTA não tratada é um importante fator de risco para Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC). A hipervolemia provoca hipertrofia ventricular esquerda e ICC, para a qual também contribuem a anemia, a acidose e as calcificações ectópicas (das artérias coronárias e das válvulas cardíacas). As arritmias estão associadas à hipercaliemia (Cristóvão, 2016).

A bradicardia sinusal e a taquicardia sinusal correspondem aos critérios definidos para um ritmo sinusal, exceto no que se refere à frequência, sendo na bradicardia inferior a 60 bpm e na taquicardia superior a 100 bpm. Tanto a bradicardia como a taquicardia sinusal podem ter causas variadas e devem ser sempre valorizadas na presença de sintomas clínicos. Na presença de bradicardia, podem ocorrer cansaço fácil, irritabilidade, incapacidade de concentração, apatia, diminuição das capacidades cognitivas, tonturas, vertigens, desequilíbrio, visão turva, síncope e pré-síncope. Já as taquiarritmias podem provocar palpitações, tonturas, astenia, dispneia, dor torácica, síncope ou mesmo morte súbita (Glikson, 2021).

A adesão ao regime medicamentoso nos clientes com distúrbios de ritmo cardíaco é importante pela necessidade de controlar sintomas e evitar possíveis complicações associadas às arritmias (Homen et al., 2022). O regime medicamentoso deve ser revisto junto da pessoa e apresentado de forma esquemática, dando ênfase ao nome dos medicamentos, quais as suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais. As pessoas devem ser orientadas a cumprir o regime medicamentoso instituído, mesmo que não manifestem sintomatologia, visto que é pela ausência de sintomas que se comprova a eficácia do tratamento (Van der Wal, 2005). Cabe ao enfermeiro, instruir a pessoa com doença crónica, que deve fazer-se acompanhar sempre do seu esquema terapêutico, principalmente quando se desloca a uma consulta médica ou é internado, de modo que seja possível confirmar o regime terapêutico, facilitando a identificação de possíveis casos de omissão, aumento de dosagem ou confusão (Rabelo et al., 2007). Pretende-se que os clientes com distúrbios do ritmo cardíaco sejam capazes de gerir a sua doença de uma forma eficaz, sendo que a realização de programas educacionais, tanto em regime de internamento hospitalar como de consulta de enfermagem, é fundamental (Homen et al., 2022).

4.1.2. O regime medicamentoso

Uma gestão eficaz do regime medicamentoso é essencial para o controlo da anemia, da HTA e da DM; mas também do desequilíbrio ácido-base, da hiperfosfatémia, da hipercalemia ou da hipocalcémia. Entre os fármacos mais comuns que retratam o regime medicamentoso da DRC, destacam-se o calcitriol, que promove a absorção intestinal de cálcio, regula a calcémia e ajuda a limitar a osteodistrofia renal e o hiperparatireoidismo; os fixadores do

fósforo, que evitam a hiperfosfatémia e a osteodistrofia renal; as resinas permutadoras de iões, que ajudam a prevenir a hipercalemia; os antihipertensores, e entre eles os IECA; os estimuladores da eritropoiese que ajudam a controlar a anemia (Barros et al., 2006). A estes, acrescem os suplementos com ação no tratamento da anemia, como o ferro, o ácido fólico e a vitamina B12. Efetivamente, nos casos de DRC, o tratamento da anemia é indispensável para evitar o aparecimento de outras complicações; isto porque, uma das consequências da anemia é a hipertrofia ventricular esquerda (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, 2007).

As pessoas com DRC, apresentam, frequentemente, outras comorbilidades, contribuindo para aumentar a complexidade do regime medicamentoso. A FA é uma arritmia crónica em que ocorre uma perda da função mecânica da contração auricular que provoca uma estase do sangue e a formação de coágulos nas aurículas; coágulos esses, que se embolizarem as artérias cerebrais podem provocar um AVC. Para prevenir esta embolia provocada pela FA, são utilizados frequentemente fármacos anticoagulantes, provocando a hipocoagulação da pessoa. A hipocoagulação acarreta riscos, nomeadamente, o risco de hemorragia, que deve ser tido em consideração em todos os cuidados prestados à pessoa hipocoagulada (Vallerand et al., 2016).

4.1.2.1. Reconciliação da medicação

É um processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada cliente, 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. A reconciliação da medicação designa-se como o processo de análise da medicação de uma pessoa doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação (DGS, 2016).

4.1.3. A pessoa idosa e a hemodiálise

As pessoas idosas razoavelmente saudáveis são de certa forma o grupo mais satisfeito com a HD (Auer, 1986; Weslie et al., 1984). A atitude de muitas pessoas idosas, relaciona-se por um lado com o facto de já terem tido uma vida agradável e por outro com a crença de que já se encontram com uma idade em que a morte, de uma forma ou de outra, não seria improvável. Por norma, as pessoas idosas, não sentem que a doença lhes roubou a possibilidade de uma esperança de vida normal (Thomas, 2005).

Face às reflexões, decorrentes das adaptações vivenciadas em função da necessidade de um tratamento contínuo, é possível que haja manifestações de valorização da vida, vivendo-a como se fosse o último dia, apesar da pessoa idosa não poder realizar as mesmas atividades de anteriormente. Com efeito, são pessoas que vivem de forma mais positiva e encaram o tratamento como uma oportunidade de ser mais saudável e feliz (Avendãno et al., 2016).

No idoso com DRC é primordial, refletir sobre as mudanças internas e a forma como elas ocorrem, abordando as pessoas sobre o seu processo de saúde-doença e a adoção de hábitos de vida saudáveis, na procura de uma melhor qualidade de vida, diante dos obstáculos e da rotina exaustiva que se impõe (Ottaviani et al., 2014). Diante deste cenário, é interessante considerar que a doença e eventos que podem desencadear *stress*, como por exemplo a consciência da mortalidade, podem conduzir pessoa idosa à autoconsciência. Esses momentos difíceis, com que a pessoa idosa se depara com a doença, podem transcender o seu modo de pensar e fortalecer a sua adaptação à transição saúde-doença, manifestando diferenças em termos comportamentais e fisiológicos, com respostas adaptativas face a momentos de ansiedade experimentados pelo idoso (Palencia et al., 2016).

Durante os momentos difíceis da vida, os idosos procuram momentos de introspeção e reflexões profundas sobre os hábitos que fizeram parte do seu quotidiano, bem como crenças e valores. Na verdade, as pessoas idosas não sentem que a doença lhes roubou a possibilidade de uma esperança de vida normal; isto porque, para quem ainda tem vontade de viver, o tratamento de diálise pode proporcionar mais anos de vida (Thomas, 2005).

Desta forma, o enfermeiro pode intervir junto da pessoa idosa, incutindo a mudança de comportamentos de saúde, aumentando a motivação intrínseca e autoeficácia, ensinando e treinando de forma a capacitá-las para autogestão da doença crónica, com base nos seus próprios valores e visão de saúde. Para o efeito, o enfermeiro pode recorrer ao uso de diversas estratégias, como por exemplo, relacionamento terapêutico, práticas de comunicação autênticas, motivação, teorias de mudança de comportamento, autoconsciência, gestão de *stress* e inteligência emocional (Lawson et al., 2013).

4.1.4. *Cooping* religioso

O *coping* refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, utilizadas pelas pessoas com o objetivo de enfrentar situações de *stress* (Panzini & Bandeira, 2007). Ao empregar recursos religiosos como alternativa de confronto face ao aparecimento de condições adversas de saúde, a pessoa está a utilizar o *coping* religioso (Melaggi, 2009), que pode ser definido como uso das crenças religiosas para compreender e lidar com os agentes

desencadeadores de *stress* (Pargament et al., 2000). A religião e a espiritualidade são constructos que têm, cada vez mais, impacto na assistência em saúde, pois podem ser percebidos como uma maneira de encontrar sentido para a vida, de ter esperança e estar em paz, face ao aparecimento de uma doença crónica (Greenstreet, 2006).

Para Pargament (1997), a religião não é inconsistente com o “*locus*” interno de controlo e cada pessoa e não é coextensiva com a passividade perante as opressões sociais; em muitos casos, consegue perceber-se que comportamentos ligados à religião estão mais associados a um conjunto de *coping* ativo, do que a uma forma de evitação de *coping*.

De acordo com o mesmo autor, existem seis facetas do *coping* religioso: a espiritual, a congregacional, a da resinificação religiosa, a do aporte religioso para intermediação e controlo, a dos rituais religiosos e a da combinação de métodos de *coping* religioso. Destas destacam-se três formas positivas de *coping* religioso. São elas: o suporte espiritual (condição de maior e melhor ajuste nas crises da vida, e sempre associado a baixos *scores* de sobrecarga pessoal), o suporte congregacional (caracterizado por pessoas que frequentam templos religiosos para receberem apoio em alturas de crise, sem sentirem necessidade, de recorrerem, por exemplo, a profissionais de saúde) e a resinificação da bondade religiosa (onde os eventos negativos são mais facilmente suportáveis quando compreendidos dentro de um quadro de bondade religiosa).

4.1.5. Escala de avaliação de Comportamentos de autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise (ECAHD-FAV)

A utilização de instrumentos de avaliação nos contextos da prestação de cuidados, permite identificar de forma objetiva as alterações “físicas, psíquicas e espirituais, assim como aspetos subjetivos de modificação da condição de saúde-doença. O uso sistemático de instrumentos possibilita quantificar as alterações na condição de saúde da pessoa, adequar a intervenção e avaliar a evolução do seu estado clínico (Sousa, 2021).

No que se refere à pessoa com DRC em tratamento de HD e para a avaliação do comportamento de autocuidado para com a FAV, está validada para a população portuguesa a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise (ECAHD-FAV) (Sousa et al., 2015) (Anexo IV). A referida escala, com resposta pontuada numa escala tipo Likert de cinco valores, em que 1= Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Muitas Vezes e 5 = Sempre (Sousa, 2021).

A ECAHD-FAV é composta por dois domínios ou subescalas:

- Subescala da Gestão de Sinais e Sintomas, que avalia os comportamentos de autocuidado que a pessoa desempenha para reconhecer as alterações no funcionamento da FAV. É constituída pelos itens 1, 3, 6, 11, 13 e 16;

- Subescala da Prevenção de Complicações, que agrupa itens associados aos comportamentos de autocuidado para prevenir ou detetar complicações da FAV, incluindo infeção, trombose e síndrome de roubo. É constituída pelos itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12*, 14 e 15. O item com asterisco (*) é recodificado.

Relativamente à interpretação dos resultados, quanto mais elevada for a soma da pontuação das respostas dadas, mais comportamentos adequados de autocuidado a pessoa terá com a sua FAV. Um *score* global sobre comportamentos de autocuidado com a FAV é produzido a partir do conjunto de 16 itens distribuídos pelos seus dois domínios. Os resultados estão organizados de modo a permitirem gerar um *score* global da ECAHD-FAV e um *score* por domínios. Para possibilitar a comparabilidade entre as mesmas, tendo em atenção que o número de itens é diferente nas duas subescalas, os *scores* foram linearmente transformados em intervalos entre 1 e 100 (%). Nesta medida, valores médios mais elevados correspondem a melhores comportamentos de autocuidado da FAV, seguindo o mesmo sentido as suas subescalas (Sousa, 2021).

A ECAHD-FAV é uma escala bidimensional que possibilita a compreensão e avaliação do autocuidado com a FAV em pessoas em HD, sendo sensível a todas as dimensões do autocuidado, nomeadamente a prevenção de complicações e gestão de sinais e sintomas. É uma escala pequena, fácil de aplicar e necessita de pouco tempo para ser implementada, cerca de 15 minutos. (Sousa, 2021).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 79 anos | Masculino

Cuidador

29-11-2024 08:00

29-11-2024 08:00 - Parentesco: filha / filho.

- 29-11-2024 08:00 - Coabita com a pessoa dependente.
- 29-11-2024 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.
- 29-11-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
- 29-11-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.
- 29-11-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.
- 29-11-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-28 08:00:00	Amiodarona 200 mg, 1 cp, PO, 1 vez ao dia, em dias alternados, ao pequeno almoço.	
2024-10-28 08:00:00	Eritropoetina 3000 UI, IV, 1 seringa, 3 vezes por semana, nas sessões de HD	
2024-10-28 08:00:00	Sevelâmero 1cp, PO, 3 vezes ao dia, ao almoço, lanche e jantar	
2024-10-28 08:00:00	Paricalcitol 1 µg, 1 cp, PO, 3 vezes por semana, após as sessões de HD	
2024-10-28 08:00:00	Apixabano 2,5 mg, 1 cp, PO, 2 vezes ao dia, ao pequeno almoço e jantar	
2024-10-28 08:00:00	Alergias: Metamizol de Mg; Vitamina K; Metoclopramida; Pantoprazol; Contraste iodado	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para todos os medicamentos prescritos, inicialmente deve ser avaliado com a pessoa se existem défices de conhecimento ou a não adesão ao regime terapêutico (Vallerand et al., 2016). Para isso foi feita uma pesquisa no processo clínico (com autorização prévia da pessoa alvo do estudo de caso) para validar a medicação da listagem aferida na colheita de dados.

Amiodarona

A amiodarona é um antiarrítmico, utilizado no tratamento/profilaxia de arritmias ventriculares letais que não respondam a agentes menos tóxicos. Os efeitos adversos muito frequentes são: visão enevoada ou com halos coloridos em caso de luz ofuscante. Os efeitos adversos frequentes são: sensação de ansiedade ou agitação extrema, perda de peso, aumento da sudção e incapacidade de tolerar o calor, sensação de cansaço extremo, fraqueza ou esgotamento, aumento de peso, incapacidade de tolerar o frio, obstipação e dor muscular, tremores e movimentos involuntários dos membros (Vallerand et al., 2016). É importante salientar junto do cliente que não deve beber sumo de toranja enquanto estiver a tomar

amiodarona, porque beber este sumo pode levar ao aumento do aparecimento de efeitos indesejáveis (<https://www.indice.eu/pt/>). No que se refere às implicações para a enfermagem convém monitorizar o aparecimento dos efeitos adversos frequentes e ensinar sobre as interações com os alimentos (Vallerand et al., 2016).

Apixabano

O apixabano é um medicamento que pertence à classe dos anticoagulantes e anti trombócitos. O Apixabano é um inibidor direto do factor Xa, altamente seletivo, sob apresentação oral. Está indicado para reduzir o risco de AVC e embolia sistémica em clientes com FA não valvular. Relativamente às implicações para a enfermagem é importante: monitorizar sinais de sangramento como: equimoses, hemorragias nasais, dor abdominal aguda, hematúria (<https://www.indice.eu/pt/>).

Eritropoetina – ver caso 1.

Paricalcitol

O paricalcitol é uma vitamina lipossolúvel, utilizado na prevenção e tratamento de hiperparatiroidismo secundário à DRC. Quanto às Implicações para a enfermagem, é necessário monitorizar a aparecimento de sintomas como: dores ósseas e fraqueza antes e periodicamente durante a terapêutica, bem como, observar evidência de hipocalcémia (parestesias, contrações musculares, espasmos da laringe, cólicas, arritmias cardíacas e sinais de Chvostek (é avaliado pela percussão do nervo facial, localizado anteriormente à região auricular, sendo que, nos casos de hipocalcémia os músculos perilabiais contraem-se ou Trousseau (avaliado pela insuflação de um manômetro, 20 mmHg acima da pressão arterial sistólica num período de três minutos, no caso de hipocalcémia, será observado uma flexão do punho e uma contração muscular do antebraço) (Vallerand et al., 2016).

Sevelâmero – ver caso 1.

As informações referentes à vigilância de sinais e sintomas inerentes ao uso dos medicamentos, bem como, os cuidados a ter com a conservação e armazenamento dos medicamentos, deve ser validada com a pessoa, a fim de identificar lacunas de conhecimento, que necessitem de intervenção do enfermeiro.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Frémito bem perceptível.

29-11-2024 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

29-11-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Frémito bem perceptível.

28-10-2024 08:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - *Otimizar fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.]*

28-10-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - *Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]*

29-11-2024 08:00

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - *Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]* 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime de hemodiálise [FIM]

29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre hemodiálise: facilitador [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Capacidade para executar hemodiálise: facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com a fístula arteriovenosa

29-11-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre sinais de compromisso da fístula arteriovenosa: facilitador.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador.

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

O enfermeiro que acompanha a pessoa com DRC em programa de HD tem uma ação essencial na prestação de cuidados de enfermagem, específicos em relação às técnicas dialíticas. Para além destas técnicas, o enfermeiro deve ser capaz de, simultaneamente, implementar e desenvolver com a pessoa, em HD, mecanismos que a capacitem para aquisição de comportamentos de autocuidado à FAV, otimizando-a e prevenindo complicações como a infeção e a trombose (Clementino et al., 2018).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-10-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
28-10-2024 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
28-10-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
28-10-2024 08:00	Padrão alimentar	
28-10-2024 08:00	Padrão alimentar	

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

O domínio das atitudes terapêuticas foi abordado na secção apresentada anteriormente, faz referência aos aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Com base no Regulamento nº 429/2018 relativo às competências específicas do EEEMCEPSC, foram selecionados os domínios acima descritos, referentes às necessidades da pessoa em situação crónica em TSFR que o enfermeiro especialista nesta área de atenção deve intervir, e

focaram-se, à semelhança do que aconteceu no Caso 1, nas duas competências específicas do EEMCEPSC mencionas no documento referido (Regulamento nº 429/2018).

Padrão alimentar - Domínio analisado no Caso 1. Os aspetos a salientar são referentes aos valores de fósforo elevados. Neste caso, o cliente já fazia HD há vários anos, o que lhe conferiu uma certa vivência e experiência, que ao longo do tempo lhe deu as ferramentas que lhe permitiram aprender sobre a doença e gerir a maior parte dos fatores impostos pela mesma, no entanto, ele ignorava o facto de ter os valores do fósforo alterados. Daí a necessidade de intervir neste aspeto particular do domínio do padrão alimentar, mas extremamente relevante no caso do cliente com DRC em programa de HD.

Sistema cardiovascular - A Doença Cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte entre os clientes portadores de DRC (Varela & Filho, 2006). O seu aparecimento está relacionado com o aumento da prevalência dos fatores de risco tradicionais associados à contribuição dada pelo aparecimento de fatores de risco peculiares da DRC e decorrentes da queda na função renal (Qunibi, 2006). As pessoas com DRC possuem uma maior prevalência de isquemia miocárdica silenciosa, arritmias ventriculares complexas, FA, hipertrofia ventricular esquerda, calcificação do anel mitral e da valva aórtica (Das et al., 2006).

Foi relevante selecionar este domínio, atendendo ao facto de o cliente apresentar uma patologia cardíaca com alterações fisiológicas, caracterizada por uma bradicardia. Neste sentido surgiu a necessidade de ensinar ao cliente a relação entre a frequência cardíaca e a sintomatologia apresentada. Na presença de bradicardia pode ocorrer cansaço fácil, irritabilidade, incapacidade de concentração, apatia, diminuição das capacidades cognitivas, tonturas, vertigens, desequilíbrio, visão turva, síncope e pré síncope. Por sua vez, as taquiarritmias podem originar palpitações, tonturas, astenia, dispneia, dor torácica, síncope ou mesmo morte súbita (Glikson, 2021). O objetivo das intervenções neste domínio foi o controlo da frequência cardíaca e a gestão eficaz do regime medicamentoso através da vigilância da frequência cardíaca, assim como a consciencialização da relação entre a frequência cardíaca e a sintomatologia. A consciencialização relaciona-se com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora da transição, cuja ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição. O seu nível influencia diretamente o nível de envolvimento, que é definido como a forma como a pessoa se envolve no seu processo de transição. A pessoa, só pode envolver-se depois de estar consciencializada das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. São exemplos de envolvimento a procura de informação e a proactividade (Meleis et al., 2000).

Autogestão do regime medicamentoso - A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa (Kripalani & Weiss, 2006).

A pertinência da gestão do regime medicamentoso, assenta no facto de que se a pessoa tiver capacidade, ferramentas e autonomia para fazer a gestão do seu regime medicamentoso, estará a ser promovida a adesão à terapêutica (Oliveira, 2015).

A seleção deste domínio partiu do diagnóstico realizado aquando da realização da reconciliação da medicação, onde foi detetada uma incongruência entre a toma diária da medicação e a respetiva prescrição médica. Além disto, durante o estágio, o cliente deparou-se com um compromisso ocular que o deixou impossibilitado de manter a gestão do seu regime medicamentoso de forma adequada, o que deu ainda mais ênfase à necessidade de seleccionar este domínio. Perante esta situação, foi necessário intervir para implementar estratégias de adaptação à nova condição a fim de manter a gestão eficaz do regime medicamentoso.

A gestão efetiva da doença e do regime terapêutico é mais complexa do que o simples cumprimento (adesão) de um regime de cuidados de saúde prescrito (Mira et al., 2017). A autovigilância é um elemento da autogestão, mas é específica para a consciencialização e medição de parâmetros específicos e sintomas que indicam a necessidade de agir ou consultar um médico (Galvão & Janeiro, 2013).

Há um conjunto alargado de medidas de autocuidado básicas e de baixa complexidade, mas com grande impacto na saúde e no bem-estar das pessoas. Se a pessoa compreender o alcance destas atitudes e comportamentos poderá ter um contributo efetivo e controlo sobre os seus processos de saúde/doença, ficando apenas as situações mais diferenciadas e complexas a necessitar da ajuda e intervenção dos profissionais de saúde (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Localização do Pulso

28-10-2024 08:00 - Braço Esquerda(o)

28-10-2024 08:00 - Frequência do pulso: 48 pulsações por minuto.

28-10-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

28-10-2024 08:00 - Pulso rítmico.

28-10-2024 08:00 - Pulso simétrico.

28-10-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-10-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

28-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 143 mmHg.

28-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

28-10-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

29-11-2024 08:00

29-11-2024 08:00 - Localização do Pulso

29-11-2024 08:00 - Antebraço Direita(o)

29-11-2024 08:00 - Frequência do pulso: 52 pulsações por minuto.

29-11-2024 08:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

29-11-2024 08:00 - Pulso rítmico.

29-11-2024 08:00 - Pulso simétrico.

29-11-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

29-11-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

29-11-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

29-11-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 73 mmHg.

29-11-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

29-11-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

29-11-2024 08:00 - Coloração das extremidades

29-11-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

29-11-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Na sessão de hemodiálise.]

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: arritmia

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre arritmia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre arritmia: facilitador [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre arritmia

[RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre arritmia [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre arritmia [Na sessão de hemodiálise.] [FIM]

29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre vigilância do pulso [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre complicações da arritmia [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da arritmia [Na sessão de hemodiálise.]

29-11-2024 08:00 - Adota comportamentos de autogestão da arritmia.

29-11-2024 08:00 - Refere satisfação com a autogestão da arritmia.

29-11-2024 08:00 - Arritmia

Autogestão do regime medicamentoso

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

28-10-2024 08:00 - Organiza a medicação conforme horário.

28-10-2024 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

28-10-2024 08:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

28-10-2024 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

28-10-2024 08:00 - Administra a medicação pela via adequada.

28-10-2024 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

28-10-2024 08:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

28-10-2024 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

28-10-2024 08:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

28-10-2024 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

28-10-2024 08:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.]

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

29-11-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

28-10-2024 08:00 - facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada

para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
28-10-2024 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
28-10-2024 08:00 - facilitadora.
28-10-2024 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
28-10-2024 08:00 - facilitadora.
29-11-2024 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada
para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
29-11-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não
dificultador [MANTEVE].
28-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não
dificultador.
29-11-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do
regime medicamentoso
29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - refere ter
disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
28-10-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do
regime medicamentoso
28-10-2024 08:00 - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao
dispositivo.

**28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre
autogestão do regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do
regime medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00
28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Na sessão de
hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00
28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [Na sessão de
hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00
28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso
através de informoterapia [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

**29-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime
medicamentoso**

29-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime
medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.]
29-11-2024 08:00 - Instruir a administrar medicação [Na sessão de
hemodiálise.]
29-11-2024 08:00 - Treinar a administrar medicação [Na sessão de
hemodiálise.]

**29-11-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o
regime medicamentoso**

29-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime
medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.]
29-11-2024 08:00 - Treinar a administrar medicação [Na sessão de
hemodiálise.]

29-11-2024 08:00 - *Elogiar o desempenho do cliente [Na sessão de hemodiálise.]*

29-11-2024 08:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados [Na sessão de hemodiálise.]*

28-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.]*

29-11-2024 08:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

29-11-2024 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

29-11-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

29-11-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

29-11-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

29-11-2024 08:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [Na sessão de hemodiálise.]*

29-11-2024 08:00

29-11-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

29-11-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Não organiza a medicação conforme horário.

29-11-2024 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

29-11-2024 08:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

29-11-2024 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

29-11-2024 08:00 - Administra a medicação pela via adequada.

29-11-2024 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

29-11-2024 08:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Padrão alimentar

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 4.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

28-10-2024 08:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

28-10-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

29-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora.

29-11-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

28-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

29-11-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização [MANTEVE].

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético [Na sessão de hemodiálise.]

28-10-2024 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Na sessão de hemodiálise.] [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Na sessão de hemodiálise.]

29-11-2024 08:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime dietético.

29-11-2024 08:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

29-11-2024 08:00

29-11-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 4.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-11-2024 08:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão alimentar

28-10-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Ingestão de fósforo

28-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de fósforo face ao regime dietético aconselhado

28-10-2024 08:00 - Ingere alimentos enlatados (atum), pelo menos 4 vezes por semana.

28-10-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Promover autogestão do regime dietético [FIM] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: Necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

28-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 29-11-2024 08:00

28-10-2024 08:00 - *Ensinar sobre dieta restrita em fósforo [Na sessão de hemodiálise.]*

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre resposta à medicação

- Os quelantes de fósforo devem ser tomados junto com as refeições, pois é nesse momento que o fósforo dos alimentos está sendo absorvido;
- Tomar o medicamento antes ou muito tempo depois das refeições pode reduzir sua eficácia;
- Mesmo com os quelantes, é fundamental reduzir o consumo de alimentos ricos em fósforo, como laticínios, embutidos, refrigerantes e alimentos processados;
- Fonte: Alves & Cardos (2017); Gomes & Silva (2016); Oliveira & Fernandes (2021).

Ensinar sobre regime medicamentoso

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

- Fonte: Vallerand et al. (2016).

Ensinar sobre arritmia

- Informar que aquando da bradicardia pode ocorrer cansaço fácil, irritabilidade, incapacidade de concentração, apatia, diminuição das capacidades cognitivas, tonturas, vertigens, desequilíbrio, visão turva, síncope e pré síncope;
- Informar que as taquiarritmias podem originar palpitações, tonturas, astenia, dispneia, dor torácica, síncope ou mesmo morte súbita;
- Fonte: Glikson (2021).

Ensinar sobre complicações da arritmia

- Informar que para a pessoa com DRC, a HTA não tratada é um importante fator de risco para outras comorbilidades (ICC e do AVC);
- Informar que a hipervolemia provoca hipertrofia ventricular esquerda e ICC, para a qual também concorrem a anemia, a acidose e as calcificações ectópicas (das artérias coronárias e das válvulas cardíacas);
- Informar que as arritmias estão associadas à hipercalemia (excesso de potássio no sangue);
- Fonte: Cristóvão, (2016).

Ensinar sobre vigilância do pulso

- Informar que antes da avaliação da frequência cardíaca, o cliente, deve sentar-se e relaxar por alguns minutos para garantir que a medição seja precisa;
- Informar que a frequência cardíaca pode ser medida em vários locais do corpo, mas os dois mais comuns são o pulso e o pescoço, para avaliar no pulso: virar a palma da mão para cima e usar dois dedos (indicador e médio) da outra mão para pressionar levemente na área do pulso abaixo do polegar, para avaliar no pescoço: usar os mesmos dois dedos e pressionar levemente no lado do pescoço, abaixo da mandíbula;
- Informar que o cliente deve sentir os batimentos com os dedos, movendo-os ligeiramente até que se encontre uma batida constante e deve contar os batimentos cardíacos durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter o valor de frequência cardíaca num minuto);
- Aconselhar a fazer o registo da frequência cardíaca por minuto, bem como o horário em que foi realizada avaliação;
- Solicitar que o cliente pratique a técnica algumas vezes na presença do enfermeiro, para garantir que o mesmo compreendeu as informações;
- Fonte: Bates (2021); Dickens et al. (2009).

Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação

- Informar que os quelantes de fósforo devem ser tomados junto com as refeições, pois é nesse momento que o fósforo dos alimentos está a ser absorvido;
- Informar que mesmo tomando os quelantes, é fundamental reduzir o consumo de alimentos ricos em fósforo, como laticínios, enchidos, refrigerantes e alimentos processados;
- Fonte: Alves & Cardos (2017); Gomes & Silva (2016); Oliveira & Fernandes (2021).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Explicar sobre nome da medicação;
- Informar sobre a ação da medicação;
- Informar sobre a forma e os horários da toma da medicação, utilizando linguagem acessível;
- Explicar sobre as consequências da não adesão ao regime medicamentoso;
- Permitir que o cliente faça perguntas e fornecer respostas claras e concisas;
- Fonte: OMS (2021); Ordem dos Enfermeiros (2011).

Otimizar fístula arteriovenosa

- Na canulação de uma FAV, a agulha deve ser inserida num ângulo entre 20º a 35º;
- Verificar a profundidade do acesso vascular e ajustar o ângulo de entrada; a técnica de canulação recomendada é a técnica de escada, que consiste em procurar secções retas com, pelo menos, 3 cm para cada grupo de punções, evitar aneurismas e áreas lesadas ou com a pele muito fina, mantendo as agulhas afastadas pelo menos, 3 cm entre si;
- Cada sessão requer duas novas punções em dois locais novos;
- Não voltar ao local da canulação inicial sem que este esteja completamente cicatrizado;
- O ângulo da agulha, durante a remoção, deve ser semelhante ao ângulo utilizado na canulação e a orientação do bisel deve ser mantida relativamente à canulação;
- A compressão dos orifícios só poderá ser realizada após a exteriorização da agulha, de modo a não lacerar as paredes do vaso com o bisel durante a retirada;
- Fonte: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (2016).

Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa

- Através da Escala de avaliação de comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenosa em HD- ECAHD-FAV;
- Fonte: Sousa et al. (2015).

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Informar que as principais complicações da FAV são: redução do fluxo sanguíneo, hematoma, hemorragias e presença de infeção ou infeção instalada;
- Fonte: Rocha & Pinho (2019).

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Informar ao cliente que deve avisar o enfermeiro quando tem câibras durante a HD;
- Explicar que o cliente deve comprimir o local da punção com os dedos;
- Informar que deve avisar o enfermeiro quando tem dor de cabeça ou no peito durante a HD;
- Informar que o cliente deve colocar pomada indicada nos hematomas;
- Informar ao cliente que deve sentir o frémito no local da fístula duas vezes ao dia;
- Informar que deve verificar todos os dias se a mão do braço da fístula arrefece;
- Informar ao cliente que deve observar sinais de vermelhidão ou inchaço nos locais da punção;
- Explicar que deve proteger o braço da fístula de arranhões, cortes ou picadas;

- Explicar que não deve permitir colheitas de sangue, nem avaliação da tensão arterial no braço da fístula;
- Informar o cliente que deve avisar o enfermeiro se começar a doer a mão do braço da fístula;
- Informar que se deve deslocar ao hospital, caso a FAV deixe de ter frémito;
- Instruir para a lavar do braço da FAV antes de entrar na sala de HD;
- Fonte: Martins & Moura (2023); Gonçalves et al. (2020); Sousa (2012).

Ensinar sobre dieta restrita em fósforo

- Aconselhar moderação no consumo de leite e derivados;
- Evitar o consumo de vísceras;
- Evitar o consumo de chocolate e cacau;
- Evitar o consumo de alimentos industrializados como enlatados, molhos prontos;
- Evitar o consumo de conservas de peixe;
- Evitar os produtos integrais;
- Reduzir o consumo de nozes, amêndoas e pinhões;
- Fonte: Wong (2022); Cristóvão (2016); Riella & Martins (2013).

4.8. Síntese relativa ao caso

O primeiro contacto com o cliente ocorreu durante uma sessão de HD e foi a enfermeira tutora quem fez a primeira abordagem, procedendo de seguida às apresentações. Foi questionado se queria participar no estudo de caso, demonstrando total disponibilidade para tal. Estabeleceu-se uma relação empática rapidamente, o que facilitou a identificação das suas necessidades e a intervenção de enfermagem programada.

Ao conhecê-lo, foi possível fazer o enquadramento tipológico dos seus atributos pessoais, a fim de entender o melhor caminho a seguir para a conceção de cuidados. Constatou-se que o cliente se enquadrava num perfil de autocuidado formalmente guiado, caracterizado pela observação regular do desempenho das tarefas diárias. No perfil de autocuidado formalmente guiado, as pessoas fazem o que lhes é dito, mas não questionam os motivos para as suas ações, apenas obedecem a instruções relativas à sua saúde. Baseiam-se na experiência de vida de outros e têm uma visão realista em relação às consequências do envelhecimento. Com este perfil de autocuidado, há uma tendência para aceitar a vida tal como ela é. São pessoas que esperam muito dos enfermeiros, atribuindo-lhes o controlo da sua saúde (Backman & Hentinen, 1999). Esta perceção surgiu de algumas frases proferidas durante os contactos, tais como: "a Srª enfermeira é quem sabe" e "estou nas mãos dos doutores e enfermeiros, sempre cuidaram bem de mim".

O cliente tinha 79 anos e estava bem adaptado à sua situação de pessoa em TSFR. No entanto,

durante a colheita de dados, foi possível identificar áreas em que necessitava de auxílio para alcançar a mestria. Estas áreas em défice estavam relacionadas com o domínio do sistema cardiovascular, a autogestão do regime medicamentosos e o padrão alimentar.

No que se refere ao domínio do sistema cardiovascular, o cliente em questão, apresentava uma bradicardia relacionada com o incumprimento da medicação instituída. Neste sentido, foi identificado um défice de conhecimento sobre a autovigilância deste sinal e dos sintomas que poderia apresentar relacionados com a alteração da frequência cardíaca. Uma das intervenções passou por ensinar como avaliar o pulso, actividade que o cliente passou a desempenhar com destreza. Demonstrou interesse em saber por que razão deveria avaliar o pulso com regularidade, tendo-lhe sido explicada a importância de associar os sintomas de bradicardia com a frequência do pulso, de modo a informar a equipa perante qualquer alteração e assim poderem ajustar a medicação prescrita. Apesar da intervenção, a bradicardia manteve-se assintomática; no entanto, o conhecimento sobre a arritmia melhorou.

Relativamente ao domínio da autogestão do regime medicamentoso, constatou-se que o cliente não estava a tomar a medicação conforme a prescrição médica e desconhecia a forma correta de tomar dois dos seus medicamentos, nomeadamente a amiodarona e o sevelâmero. Foi necessário, após validação com o cliente, alterar a frequência da toma da amiodarona, uma vez que estava a ser tomada diariamente, embora a prescrição médica orientasse para um comprimido em dias alternados, sendo a necessidade desta alteração reforçada pela bradicardia estável apresentada pelo cliente. No que se refere ao sevelâmero, houve necessidade de ajustar o horário da toma, pois o quelante de fósforo deve ser tomado às refeições, preferencialmente naquelas com maior concentração de fósforo. É relevante salientar que este medicamento tem a particularidade de reduzir os efeitos de outras medicações (Alves & Cardoso, 2017; Nambiar et al., 2018; Vallerand et al., 2016), por isso o cliente foi elucidado para que evitasse tomar o fixador de fósforo no mesmo horário que a amiodarona.

Quanto ao domínio do padrão alimentar, verificou-se que o cliente deste caso apresentava nas análises, valores de fósforo muito elevados. Apesar de ter sido acompanhado de forma sistemática pela nutricionista, os valores de fósforo não baixavam. Foi possível identificar que o cliente estava a tomar o quelante de fósforo de forma inadequada, e para além disso não estava a cumprir uma dieta restrita em fósforo. Esta não adesão, pareceu-nos poder estar relacionada com o desconhecimento sobre os alimentos industrializados que continham fósforo oculto. Foi informado sobre a relação entre a toma correta da medicação, a sua eficácia e a redução dos níveis de fósforo, o que o levou a alterar a forma de tomar a medicação. Também se procedeu à colheita de dados sobre a sua rotina alimentar, e em função dos achados, foi informado sobre o que poderia fazer para reduzir o fósforo na sua dieta. No entanto, ele não demonstrou muito interesse nesta questão, afirmando que o que o levaria à morte não seria o fósforo alto, mas sim a "chegada da sua hora", ao explorar esta afirmação percebeu-se que o mesmo tinha conhecimento das consequências dos valores elevados de fósforo, porém sabia que o seu fim

não estava longe e que isso era irrelevante.

Ainda no que se refere ao domínio das atitudes terapêuticas, salienta-se o autocuidado com a FAV. Ao utilizar a escala ECAHD FAV (Anexo IV), foi possível verificar que havia dimensões que o cliente desconhecia e outras que ignorava. Foi reforçado junto do cliente a importância de cumprir os cuidados com a FAV com o objetivo *major* de aumentar a longevidade da mesma. O cliente estava consciente de que aquele era o seu último acesso vascular. Quando abordado sobre a possibilidade de mudar de modalidade de diálise caso "perdesse" a FAV, ele foi categórico em dizer que não queria e que viveria o tempo que a fístula o deixasse viver. Adotou um comportamento preventivo para evitar infeções. A higiene da fístula antes da HD era uma rotina que havia deixado de realizar, mas ao compreender a finalidade dessa prática, reiniciou o processo antes da HD. Apesar de estar adaptado ao regime de HD, não costumava queixar-se durante as sessões, mesmo quando apresentava sintomatologia como câibras ou cefaleias. Após se identificar um défice de conhecimento, foi-lhe explicado a importância de referir tais sintomas à equipa de enfermagem durante a HD, uma vez que isso permitiria tomar medidas para prevenir a hipotensão, evitando assim possíveis complicações com a FAV. O cliente demonstrou envolvimento ao afirmar que iria informar caso sentisse algum sintoma durante as sessões de HD.

O cliente, apresentou uma diminuição acentuada da sua acuidade visual, tendo sido necessário adequar as intervenções de enfermagem prévias, uma vez que ele fazia a autogestão da sua medicação e deixou de ser capaz de o fazer. Foi ensinado a utilizar uma caixa de medicação, na qual foram feitas ranhuras para ele perceber onde era o início e o fim da mesma, pois ele queria, apesar da limitação, continuar a gerir a sua medicação. No entanto, foi necessário pedir ajuda à filha para que preparasse a caixa, embora ele ainda conseguisse gerir parte da medicação.

Foi um período difícil, durante o qual o cliente ficou deprimido e não queria interagir com a equipa. A sua preocupação era resolver o seu problema e foi encaminhado para o médico, que na altura foi o nefrologista, que o encaminhou para o serviço de urgência, onde não obteve resposta. No entanto, por seus meios e com a ajuda da filha, dirigiu-se ao médico de família e conseguiu uma consulta de oftalmologia. A partir daí, mudou de atitude, viu a sua situação encaminhada e regressou à sua forma habitual de lidar com a equipa, pelo que esta situação só por si, excluiu qualquer hipótese diagnóstica relacionada com o domínio das emoções. O cliente, chegou a fazer cirurgia de catarata (facectomia), primeiro no olho direito, e estava à espera da segunda cirurgia.

Foi possível identificar o tipo de *coping* utilizado para enfrentar a situação, tendo sido o *coping* centrado na resolução de problemas, o qual surge quando a pessoa tem a perceção de poder controlar ou de modificar a situação. Os esforços adaptativos levam a pessoa a analisar e definir os problemas; a procurar alternativas para enfrentar a situação; a avaliar os custos e benefícios

das alternativas disponíveis para lidar com o problema; a selecionar a estratégia mais adequada; a agir ou a ajustar as expectativas ou ambições (Cristóvão, 2016). Neste caso, o cliente agiu sempre que se deparou com algum problema, evidenciando que o seu foco, foi sempre a resolução do problema.

Durante o contato com o cliente foi possível identificar que o mesmo era crente na religião católica e atribuía muitas das suas situações de vida à Deus, através do seu discurso: "Deus sempre esteve comigo"; "nos momentos difíceis Deus sempre me ajudou"; "Se eu tenho esta doença, é porque Deus achou que deveria ser assim, apesar de eu ter dado uma ajuda, eu não fazia as coisas que os doutores mandavam" (sic). O cliente frequentava a igreja aos domingos, era levado pela filha, no entanto, quando precisou fazer a sua cirurgia oftálmica deixou de ir à igreja, demonstrou desagrado, mas sabia que seria uma situação temporária. Estes dados também sugerem um tipo de *coping* religioso. Assim, ao empregar recursos religiosos como alternativa de enfrentamento às condições adversas de saúde, a pessoa está a utilizar o *coping* religioso (Melaggi, 2009), que pode ser definido como o uso das crenças religiosas para compreender e lidar com os agentes que desencadeiam *stress* (Pargament et al., 2000).

De acordo com os estádios de ajustamento à HD, pode afirmar-se que o cliente em questão, estava no período de adaptação a longo prazo, e como sugere Azevedo (2011), nesta fase as pessoas tanto podem alternar entre períodos longos de resignação, como de depressão. Existe um nível de aceitação face à DRC, onde a pessoa está consciente das limitações e alterações que a HD lhe impõe no quotidiano.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O avanço no conhecimento científico e tecnológico a que assistimos atualmente, associado ao envelhecimento populacional, ao aumentado do número de doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, obriga a um acompanhamento de recursos humanos cada vez mais qualificados. Esta situação evidencia a necessidade de existirem profissionais de saúde, não só com conhecimentos, mas também com competências, que permitam um acompanhamento clínico especializado, de forma a otimizar as decisões mais complexas (Lopes et al., 2018).

O Regulamento n.º 140/2019 refere que o EE é reconhecido pela OE como o que tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem. A OE, por sua vez, define “competência” como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para responder eficazmente a situações complexas e problemas relacionados com o exercício da profissão. A competência engloba não apenas o domínio técnico-científico, mas também a capacidade de agir de forma ética, respeitando os direitos e a dignidade das pessoas, assim como a capacidade de trabalhar em equipa, de comunicar de forma clara e efetiva, de gerir conflitos e de aprender continuamente (OE, 2005).

A aquisição de competências consiste num processo progressivo, mas não necessariamente linear e corresponde à mobilização de conhecimentos, habilidades e recursos, aliado à experiência clínica e reflexão sobre as melhores práticas. Patrícia Benner (2001) deu um contributo relevante para a compreensão do desenvolvimento de aprendizagens na variabilidade da perícia clínica entre os enfermeiros, e no efeito que esta tem, na conceção dos cuidados e no exercício da autonomia para a tomada de decisão. A autora, no seu modelo aplicado à enfermagem, esboça cinco níveis de aquisição de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Para que o enfermeiro atinja o nível de perito é necessário o seu envolvimento em situações clínicas e a posterior reflexão sobre o seu desempenho. O que o diferencia dos restantes níveis é o seu conhecimento proveniente da experiência e a sua capacidade de raciocínio crítico e reflexivo (Benner, 2001).

O EE é aquele que detém conhecimento profundo de um domínio específico da Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Independentemente da área de atuação, todos os EE partilham um conjunto de competências comuns. São as chamadas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, as competências do domínio da gestão dos cuidados e as competências do domínio das aprendizagens profissionais. Com base nas competências comuns do EE será

delineado uma reflexão crítica e reflexiva da prática de enfermagem vivenciada em contexto de estágio.

No que diz respeito à competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, à luz do modelo de Benner (2001), considero que me encontro no nível de perito, uma vez que, a minha ação no âmbito do exercício profissional é sempre baseada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional e tenho, igualmente, em conta os direitos humanos e o respeito pela pessoa. A minha postura e intervenção é reconhecida pelos pares e pelas pessoas de quem cuido, tendo por base um padrão de conduta que dignifica a profissão e a procura contínua pela excelência.

O EE deve possuir competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa doente, deve ainda demonstrar uma prática que respeite os direitos humanos, deve analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para as pessoas doentes (Regulamento n.º 140/2019).

No que diz respeito ao direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa e a família sobre os cuidados de enfermagem que presta. O enfermeiro tem que respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado a qualquer pedido de informação ou explicação feito pela mesma, informar sobre os recursos a que a pessoa pode aceder, bem como à maneira de os obter (OE, 2015). Durante o estágio tive a oportunidade de informar e promover esse direito junto da pessoa, relativamente aos cuidados que são prestados e às alterações previstas ao plano de cuidados.

No serviço de Diálise, tive a oportunidade de participar na consulta dedicada ao esclarecimento da pessoa acerca das diferentes modalidades de tratamento da DRC, em estágio 5, com o objetivo de elucidar o cliente sobre as técnicas, tendo sempre em atenção o seu nível de literacia em saúde. Esta consulta deve seguir a Norma da Direção Geral da Saúde (DGS) nº 017/2011 atualizada a 14 de junho de 2012, segundo a qual, a pessoa com DRC, deve ser encaminhada para esta consulta, pelo médico nefrologista, ainda no estágio 4 da doença. No entanto, em caso de urgência no início de tratamento, a pessoa inicia o programa de HD através de um CVC; sendo que esta medida urgente, não necessita de referência à consulta de esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento. Esta consulta, no contexto do estágio era feita individualmente ou com a presença do familiar/cuidador, e realizada por um EE.

Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir e participar nesta consulta em dois momentos, onde o dever de informação da pessoa assume uma grande importância, pois é com

base na informação que é dada, que a pessoa com DRC, escolhe a modalidade para o tratamento da sua doença, e com a qual vai ter de lidar durante um período de tempo indeterminado. Para além disso, é necessário que a pessoa assine um consentimento informado através da “Declaração de esclarecimento e de opção por modalidade de terapêutica da DRC avançada e de unidade de tratamento pelo doente” ou pelo familiar cuidador em sua representação. A observação e participação nestas consultas constituíram um espaço onde, através da informação e conhecimento, assisti os clientes, com a ajuda do enfermeiro tutor, a analisar os significados dificultadores que pudessem interferir com a adesão do regime de HD, permitindo ajudá-los na redefinição de significados e promoção da consciencialização e envolvimento neste processo. Segundo Meleis (2010) alguns dos significados atribuídos à nova condição podem condicionar o envolvimento da pessoa, sendo regulados ou modificados pela informação e conhecimento.

A consulta de esclarecimento contribuiu para colmatar a evidente falta de conhecimento do cliente, tendo em conta o impacto que a modalidade de TSFR, vai passar a ter na vida da pessoa em situação crónica. O esclarecimento contribui para melhorar o défice de conhecimento nesta área e tal como evidencia Bastos (2015), o conhecimento é um mediador entre a consciencialização e o envolvimento da pessoa no processo de transição. No entanto, a consulta de esclarecimento não é suficiente para colmatar os défices de conhecimentos dos clientes que iniciam a HD, para isso a unidade está a implementar a consulta de enfermagem. A importância de um momento próprio entre o enfermeiro e o cliente reside no facto de proporcionar maior privacidade e conduzir a uma maior eficiência na concretização das terapêuticas de enfermagem.

A consulta de enfermagem assume uma importância para a avaliação inicial do cliente e para o seu acolhimento após a escolha da modalidade de tratamento. A OE emite algumas recomendações a respeito da admissão do cliente em TSFR e refere que o acolhimento deve ser executado de forma sistematizada e documentada. Deve ainda contemplar uma avaliação inicial que possibilite a recolha de dados do cliente e pessoa significativa, que conduza à identificação dos diagnósticos de enfermagem e planeamento das respetivas intervenções (Melo et al., 2016). A avaliação inicial contribui não só para o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados, bem como para a segurança, qualidade e satisfação dos profissionais e do próprio cliente, potenciando cuidados individualizados, contínuos e progressivos (Simões & Simões, 2007).

Relativamente ao domínio das competências da melhoria contínua da qualidade, o EE deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019). Existe uma grande complexidade dos processos vivenciados pela

pessoa/cuidador e família acometida com a doença crónica. Atendendo a isto, o EE, nomeadamente na área do cuidado à pessoa com doença crónica, deve demonstrar competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018).

A segurança da pessoa com doença crónica está relacionada com o domínio da qualidade em saúde. Um dos aspetos relevantes a considerar na segurança da pessoa com DRC em programa de HD, é a desconexão accidental das agulhas, que é considerada uma complicação potencialmente grave. Este acidente pode ocorrer quando uma das agulhas se desloca para fora do acesso vascular, resultando na perda de sangue. Isto pode levar a um rápido declínio do volume sanguíneo da pessoa doente e aumentar o risco de morbilidade e mortalidade se não houver uma atuação rápida (Axley et al., 2012). No serviço de diálise, existem recomendações para reduzir o risco de exteriorização accidental da agulha, tais recomendações foram discutidas com a equipa e com as enfermeiras tutoras. Para prevenir este evento, são utilizadas as seguintes intervenções de enfermagem: a área onde os adesivos são colocados deve ser ampla e estar limpa e seca; as linhas de sangue são fixadas frouxamente, de modo a permitir o movimento da pessoa para evitar repuxamentos; em caso de necessidade de reajustar a agulhas, os adesivos devem ser substituídos e nunca reutilizados; o limite inferior da pressão venosa deve estar definido próximo do valor atual e quando os alarmes são acionados deve haver uma inspeção rigorosa do CEC antes de desarmar o alarme. Para além de integrar estes elementos na prática, foi possível, durante o estágio, capacitar as pessoas em HD para a prevenção deste incidente, através da instrução para manter o membro do acesso vascular sempre visível, explicando que o monitor de HD, não dispõe de um mecanismo infalível de monitorização da exteriorização da agulha. Foi possível, igualmente, trabalhar a consciencialização da pessoa para a relação entre manter o membro do acesso vascular tapado com a manta/lençol/casaco durante o tratamento e a impossibilidade de detetar precocemente a exteriorização accidental da agulha. Todavia, existem fatores que fazem com que algumas pessoas mantenham o braço tapado, relacionados com o receio de ter frio durante o tratamento e a segurança excessiva de que, tanto os monitores de diálise, como a equipa de enfermagem, facilmente detetam algum problema.

Ainda no domínio da competência de melhoria contínua da qualidade, e tendo em conta o modelo de Benner (2005), reconheço que me encontro num nível proficiente, pois tenho um papel dinamizador e de suporte nas iniciativas de melhoria dos cuidados e da governação clínica, tenho a capacidade e o conhecimento para garantir um ambiente seguro e antecipar possíveis acontecimentos típicos de forma a prevenir incidentes.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados, foi possível analisar com a Enfermeira Chefe/Gestora da unidade de ambulatório de HD, os indicadores utilizados na avaliação da

qualidade de cuidados. Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde dos clientes e evidenciam o contributo singular do enfermeiro em ganhos para a saúde dos clientes (OE, 2007; Petronilho, 2009). São considerados como os resultados que decorrem da ação documentada da prática autónoma dos enfermeiros, definem a intencionalidade da sua ação profissional junto dos clientes e salientam a utilidade social da enfermagem (OE, 2007; Petronilho, 2009). Assim, a OE (2007) preconiza a definição de indicadores de qualidade para os seus contextos, de modo a trazer visibilidade aos cuidados de enfermagem e compreender a sua influência na saúde das populações.

A qualidade dos cuidados de saúde foi um conceito definido por Avedis Donabedian no seu modelo: estrutura, processo e resultados. Este modelo tem sido amplamente aceite na definição das principais dimensões da qualidade de cuidados de saúde. A qualidade em saúde está diretamente relacionada com a obtenção dos maiores benefícios para a pessoa, com o menor risco possível, em função dos recursos disponíveis. Como tal, a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade são conceitos que estão presentes e que suportam a qualidade em saúde (Donabedian, 2003). A OE (2007) refere também que, para a prática dos cuidados ao cliente em programa regular de HD, devem existir indicadores sensíveis associados aos cuidados de enfermagem, ajustados a este contexto clínico. A avaliação dos cuidados, na área disciplinar de enfermagem, encontra-se, maioritariamente associada a indicadores de estrutura e de processo, uma vez que se relacionam com a execução de intervenções de enfermagem, no âmbito dos cuidados diretos ao cliente (Caldana et al., 2011; Almeida & Fontes, 2013; Fernandes & Tareco, 2016).

Relativamente ao contexto da HD, a literatura refere indicadores de processo, estrutura e resultado que deveriam ser avaliados em todos os contextos da prestação de cuidados (Silva, 2024). Os indicadores de estrutura relacionados com a intervenção autónoma dos enfermeiros aos clientes em HD estão relacionados com as dotações seguras, nível de diferenciação de competências e nível de satisfação profissional dos enfermeiros (Silva, 2024). De acordo com Silva (2024), os indicadores de processo são: realização de exame físico da FAV, taxa de clientes com avaliação inicial relativa ao risco de queda; taxa de clientes com avaliação inicial relativa ao pé diabético, taxa de familiares cuidadores alvo de intervenção “Ensinar sobre regime de HD”, avaliação regular da adequação em diálise, medição e avaliação contínua dos sintomas clínicos dos clientes (durante a HD). Os indicadores de resultado são: nível de satisfação (global) do cliente com os cuidados, comportamentos de autogestão e autocuidado, índice de qualidade de vida (múltiplos documentos), número de eventos adversos (não especificados), taxa de complicações do acesso vascular: FAV (infecções, trombozes), taxa de complicações com acesso vascular: não FAV (infecção, obstrução), nível de conhecimento sobre HD, nível de conhecimento sobre dieta, nível de conhecimento sobre restrição hídrica (Silva, 2024).

É da responsabilidade do EE a implementação de um plano de cuidados, com identificação de

diagnósticos e definição e execução de intervenções, sendo através desta abordagem que se torna possível responder de forma efetiva às necessidades da pessoa e obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que se irá traduzir em ganhos de saúde (OE, 2016). Sendo o EE, o profissional que progride na categoria profissional e igualmente nas responsabilidades e competências, coloca-se numa posição que o habilita a reafirmar o seu papel na qualidade assistencial. O EE pode, assim, afirmar-se como elemento chave na conceção e gestão dos cuidados de maior complexidade (Soares, 2017). Refletir sobre o valor da informação na gestão dos cuidados de enfermagem e nos processos de governação clínica, sobre os desafios que imperam na gestão de cuidados em unidades de HD, e sobre a relevância dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, é fundamental para o desenvolvimento das competências do EE na área do cuidado à pessoa com DRC (Silva, 2024).

Quanto às estratégias de comunicação de continuidade de cuidados e segundo a DGS, na sua Norma nº001/2017, as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados (DGS, 2017). No serviço de diálise é realizada a passagem de turno para transmissão de informação do quadro clínico do cliente, utilizando para efeito a mnemónica ISBAR (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação, recomendações) que consta da Norma nº001/2017 da DGS, obedecendo a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre a equipa. A técnica ISBAR, consiste numa ferramenta padronizada e de comunicação oral, que permite a promoção da segurança do cliente numa situação de transferência temporária ou permanente da responsabilidade de prestação de cuidados. Norteia os aspetos fundamentais na transmissão de informações que garantam a segurança do cliente e contribui para a rápida tomada de decisão, promoção do pensamento crítico, diminuição do tempo na transferência de informação e promoção da rápida integração de novos profissionais (DGS, 2017).

A gestão da doença crónica, incluindo a DRC, visa melhorar a prestação de cuidados de saúde, englobando um modelo de coordenação de cuidados multidisciplinares, onde se desenvolve a cooperação entre setores, a estratificação do risco da população e a melhoria dos processos de interação/comunicação entre os clientes e os prestadores de serviços, culminando em cuidados custo-efetivos e de elevada qualidade (Coelho et al., 2014). Especificamente na área dos cuidados de enfermagem deste âmbito, emerge a necessidade do estabelecimento de planos de cuidados personalizados com base nas necessidades individuais e vulnerabilidades dos clientes, com impacto positivo nos resultados clínicos e de saúde/qualidade de vida (Silva, 2024).

Os indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem são a base para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem, podendo ser importantes para a realização de *benchmarking*, fornecer evidência sobre o custo-efetividade dos cuidados de enfermagem e planejar projetos de melhoria da qualidade. Estes indicadores são baseados no

domínio da disciplina e da prática, para os quais existe evidência empírica que relaciona as intervenções de enfermagem com os resultados. Ou seja, indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, são os critérios para a mudança no estado de saúde de uma pessoa que o cuidado de enfermagem pode diretamente influenciar (Afaneh et al., 2021).

No domínio da gestão dos cuidados foi possível refletir sobre o papel dos intervenientes para atingir os objetivos específicos traçados para aquisição das competências especializadas, para isso foi importante a dinâmica do serviço que permitiu a discussão de problemas relacionados com a conceção de cuidados com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, quando foi detetado incongruência entre o plano terapêutico medicamentoso e os dados da reconciliação terapêutica. Também foi possível estabelecer uma ligação com a dietista, que ao seguir os clientes, partilhou informações que foram utilizadas para a conceção dos cuidados, inclusive foram partilhadas as dificuldades que a mesma enfrentava no seu dia-a-dia, as necessidades dos clientes para o cumprimento do regime dietético e foi também reforçado o contributo essencial do enfermeiro para a adesão ao regime terapêutico.

Durante o estágio, pude colaborar com a criação da consulta de enfermagem, após convite da equipa, a fim de dar assessoria para delinear as intervenções de enfermagem relacionadas com o domínio do conhecimento sobre o regime dietético e o conhecimento sobre o procedimento de indução na HD, seja por CVC ou pela FAV. Este contributo acabou por ser materializado com a criação de folhetos informativos, com a discussão e a validação das enfermeiras tutoras, sobre as temáticas referidas.

Durante todo o processo de aquisição de competências, foi utilizada a evidência científica para suportar as decisões, foi notório o contributo do conhecimento adquirido para as intervenções, foi também verificado que nas discussões com as tutoras e equipa foi possível acrescentar informações atuais e de valor para a melhoria dos cuidados. O uso da ontologia de enfermagem, fomentou o interesse das tutoras sobre a conceção dos cuidados, utilizando esta metodologia, e a habilidade para conceber os cuidados foi uma mais valia. A destreza adquirida com a manipulação dos dados na plataforma e4nursing permitiu a conceção de cuidados sistemática efetiva. Foi possível observar a estrutura aquando da alocação dos dados, bem como o fluxograma para chegar até às intervenções de enfermagem que podem ser prescritas. Com efeito, esta estrutura favorece a integridade referencial, obrigando a um exercício mental, que aliado ao conhecimento sobre as necessidades dos clientes, possibilitou explorar as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados na área de atenção a pessoa em situação crónica, nomeadamente, a identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados com o domínio do conhecimento, significados, consciencialização e autogestão.

No contexto da gestão dos cuidados de enfermagem, dados confiáveis e precisos fornecem a base para análise e avaliação, permitindo aos EE identificar lacunas e desenvolver estratégias de melhoria (Hebda et al., 2019). Na governação clínica, a informação é utilizada para

monitorizar a adesão a diretrizes clínicas, medir resultados clínicos e apoiar a prática baseada na evidência (Hebda et al., 2019).

A OE recomenda ainda a organização dos cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência, atendendo ao carácter crónico da doença e regularidade de tratamentos. Este método de trabalho permite o conhecimento de forma aprofundada, das necessidades e particularidades de um número limitado de clientes, com o seu respetivo acompanhamento ao longo do tempo (Melo et al., 2016). Está preconizado na implementação da consulta de enfermagem no serviço a atribuição do enfermeiro de referência de cada utente. O método de enfermeiro de referência, originalmente designado de “Primary Nursing”, denominado também por enfermeiro responsável, é oriundo dos Estados Unidos da América e consiste na atribuição da responsabilidade individualizada pela tomada de decisão em relação aos cuidados de enfermagem a serem prestados (Manthey, 2014). Este enfermeiro tem a responsabilidade da colheita de dados do cliente, identificação de diagnósticos e planificação de cuidados, bem como assegurar a continuidade global dos mesmos (Manthey, 2014). Penso que após a implementação da consulta de enfermagem no serviço com o advento do enfermeiro de referência poderão ser prestados cuidados de enfermagem mais direcionados para as necessidades das pessoas com DRC em TSFR, promovendo maior adesão ao regime de HD e, por conseguinte, ao regime terapêutico como um todo, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos clientes.

As tecnologias de informação desempenham um papel cada vez mais relevante na gestão de enfermagem e na governação clínica. Os sistemas de informação em saúde, como os registos de saúde eletrónicos e os sistemas de apoio à decisão clínica, podem facilitar a recolha, análise e utilização de dados para melhorar a prática de enfermagem. Os sistemas de informação em saúde são, também, uma ferramenta fundamental para a produção de indicadores, para a incorporação de soluções promotoras da coordenação e continuidade dos cuidados e como ferramenta de partilha de informação (Mota, 2011).

No entanto, o sistema informático da unidade, não permite documentar a conceção de cuidados de enfermagem, onde seria possível analisar os dados, seja dos cuidados prestados por enfermeiros dos cuidados gerais, seja por EE. A sistematização da informação permite o tratamento dos dados sobre indicadores, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que são de extrema importância para avaliar a assistência prestada, exigir rácios e demonstrar a importância do cuidado especializado para melhoria da qualidade da assistência. A medição de resultados é o fundamento para a prática baseada na evidência e monitorização da qualidade dos cuidados (Pinto et al., 2024).

O estágio possibilitou a oportunidade de realizar a conceção dos cuidados de forma sistematizada através da utilização da plataforma e4nursing, com recurso à ontologia, o que permitiu identificar com clareza os possíveis indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem

referentes à assistência prestada pelo EEEMCEPSC, como os relacionados com o conhecimento, a adesão e a consciencialização, que são o caminho para atingir a mestria na gestão de tudo o que está relacionado com a pessoa com DRC em TSFR. As enfermeiras tutoras demonstraram interesse em conhecer como a plataforma funciona, o que despoletou a discussão sobre a importância de um sistema informático que traduzisse o trabalho realizado pelo EE a fim de medir a qualidade da assistência prestada e comprovar a importância do EE no processo terapêutico da pessoa com DRC.

No âmbito das competências comuns do EE, e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE desenvolve o autoconhecimento e baseia a sua prática clínica especializada na evidência científica. Portanto, todos os processos de tomada de decisão e intervenções estão alinhados com o conhecimento atual (Regulamento n.º 140/2019). O exercício de uma prática baseada na evidência, integra assim, a melhor evidência e fomenta o pensamento crítico nos cuidados prestados, fornecendo a segurança e qualidade dos mesmos (Dang et al., 2022).

A apresentação do *E.poster* no Congresso Internacional das IACS 2024 intitulado: Importância dos Programas de Controlo de Infecção na qualidade dos cuidados de saúde (Anexo V), com resumo submetido e aprovado pela comissão científica, foi uma oportunidade para desenvolver habilidades na investigação e para a disseminação do conhecimento científico fomentando a prática baseada na evidência.

Com base no Regulamento n.º 429/2018 que se refere às competências específicas do EEEMCEPSC, foram selecionados domínios de intervenção do enfermeiro. Esta seleção partiu das necessidades da pessoa em situação crónica com DRC a fazer TSFR, no sentido de se desenvolverem as seguintes competências: 1- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, isto é, atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados; 2- Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, ponderando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas; ou seja, faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequada a sua resposta, de forma a salvaguardar a segurança da pessoa para quem é dirigida a intervenção.

Assim, pretendo fazer uma análise crítica e reflexiva do meu percurso de desenvolvimento de aquisição de competências específicas e especializadas, subjacentes à área de especialidade à pessoa em situação crónica. Para tal, orientei-me pelo projeto de desenvolvimento de competências, desenvolvido na fase inicial do estágio (Anexo I). É de salientar que os objetivos e as atividades concretizadoras, foram traçados com vista a alcançar as competências

específicas do EEEMCEPSC, em particular, no cuidado à pessoa com DRC em programa de HD.

O primeiro objetivo “Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR”, foi subdividido em dois objetivos mais específicos.

Após a realização de pesquisa bibliográfica com o objetivo de identificar as necessidades da pessoa com DRC em TSFR, verificou-se que esta necessita de compreender em que consiste o tratamento de HD, controlar a ingestão de sódio, potássio, fósforo e líquidos, monitorizar o peso corporal, manter a tensão arterial controlada, realizar autovigilância dos sinais e sintomas para ajustar o regime terapêutico de acordo com as alterações detetadas, cuidar da FAV para prevenir complicações e otimizar o acesso vascular, aderir ao regime terapêutico para evitar comprometer o tempo e a qualidade de vida, procurar apoio emocional para lidar com um processo de transição e adotar um estilo de vida saudável (Amado, 2022; Bastos, 2015; Bossola et al., 2022; Chauveau et al., 2017; Clementino et al., 2018; Cristóvão, 2016; Costa et al., 2019; Cheung et al., 2021; Fernandes & Cruz, 2017; Gomes & Silva, 2020; Herzog et al., 2011; Iglesias et al., 2016; Ikizler et al., 2020; Fresenius Medical Care & Gomes, 2011; Navaneethan et al., 2021; Wong, 2022).

Foi elaborado um guião orientador de recolha de dados (Anexo II) que contemplou os principais domínios de atenção de enfermagem e os aspetos que integram o processo adaptativo do cliente, nomeadamente a consciencialização como propriedade da transição, bem como o conhecimento prévio e os significados como condições facilitadoras ou inibidoras desse processo. Este guião permitiu sistematizar os dados que se pretendia recolher de modo a perceber a fase de adaptação ao tratamento e simultaneamente possibilitou a identificação das necessidades para promoção do autocuidado com o acesso venoso, que nos dois casos clínicos estudados, foi a FAV.

As observações realizadas e as reflexões com as enfermeiras tutoras durante o momento de estágio profissional, permitiram constatar que a utilização de questões abertas durante a colheita de dados é a técnica mais utilizada, isto porque as questões abertas convidam a pessoa a desenvolver o seu pensamento, enquanto a encorajam a fornecer o máximo de informação possível (Chalifour, 2008).

Apesar de alguma dificuldade inicial na sua elaboração, a sua aplicação foi muito útil para a recolha dos dados, principalmente pela intencionalidade colocada. Porque mais importante do que as questões colocadas, foi a consciência dos dados que se pretendia recolher, da dificuldade que isso representava e da importância para o sucesso das intervenções a serem implementadas. A construção do instrumento contou com a ajuda das tutoras através da discussão sobre as necessidades das pessoas com DRC em TSFR, como peritas na área, as suas sugestões corroboraram com o que foi encontrado na literatura (Polit & Beck, 2017).

O EEEMCEPSC deve reconhecer a pessoa com DRC, não como um agente passivo, recetor de

cuidados, mas sim, como um agente de autocuidado, que conhece as implicações do tratamento e tem um papel ativo na elaboração do seu plano de cuidados (Furtado & Lima, 2006). Assim, tendo em conta a teoria de Orem (1991) e a teoria das transições de Meleis (2000), durante o estágio, recorreu-se à educação para a saúde, que é designada pela combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes (OMS, 2014). Importa aqui salientar que as intervenções do tipo ensinar tiveram sempre por base o nível de literacia em saúde de cada um dos clientes. Em contexto de estágio, uma das estratégias utilizadas para promover a educação para a saúde foi o desenvolvimento de folhetos personalizados (anexo III) e a informoterapia baseada na evidência científica encontrada nas pesquisas bibliográficas realizadas durante o estágio.

O contexto de cuidados em HD, permite um contato prolongado com o cliente, o que favorece o estabelecimento de um vínculo terapêutico, aliado à comunicação, que é um instrumento básico que está presente nos cuidados de enfermagem, seja para orientar, informar, apoiar ou confortar o cliente, na satisfação das suas necessidades, permitiu observar e detetar expressões verbais e não-verbais indicativas de situações relevantes que, na maioria das vezes, podem passar despercebidas por outros profissionais (Gullo et al., 2000).

Uma das estratégias utilizadas na transmissão de informação, foi a explanação oral com recurso à utilização da técnica de comunicação *teach back*, que consiste na solicitação, pelo profissional, da repetição da informação fornecida a fim de validar se a mensagem foi transmitida corretamente, sendo também possível colmatar as lacunas com informação adicional (Tamura-Lis, 2013). O treino desta técnica permitiu perceber que muitas vezes a informação não chega ao recetor de forma adequada, colocando em causa o trabalho. Com o recurso a esta técnica durante o estágio na implementação das intervenções do tipo ensinar, foi possível adquirir habilidades de comunicação que permitiram melhorar a qualidade da informação e adaptar a linguagem utilizada. Outra das estratégias utilizadas foi o incentivo à procura de informação na internet, indicando sítios com informação fidedigna e linguagem acessível sobre formas para melhorar o desempenho do cliente na autogestão da doença, nomeadamente no domínio da gestão do regime dietético. Neste contexto, a OMS (2003) refere que os enfermeiros devem incluir nas estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico, medidas como o encorajamento à pessoa para manter relações terapêuticas com os profissionais de saúde, nomeadamente no que se refere à transmissão de conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento e sobre o modo como o enfermeiro o poderá ajudar.

No que se refere à aquisição de competências para intervir na promoção da autogestão do regime alimentar, um dos objetivos delineados na elaboração do projeto, passou pela identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR, no domínio da autogestão do regime alimentar.

Partindo da premissa que ao assumir o papel de EE, tinha que me constituir uma “ajuda” valiosa para a transição saúde-doença dos clientes alvo dos meus cuidados, considerei que seria relevante conhecer os fatores que influenciam a adesão ou não adesão ao regime alimentar da pessoa com DRC em programa regular de HD. Assim, houve a necessidade de procurar na evidência científica sobre este assunto, com o intuito de conhecer os referidos fatores e assim poder planejar intervenções de enfermagem mais específicas e direcionadas às reais necessidades dos clientes. Os fatores relacionados com a não adesão ao regime terapêutico, das pessoas com DRC em TSFR, são: déficit de conhecimento, mudanças drásticas nos hábitos alimentares, dificuldade em seguir o plano alimentar apesar das orientações, relação dos alimentos proibidos a funções de força ou função reparadora do organismo, sensação de fome ao aderir às restrições associados à redução das proteínas, tempo de HD, desejo intenso por alimentos não admitidos na dieta, baixa percepção da gravidade da doença, não aceitação da doença, nível de escolaridade, ausência de sintomas (Madeiro et al., 2010; Silva & Bueno, 2014; Thomas, 2005; Cristóvão, 2016; Maldaner, 2008).

Com o intuito de desenvolver competências específicas no cuidado à pessoa com DRC em TSFR, senti necessidade de compreender a influência que os significados atribuídos ao regime dietético tinham na adoção de mudanças dos hábitos alimentares. A pesquisa bibliográfica sobre a temática, deu ainda contributos sobre os aspetos a questionar aquando da colheita de dados referentes aos significados atribuídos ao regime alimentar. Aumentar o conhecimento no domínio dos significados atribuídos ao regime alimentar, contribuiu para que as minhas intervenções fossem mais eficazes no sentido da adoção de comportamentos ajustados às necessidades da pessoa com DRC.

Ao analisar com a enfermeira tutora os significados atribuídos ao regime dietético, foi detetado que na grande parte dos casos, são de desvalorização e de insatisfação, os quais se traduzem na dificuldade em mudar comportamentos e condicionam o envolvimento da pessoa neste processo, comprometendo deste modo a autogestão do regime dietético. Assim, foi meu propósito analisar o significado dificultador com a pessoa, e tentar intervir no sentido de modificar esses significados. Algumas das estratégias adotadas foram o fornecimento de conhecimento sobre a relação entre o padrão alimentar e o tratamento da DRC, dando tempo ao cliente para a interiorização e integração de toda a informação fornecida. Segundo Cristóvão (2016), é fulcral dotar o cliente de informação de forma a prevenir comportamentos inadequados. Ainda neste domínio, é de salientar que o desafio para o EE passa por ajudar a modificar esses significados, contribuindo para a sua reformulação positiva (recodificação) e facilitando o processo de consciencialização (Bastos, 2015). A autogestão do regime dietético em particular pode depender dos significados iniciais e dos que são construídos, cabendo ao EE ajudar o cliente a redescobrir significados e alterar os inicialmente construídos e que constituíram um obstáculo ao seu processo de consciencialização. A verdade é que o enfermeiro, pelo tempo de contacto que tem com a pessoa consegue estabelecer uma relação

terapêutica profícua ao plano de cuidados que se pretende instituir, na medida em que essa relação permite a identificação de desvios face ao plano alimentar pretendido e concorre para a promoção da autogestão do regime dietético, trabalhando em parceria com a restante equipa multidisciplinar.

A entrevista realizada à nutricionista do serviço de HD, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, e observação de algumas consultas realizadas, bem como o acompanhamento das enfermeiras tutoras na recolha de dados ao cliente e intervenções para a promoção da autogestão do regime alimentar foram atividades promovidas no estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências neste domínio.

Durante o estágio, foi elaborado um folheto com o objetivo de melhorar o défice de conhecimento sobre as restrições dietéticas implícitas no regime dietético da pessoa com DRC em TSFR. Durante as intervenções de enfermagem, outros clientes tomaram conhecimento do referido folheto e também o solicitaram. Neste sentido, os folhetos foram disponibilizados, mas decidi intervir junto de cada cliente de forma individualizada, adequando a minha intervenção a cada caso concreto; assim referi-me as principais informações contidas no folheto e respondi às dúvidas colocadas por cada um. Considero que foi uma ferramenta de disseminação de informação bastante útil para os clientes, que serviu para promover o autocuidado dirigido ao controlo do peso interdialítico. Acresce ainda, que os ensinamentos relacionados com o GPID foram bem aceites pelos clientes, encaram-nos como uma necessidade, visto terem dificuldades em controlar o GPID.

As intervenções intrínsecas ao padrão alimentar não devem ser padronizadas, mas sim individualizados e adaptados a cada pessoa, sendo consideradas as necessidades e preferências individuais. A avaliação do padrão alimentar, é basilar para a definição de objetivos e estratégias nutricionais. Neste sentido, o EE deve avaliar os conhecimentos do cliente no que respeita à DRC e às recomendações nutricionais que lhe estão associadas, bem como, o seu padrão alimentar habitual, as suas preferências e as suas necessidades específicas (culturais, clínicas, financeiras, entre outras) (Mira et al., 2017).

Tendo em conta medidas de autocuidado para gerir as restrições hídricas e dietéticas na pessoa com DRC em TSFR, após a pesquisa bibliográfica, criou-se folhetos explicativos com as principais orientações para ajudar o cliente na adesão do regime dietético, tendo como objetivo reduzir o défice de conhecimento acentuado identificado neste domínio. Os folhetos centraram-se em quatro temas de maior preocupação dos clientes: medidas para controlar a ingestão hídrica, medidas para controlar a ingestão de sal, medidas para controlar a ingestão de potássio e medidas para controlar a ingestão de fósforo. Inicialmente foram criados dois folhetos, um para a restrição de sal e outro para a restrição hídrica, foram discutidos com as enfermeiras tutoras e utilizados para os ensinamentos. No entanto, com a implementação da consulta de enfermagem no serviço foi também solicitada a elaboração de um folheto sobre a ingestão de

potássio e um folheto sobre a ingestão de fósforo que partiu das necessidades específicas de um cliente. Os folhetos foram uma ferramenta eficaz, que contribuiu para reduzir o déficit de conhecimento, visto que os clientes, demonstraram grande interesse em ler e discutir as informações ali contidas.

É importante que o EE, conheça as estratégias para enfrentar as dificuldades associadas à gestão do padrão alimentar, ajudando os clientes a selecionar as medidas de autocuidado que melhor se ajustam às suas necessidades e características pessoais, disponibilizando a informação necessária para tal (Bastos, 2015; Cristóvão, 2016).

No que se refere aos objetivos relacionados com melhorar a capacidade de intervenção na promoção do autocuidado do acesso vascular para HD e melhorar a *performance* na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no autocuidado do acesso vascular para HD, após identificação dos défices de conhecimento sobre as complicações e a prevenção de complicações com o acesso vascular, nomeadamente a FAV, foi possível delinear intervenções de enfermagem relacionadas com este aspeto. Sendo o acesso vascular essencial para a realização do tratamento, e muitos clientes terem referido “medo de perder a fístula”, houve interesse dos clientes em saber sobre quais eram as complicações e como se poderia prevenir.

Assim, a promoção do autocuidado com o acesso vascular, por via dos ensinamentos sobre as complicações e prevenção das mesmas, foi uma atividade constante durante o estágio, o que me possibilitou o desenvolvimento de competências neste domínio. Com efeito, a maioria dos clientes a quem prestei cuidados tinham uma FAV, o que me proporcionou diversas aprendizagens relacionadas com este acesso venoso. Junto do cliente, é fundamental incrementar um conjunto de conhecimentos com o objetivo de desenvolver nela habilidades para identificar e evitar situações compatíveis com a disfunção da FAV. Esta área pode ser dividida em quatro dimensões definidas temporalmente em relação à construção da FAV e do estágio da DRC e engloba as intervenções do tipo ensinar que devem ser efetuadas à pessoa com FAV, naquilo que são os cuidados antecipatórios na preparação da FAV, os cuidados nas 48 horas após a construção da FAV, os cuidados específicos com o processo de maturação da FAV e os cuidados específicos em programa regular de HD (Sousa, 2012).

Foi também possível testemunhar a adesão ao autocuidado com a FAV em fase de maturação. Neste caso, face ao que foi transmitido ao cliente sobre a verificação do frémito, percebeu-se que quando a pessoa tem conhecimento sobre como verificar se a FAV tem frémito e do que deve fazer quando não o identifica, consegue tomar decisões adequadas para a sua saúde. O cliente, no seu domicílio, acreditou que a FAV estava com frémito diminuído, e de imediato recorreu ao serviço de diálise para ser observado pelos profissionais de saúde. Tive a oportunidade de acompanhar o cliente neste constrangimento e de forma a tranquilizá-lo começou-se por fazer uma avaliação profissional do frémito. Perante este cenário foi possível avaliar a eficácia da implementação da intervenção de enfermagem: ensinar sobre

complicações na fístula arteriovenosa, que resultou na adesão ao autocuidado, o que corrobora com a importância do EE na implementação de intervenções de enfermagem que ao avaliarem as necessidades dos clientes, por meio de uma conceção de cuidados individualizada promovem a gestão do regime terapêutico.

Entre os tratamentos de diálise, a pessoa continua a ter um papel preponderante naquilo que comporta a autogestão da doença crónica, pelo que, o EE tem um papel fundamental na capacitação da pessoa para a promoção do autocuidado com a FAV. O EE, deve aquando da capacitação da pessoa com FAV ensinar sobre os cuidados a ter ao retirar os pensos dos locais de punção, enfatizando que as crostas que se formam nos locais de punção não devem ser retiradas (Clementino et al., 2018; Sousa et al., 2015). O acesso vascular é essencial para a vida das pessoas com DRC em TSFR, uma vez que a eficiência da terapia está estreitamente ligada ao manuseamento e monitorização adequados do mesmo. Assim, estes resultados influenciam a qualidade de vida das pessoas e, inclusivamente, a sua sobrevivência depende do desempenho dos acessos venosos (Clementino et al., 2018; Gonçalves et al., 2020; Martins & Moura, 2023).

Ao pensar em cuidados com a FAV, deteta-se uma amplitude de intervenções a serem prescritas pelo EE no período pré-operatório de confecção da FAV, no período de maturação, antes, durante e após as sessões de HD. Proporciona-se a partir desses cuidados realizados maior durabilidade à fístula (Clementino et al., 2018). Considera-se primordial identificar se o cliente possui conhecimento acerca dos cuidados inerentes à manutenção do acesso vascular, pois influencia a atitude e a prática adequada do autocuidado dos clientes com FAV. A não realização desses cuidados poderá complicar o quadro clínico desses clientes, necessitando de intervenções mais complexas e/ou hospitalizações (Pessoa & Linhares, 2015; Moreira et al., 2013).

Apesar de possuir algum conhecimento nesta área, julgo que foi uma competência desafiante, pela importância do acesso vascular nesta população e pelo défice de conhecimento dos mesmos nesta área. Através dos indicadores de resultado definidos, também considero que foi onde tive maior sucesso terapêutico.

Outro aspeto relevante do âmbito da intervenção do EE no autocuidado com a FAV, é capacitar a pessoa a atuar em caso de hemorragia pelos locais de punção, devendo ser orientada a efetuar compressão no mínimo 10 minutos e, em caso de persistência, contactar os serviços de emergência hospitalares ou a unidade de diálise (Sousa, 2009; Ibeas et al, 2017).

Face ao exposto, posso referir que durante o estágio, foram promovidos aos clientes, ensinamentos sobre o autocuidado da FAV, através da informação sobre a relação entre autocuidado da FAV e a prevenção de complicações e o aumento da longevidade. A utilização de um instrumento de colheita de dados (ECAHD-FAV) para avaliar o conhecimento dos clientes sobre os cuidados a ter com a FAV, permitiu identificar com precisão as áreas de défice de conhecimento e direccionar as intervenções com o intuito de colmatar estes défices. O autocuidado onde houve maior défice foi a lavagem do membro da FAV antes da sessão de HD, sendo que a explicação acerca da

importância dessa ação para a promoção da longevidade do acesso vascular, foi preponderante para a adesão dos clientes.

Para além disso, deve instruir a pessoa a mobilizar apenas suavemente o membro da FAV e a não usar roupas apertadas durante a sessão de HD para evitar infiltrações. O EE deve explicar à pessoa a importância da remoção das agulhas após o tratamento e de efetuar compressão nos locais de punção com pressão dinâmica e sem utilizar pinças, até porque em caso de hematoma, a pessoa deve ser instruída e treinada a efetuar massagem suave no sentido do retorno venoso, várias vezes ao dia (Sousa, 2009). Eu tive a oportunidade de intervir durante a sessão de HD na promoção dos autocuidados acima referidos, porém isso foi difícil de instituir no início do estágio, devido à ausência de relação terapêutica com o cliente, o que foi estabelecido ao longo do estágio e tornou a possibilidade de intervenção cada vez mais oportuna.

O objetivo das terapêuticas de enfermagem, centradas na transição, engloba o consciencializar para a mudança, promovendo-a, ajudando a pessoa a integrar a condição de doença e as exigências de um regime terapêutico no dia-a-dia, com o menor impacto possível e que permita gerir a vida com uma doença crónica (Bastos, 2013).

O quarto objetivo do projeto, inicialmente designado por: aprofundar conhecimentos sobre Planos de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a antimicrobianos (PPCIRA), foi alterado para: melhorar a *performance* na prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados. Esta alteração fez-se necessária, decorrente de atividades desenvolvidas neste domínio, nomeadamente a revisão da literatura (Anexo VI) sobre “Importância dos Programas de Controlo de Infecção na qualidade dos cuidados de saúde”. Esta revisão, constituiu um conhecimento prévio importante sobre a temática, para reflexão sobre as práticas implementadas no contexto de estágio. A prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados, à pessoa em TSFR, assume uma importância quando analisadas as suas características e exposição como comorbilidades e fragilidades próprias da doença, e exposição a um risco acrescido de infeção.

Ao enquadrar esta temática nas competências do EE, foi verificado que este é responsável precisamente por liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos, no sentido em que diagnostica necessidades do contexto de prestação de cuidados, fomenta estratégias pró-ativas visando a prevenção de infeção, estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo de infeção e salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos (Regulamento n.º 429/2018, 2022). De forma a melhorar a *performance* na prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados, algumas atividades foram desenvolvidas como: consulta das principais recomendações nacionais e internacionais sobre controlo de infeção de CVC para HD, consulta de orientações

internas e manuais dos serviços onde foi realizado o estágio, reflexão e discussão sobre as práticas de enfermagem relativamente à manipulação do CVC na conexão/desconexão do cliente ao tratamento, promoção do autocuidado com o acesso vascular para a HD e ainda, a prática de todos esses conhecimentos através de intervenções à pessoa com CVC a realizar tratamento de HD.

A infecção do acesso vascular, nomeadamente do CVC, representa uma das principais causas de internamento. Os estudos revelam taxas elevadas de início de HD não programado, o que resulta em alta taxa de incidência de início de HD com CVC e consequentemente num aumento de infeções associadas, hospitalizações, morbilidade e custos mais elevados (Correia & Rodrigues, 2018). O CVC é o acesso vascular menos desejável, pelo maior risco de desenvolvimento de infeção, sendo considerada a complicação mais frequente (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Rocco, 2019).

No cateter de longa duração, por estar tunelizado, pode surgir uma infeção localizada no túnel de inserção, com a presença de sinais infecciosos (rubor, calor, edema e/ou exsudado) presentes no túnel subcutâneo, com indicação para remoção imediata do cateter caso exista febre e/ou alteração hemodinâmica. Caso não estejam presentes estes sinais de alarme, recomenda-se a construção de um novo acesso vascular, avaliando o túnel, identificando a possibilidade de colocação de um novo cateter na mesma via ou num local diferente. Na presença de febre é recomendado efetuar-se exame bacteriológico e antibioterapia, de acordo com o protocolo instituído (OE, 2016).

O contributo do enfermeiro é fundamental no manuseamento do CVC, na prevenção de infeções e no cumprimento de normas, tendo uma função preponderante na vigilância e segurança do cliente, bem como no despiste de complicações associadas. Para além disso, tem um papel fulcral no incentivo ao autocuidado com o acesso vascular e na vigilância de sinais/sintomas (Nunes & Alminhas, 2012; Pires et al., 2021).

O serviço de diálise, dispõe de um kit com material previamente preparado para a manipulação do CVC. Esta medida é também descrita na literatura como eficaz para a prevenção de infeção (Gork et al., 2019). É uma estratégia que permite obter em tempo útil todo o material necessário para manipulação do CVC. Para além disso, a disposição do material dentro do kit surge por ordem de realização de cada etapa do procedimento de manipulação do CVC, o que facilita a sua realização e diminui a possibilidade de contaminação do material. Sobre a existência de protocolos de atuação em caso de infeção do CVC, o serviço dispõe de uma orientação interna, sendo uma ferramenta importante para uniformizar o procedimento de acordo com as evidências atuais, de forma a que todos atuem de igual forma em situações de infeção. O tipo de penso utilizado para o local de inserção do CVC, no serviço de diálise é penso transparente, cumprem o seu tempo de permanência de acordo com as indicações da DGS (DGS, 2015/2022).

As infeções, também estão relacionadas coma FAV, normalmente estão associadas com a técnica cirúrgica ou com os procedimentos na altura da canulação, remoção das agulhas e hemóstase (OE, 2016b). Relativamente a estes procedimentos, tive a oportunidade de observar e refletir sobre a técnica utilizada pelos enfermeiros da unidade; uma vez que existem normas emanadas pela OE, onde se destaca a importância de alternar os locais de canulação consoante a técnica de canulação utilizada. Na técnica de botoeira deve ser feita uma primeira desinfeção para remoção do apósito de fibrina da entrada do túnel, e uma segunda desinfeção para a realização da canulação, seguida da colocação de um penso estéril em contacto com o local de inserção (OE, 2016b). Estas recomendações eram de conhecimento da equipa e também eram seguidas pela mesma. O serviço de diálise contava com um EEEMC como responsável pelos acessos vasculares, o mesmo dinamizava e fomentava na equipa a atualização constante subjacente a uma prática baseada na evidência, foi possível verificar que era um elemento de referência, era respeitado pela equipa, tinha uma capacidade para agir, era chamado sempre que não se conseguia realizar a canulação de uma FAV, era tido como o elemento competente para “punções difíceis”.

O desenvolvimento destas capacidades e habilidades permitiram avançar para um nível de perícia, em consonância com a experiência profissional e conhecimento incorporado neste domínio de competência. Considero ter um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente em conformidade com a situação. Os cuidados ao CVC devem ser adotados rotineiramente pela equipa de saúde, utilizando precauções necessárias para a manipulação do mesmo, bem como medidas de prevenção de infeção, através da introdução das melhores práticas baseadas no conhecimento atual. As práticas utilizadas no contexto de estágio, para além de adoção de orientações internas, seguem a globalidade das orientações da DGS, isto é, o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com CVC (DGS, 2015/2022).

À luz do modelo de desenvolvimento de competências de Benner, foi alcançado o nível de proficiência nas competências para a identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR, capacitação da pessoa com DRC em TSFR na autogestão do regime terapêutico, promoção do autocuidado com a FAV e para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR para o autocuidado com a FAV. Para o objetivo de melhorar a *performance* na prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados, considero que alcancei o nível de perita. A capacidade de reconhecer as situações na globalidade e antecipar os acontecimentos tornou-se presente, pela importância que a autogestão do regime dietético tem na vida do cliente e também pelo que a FAV representa para a pessoa em HD, visto que é a via por onde a mesma consegue substituir a função do rim, sendo primordial promover os autocuidados necessários para evitar complicações e para a manutenção do acesso vascular.

O sucesso dos planos terapêuticos e dos ganhos em saúde que se verificaram, ao longo do estágio, junto das pessoas com DRC em TSFR; assim como a adequação das intervenções às

necessidades específicas da pessoa, recorrendo a conhecimentos especializados e com base na mais recente evidência científica, fez a diferença nos cuidados prestados à pessoa com doença crónica e no futuro fará a diferença na minha intervenção enquanto EE.

Em suma, o contributo do EE, é também fundamental para promover a autonomia e capacitação da pessoa para o autocuidado, autogestão da doença, na vigilância de sinais e sintomas e na identificação das fragilidades na gestão do regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de HD.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Através das experiências vivenciadas, foi possível desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa na autogestão da DRC, na promoção de intervenções especializadas facilitadoras do processo de transição saúde-doença e na monitorização dos resultados dessas intervenções, bem como no aprofundamento de conhecimento sobre a prevenção e controlo de infeção no contexto de HD. No âmbito da maximização do ambiente terapêutico, foram desenvolvidas competências de gestão dos processos terapêuticos, com maior preponderância no desenvolvimento de capacidades na promoção do autocuidado da FAV na pessoa com DRC, na gestão das circunstâncias que potenciam a ocorrência de eventos adversos e na promoção de estratégias de prevenção de risco e desenvolvimento da cultura de segurança.

A prestação de cuidados no local de estágio permitiu uma observação privilegiada e uma partilha enriquecedora de experiências entre pares para o desenvolvimento de competências. Esta situação converge com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), pelo que as aprendizagens e experiências vividas ajudaram a alcançar o grau de enfermeira proficiente e perita em algumas intervenções. O que determinou a minha progressão para o grau de enfermeira perita nesta área foi a experiência profissional, o meu perfil de enfermeira resiliente e a afinidade afetiva/emocional com os clientes em hemodiálise. Na verdade, nutro um profundo apreço por este tipo de cliente e tenho uma grande capacidade de me colocar no seu lugar. Acredito que estas características me ajudaram a identificar com maior clareza as suas necessidades, respeitando as suas limitações e receios. O principal obstáculo à aquisição do grau de perita prende-se com o facto de o tempo de contacto não ser suficiente para desenvolver plenamente a perícia. Considero que, quanto mais se pratica a prestação de cuidados nesta área, maior é a perceção de como se deve atuar, através da avaliação do impacto das intervenções especializadas implementadas.

Também a reflexão sobre a aquisição de competências comuns e específicas do EE foi extremamente construtiva. Estimular o raciocínio crítico integrando as atividades desenvolvidas nas diversas competências, alicerçado na evidência científica foi uma mais-valia para o processo de desenvolvimento.

O regresso à experiência académica, permitiu uma visão mais ampla dos cuidados de enfermagem à pessoa em TSFR, contexto onde detenho experiência profissional prévia, com a possibilidade de identificar com facilidade as situações concretas da prática clínica relevantes para a melhoria da qualidade desses mesmos cuidados.

A maior limitação e dificuldade encontrada durante este percurso esteve relacionada com a exigência da conciliação do percurso académico, familiar e profissional, tendo sido concretizado com grande esforço pessoal. Mas, apesar de ter sido um percurso exigente, tenho um sentimento de profunda realização pessoal e profissional, com a consciência de que os objetivos propostos para o estágio de desenvolvimento profissional e para a elaboração deste relatório foram plenamente alcançados, adquirindo as competências necessárias e exigidas ao enfermeiro EEEMCEPSC. Tenho especial interesse pela área da pessoa com doença crónica, mais concretamente com DRC, seja pela experiência profissional prévia, seja por ter na família um ente querido com DRC, por isso tenho intenção em continuar a formação nesta área e quem sabe regressar a esta área de intervenção. Considero que a formação é a chave para um melhor desempenho e para prestar cuidados de excelência e que permite ao enfermeiro responder às exigências da atividade profissional e aos problemas vivenciados pela pessoa e pela família/cuidador.

Depois de realizado o estágio consciencializei-me verdadeiramente sobre o facto do EEEMCEPSC ser um ponto de referência no que diz respeito à prevenção secundária, 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.

Em suma, denota-se que os profissionais de saúde tendem a "desistir" da pessoa em situação crónica, criando estigmas como "doentes difíceis". São várias as expressões usadas para se referir à pessoa com doença crónica, como por exemplo, "não adianta investir, "eles fazem como querem", "são chatos", "estão na diálise porque são incumpridores", "não vão alterar hábitos de vida enraizados" entre outras. Perante esta constatação fico com a certeza de que ser EE nesta área tem grandes desafios e responsabilidades e para assumir este papel é fundamental ter uma característica individual muito importante, deve-se ser persistente, isto é, não desistir e nunca deixar de acreditar que o enfermeiro pode constituir-se uma ajuda para o cliente ultrapassar a sua transição de saúde-doença. A evidência científica e a prática clínica, provam que é possível promover a mudança de comportamentos através de métodos estudados, baseados em teorias, como as teorias que sustentam a ação do enfermeiro, onde se destaca a Teoria das transições que sustentou este relatório. Eu tenho a certeza que escolhi a área de especialidade adequada às minhas capacidades e gostos profissionais, trabalho há mais de 20 vinte anos com a pessoa em situação crónica, gosto de trabalhar com pessoas neste contexto, sei que o enfermeiro é muito importante para ajudar no processo de aceitação e adaptação à doença e agora considero que o EEEMCEPSC tem as ferramentas necessárias para o fazer.

O enfermeiro, ao longo de todo o seu percurso profissional, deve alicerçar a sua arte de cuidar, interligando a reflexão à prática, pois o processo de autoformação deve ser fundamentado

através da consolidação e desenvolvimento de novas competências que visam, precisamente, a melhoria da qualidade de cuidados centrados na pessoa, família e/ou cuidadores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afaneh, T., Abu-Moghli, F., & Ahmad, M. (2021). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Nursing Management*, 28(3), 28-33. <https://doi.org/10.7748/NM.2021.E1982>
- Al Ghorani, H., Götzinger, F., Böhm, M., Mahfoud, F. (2022). *Arterial hypertension: Clinical trials update 2021. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 32(1), 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.09.007>
- Amado, M. L. F. (2022). *Norma de orientação clínica: Intervenções de enfermagem na sobrecarga hídrica em pessoas DRC 5D num serviço de urgência* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/80773>
- Almeida, D. & Fontes, C. (2013). Elaboração de telas eletrônicas em um sistema de informação hospitalar utilizando as classificações de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 956-964.
- Alves, F. B., & Cardoso, L. P. (2017). Orientação de Enfermagem sobre o uso correto de quelantes de fósforo: impacto na Qualidade de Vida de Pacientes Renais. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(12), 4828-4835.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. (2007). *Doença renal Crónica: guia para a prática clínica (estádios 1-3)*. Lisboa: APEDT.
- Azevedo, R., Silva, A. L., Silva, S., Santos, C. S., & Monteiro, M. (2011). Aspectos psicossociais. In A. Gomes, *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (pp. 281-294). Lisboa: Fresenius Medical Care Portugal.
- Axley, B., Speranza-Reid, J., & Williams, H. (2012). *Venous needle dislodgement in patients on hemodialysis. Nephrology Nursing Journal*, 39(6), 435.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>
- Balbinotto, A., Garcés, E. E. O., Guimarães, J. de F., Thomé, F. S., & Barros, E. (2020). *Protocolo de acesso vascular para hemodiálise: cateter venoso central. Clinical and Biomedical Research*, 26(3), [páginas não especificadas]
- Baldree, K., Murphy, S., & Powers, M. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*, 31(2), 107-112.

- Barcellos, C. F., Nunes, P. B., Valle, J. L., Lopes, T., Orlando, B., Scherer, C., Nunes, M., Duarte, A. G., & Böhlke, M. (2017). Comparative effectiveness of 30% trisodium citrate and heparin lock solution in preventing infection and dysfunction of hemodialysis catheters: a randomized controlled trial (CITRIM trial). *Infection*, 45(2), 139-145. <https://doi.org/10.1007/s15010-016-0929-4>
- Bargman, J. M., & Shorecki, K. (2017). Doença renal crónica. In A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Medicina interna de Harrison* (19ª ed., vol. 2, pp. 1811-1821). AMGH.
- Bastos, F. (2015). Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico: A transição para a doença crónica. *Novas Edições Académicas OmniScriptum GmbH & Co.*
- Bastos, F. S. (2013). A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico [Dissertação de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>
- Bates, B. (2021). *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. (13ª ed.). Wolters Kluwer.
- Bell, L. & Duffy, A. (2009). A Concept Analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*, 18(1), 46-51. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2009.18.1.32091>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (3ª ed.). Quarteto Editora.
- Betjes, M. G. H. (2011). Prevention of catheter-related bloodstream infection in patients on hemodialysis. *Nature Reviews Nephrology*, 7(5), 257-265. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2011.49>
- 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>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (5ª ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Caldana, G., Gabriel, C., Bernardes, A., Évora, M. & Dora, Y. (2011). Indicadores de desempenho em serviço de Enfermagem hospitalar: revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(1), 189-197.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da

relação de ajuda (Vol. 1). Loures: *Lusodidacta*.

Chauveau, F., et al. (2017). Mediterranean diet as the diet of choice for patients with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 1(1), 1-11. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx085>

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

Chopra, V., Flanders, S. A., Saint, S., Woller, S. C., O'Grady, N. P., Safdar, N., Trerotola, S. O., Saran, R., Moureau, N., Wiseman, S., Pittiruti, M., Akl, E. A., Lee, A. Y., Courey, A., Swaminathan, L., LeDonne, J., Becker, C., Krein, S. L., & Bernstein, S. J. (2015). The Michigan appropriateness guide for intravenous catheters (MAGIC): Results from a multispecialty panel using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Annals of Internal Medicine*, 163(6), S1-S39. <https://doi.org/10.7326/M15-0744>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In *Nursing Research Methodology*. Aspen Publications.

Chalmers, C. (2005). *Anatomia e fisiologia aplicadas e o processo da doença renal*. In N. Thomas & C. Jeffrey (Eds.), *Enfermagem em nefrologia* (Vol. 2, pp. 29-78). Editora Lusociência.

Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: Análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.03.001>

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Costa, F., et al. (2019). *Orientações nutricionais para pacientes com doença renal crónica em hemodiálise*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Clementino, D., Souza, A., Barros, D., Carvalho, D., Santos, C., & Fraga, S. (2018). Pacientes em hemodiálise: Importância do autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(7), 1841-1852. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234970p1841-1852-2018>

Coleman, M., & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), 1503.

Cristóvão, A. F. A. J. (2016). Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise [Dissertação de doutoramento, Universidade Católica

Portuguesa]. Instituto de Ciências da Saúde.

- Dahiya, A., Bello, A., Thompson, S., Schick-Makaroff, K., & Pannu, N. (2021). Knowledge and practice of incremental hemodialysis: A survey of Canadian nephrologists. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.1177/20543581211065255>
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2015). *Handbook of dialysis* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health.
- Daugirdas, J., & Kjellstrand, C. (2003). Prescrição de hemodiálise crónica: uma abordagem da cinética da ureia. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing (Eds.), *Manual de diálise* (3ª ed., p. 174). Medsi.
- David, M. I. D. (2015). Os perfis de autocuidado das pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise e a sua perceção da qualidade de vida [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia]. Repositório Científico Lusófona.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, Série I-A, (60). Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & De Geest, S. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 222–235. <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/3/222.long>
- Dhingra, R. K., Young, E. W., Hulbert-Shearon, T. E., Leavey, S. F., & Port, F. K. (2001). Type of vascular access and mortality in U.S. hemodialysis patients. *Kidney International*, 60(4), 1443–1451.
- Dickens, C., & Lambert, B. L. (2009). Health literacy and medication understanding among patients. *Pharmacy Practice*, 7(1), 25–30.
- Direção-Geral da Saúde. (2011/2012). Norma n.º 017/2011, de 28 de setembro de 2011, atualizada a 14 de junho de 2012: Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. <https://www.anadial.pt/wp-content/uploads/2018/04/Norma-017-2011-.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Norma n.º 018/2016, de 30 de dezembro: Reconciliação da medicação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-da-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017, de 8 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2015/2022). *Norma Clínica n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Comissão para as Recomendações Práticas [ESC]. (2020). *Recomendações para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular: Recomendações de bolso de 2020 da ESC Comissão para as Recomendações Práticas*. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2021/04/Pockets-Fibrilhacao-Auricular.pdf>

EDTNA/ERCA. (2016). *Vascular access - Cannulation and care: A nursing best practice guide for arteriovenous fistula*. Lucerna: EDTNA/ERCA.

Eknoyan, G., & Lameire, N. (2012). KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-150.

Evaristo, L. S., Cunha, A. P., Morais, C. G., Samselski, B. J. L., Esposito, E. P., Miranda, M. K. V., & Gouveia-e-Silva, L. F. (2020). Complicações durante a sessão de hemodiálise. *Avances en Enfermería*, 38(3), 316-324. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um foco central da enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association. (2015). *Vascular access - Cannulation and care: A nursing best practice guide for arteriovenous fistula*. Lucerna: EDTNA/ERCA.

Farrington, C. A., & Allon, M. (2019). Complications of hemodialysis catheter bloodstream infections: Impact of infecting organism. *American Journal of Nephrology*, 50(2), 126-132. <https://doi.org/10.1159/000501357>

Fatehi, P., Chi-yuan, H., & Tonelli, M. (2022). Chronic kidney disease (newly identified):

Clinical presentation and diagnostic approach in adults. *Up To Date*.
<https://www.uptodate.com>

Fernandes, M., & Cruz, L. (2017). Adesão ao regime terapêutico da pessoa em início de hemodiálise: Intervenção do enfermeiro. *CIAIQ*, 2, 1-10.

Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19, 32-45.

Feroze, U., Martin, D., Reina-Patton, A., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2010). Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 4(3), 173-180. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20622304>

Fincham, M. A., Kagee, A., & Moosa, M. R. (2008). Dietary and fluid adherence among haemodialysis patients attending public sector hospitals in the Western Cape. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 21(2), 7-12.

Fouque, D., Vannegoor, M., ter Wee, P., Wanner, C., Basci, A., Canaud, B., et al. (2007). EBP guideline on nutrition. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 45-87.

Fresenius Medical Care, & Gomes, A. (2011). Manual de hemodiálise para enfermeiros. *Almedina*. ISBN 978-972-40-4488-0.

Furtado, A., & Lima, F. (2006). Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fístula arteriovenosa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 532-538.

Georgianos, P. I., & Agarwal, R. (2019). Prevenção da hipotensão intradialítica: seria a sertralina uma abordagem farmacológica eficaz? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(4), 1-3.

Galvão, M. T. dos R. L. S., & Janeiro, J. M. da S. V. (2013). O autocuidado em enfermagem: Autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.35699/reme.v17i1.50266>

Gameiro, M. G. H. (2004). "Estar Doente": Atribuição pessoal e significações. *Referência*, 12, 35-43.

Ganesh, S. K., Stack, A. G., Levin, N. W., Hulbert-Shearon, T., & Port, F. K. (2001). Association of elevated serum PO₄, Ca x PO₄ product, and parathyroid hormone with cardiac mortality risk in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 12, 2131-2138.

- Glasscock, 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>
- Gomes, E. P., & Silva, M. J. P. (2016). "Adesão ao Tratamento com Quelantes de Fósforo: Intervenções de Enfermagem em Pacientes com Doença Renal Crônica". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 610-617.
- Gonçalves, L. M., Cunha, L. P., Silva, F. V. C. E., Pires, A. D. S., Azevedo, A. L. D., & Silva, P. S. D. (2020). Nursing care to clients with arteriovenous fistula: An integrative review of the literature. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 12, 457-462. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8515>
- Gork, I., Gross, I., Cohen, M. J., Schwartz, C., Moses, A. E., Elhalel, M. D., & Benenson, S. (2019). Access-related infections in two haemodialysis units: Results of a nine-year intervention and surveillance program. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8, 105. <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0557-8>
- Greenstreet, W. (2006). From spirituality to coping strategy: Making sense of chronic illness. *British Journal of Nursing*, 15(17), 938-942.
- Glikson, M., Nielsen, J. C., Kronborg, M. B., Michowitz, Y., Auricchio, A., Barbash, I. M., Barrabés, J. A., Boriani, G., Braunschweig, F., Brignole, M., Burri, H., Coats, A. J. S., Deharo, J.-C., Delgado, V., Diller, G.-P., Israel, C. W., Keren, A., Knops, R. E., Kotecha, D., ... Tolosana, J. M. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal*, 42(35), 3427-3520. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab364>
- Gullo, A., Lima, A., & Silva, M. (2000). Reflections about communication in the nursing assistance to the chronic renal patient. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 209-212.
- Hamid, H., Bouanane, H., Ibrahim, A., Ismail, S., Sayed, A., Mahmoud, K., Hamad, A., & Ali, F. (2019). Effective prevention bundle to eliminate catheter-related bloodstream infections in ambulatory hemodialysis patients. *Canadian Journal of Infection Control*, 34(1), 54-57.
- Hebda, T., Hunter, K., & Czar, P. (2019). Handbook of informatics for nurses & healthcare professionals (6^a ed.). *Pearson*.
- Herzog, C. A., Asinger, R. W., Berger, A. K., Charytan, D. M., Díez, J., Hart, R. G., Eckardt, K.-U., Kasiske, B. L., McCullough, P. A., Passman, R. S., DeLoach, S. S., Pun, P. H., & Ritz, E. (2011). Cardiovascular disease in chronic kidney disease: A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 80(6), 572-586. <https://doi.org/10.1038/ki.2011.223>

- Homem, F. de B., Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Sousa, J. P., Rodrigues, L. M. M. A., & Azevedo, T. S. (2022). Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular (1ª ed.). *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., ... Barba, Á. (2017). Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. *Nefrologia*, 37(1), 1-191. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
- Iglesias, A., Mirinunis, C., Pelliccia, F., Morris, I., Romach, I., Matos, J., Preda, M., Ward, N., Beltrandi, R., Peralta, R., & Kafkia, T. (2016). Acesso vascular: Canulação e cuidados: Manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa. *EDTNA/ERCA*.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). Estatísticas da Saúde - 2021. *Instituto Nacional de Estatística*. ISBN 978-989-25-0599-2. ISSN 2183-1637.
- Ipema, K. J. R., Kuipers, J., Westerhuis, J., Gaillard, C. A. J. M., an der Schans, C. P., Krijnen, W. P., & Franssen, C. F. M. (2016). Causes and consequences of interdialytic weight gain. *Kidney and Blood Pressure Research*, 41, 710-720. <https://doi.org/10.1159/000450560>
- Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Wang, A. Y.-M., & Cuppari, L. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3), S1-S107.
- Jesus, N. M., Souza, G. F., Rodrigues, C. M., Neto, O. P., Rodrigues, D. D., & Cunha, C. M. (2019). Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Nephrology*, 41(3), 364-374. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
- Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T., Nitsch, D., Neuen, B., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease seminar. *The Lancet*, 398(10209), 786-802. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5)
- Kaptein, A., Di, V. D., Broadbent, E., Falzon, L., Thong, M., & Dekker, F. (2010). Behavioral research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Education and Counseling*, 78.
- Karalis, M. (2003). Sodium, fluids & your health. (Renalife, Ed.). *American Association of Kidney Patients*.
- Katneni, R., Hedayati, S.S. (2007). Central venous catheter-related bacteremia in chronic hemodialysis patients: epidemiology and evidence-based management. Nature clinical practice. *Nephrology*, 3(5), 256-66.
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. (2006). Clinical practice guidelines and clinical

- practice recommendations. *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*.
- KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. (2020). *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1–S164.
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1).
- Kyriakoulis, K. G., Ntineri, A., Niiranen, T. J., Lindroos, A., Jula, A., Schwartz, C., Kollias, A., Andreadis, E., & Stergiou, G. S. (2022). Home blood pressure monitoring schedule: Optimal and minimum based on 2122 individual participants' data. *Journal of Hypertension*, 40(8), 1380–1387.
- Lawson, K. L., Jonk, Y., O'Connor, H., Riise, K. S., Eisenberg, D. M., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of telephonic health coaching on health outcomes in a high-risk population. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(3), 40–46. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.039>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *Springer Publishing Company*.
- Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 379(9811), 165–180. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60178-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60178-5)
- Lindberg, M., Wikström, B., & Lindberg, P. (2011). A behavioural nursing intervention for reduced fluid overload in hemodialysis patients: Initial results of acceptability, feasibility and efficacy. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*, 36(3), 87–98.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., ... Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), 1–164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Lynch, K. E., Lynch, R., Curhan, G. C., & Brunelli, S. M. (2011). Prescribed dietary phosphate restriction and survival among hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(3), 620–629. <https://doi.org/10.2215/CJN.04620510>
- Macário, F. (2017). Relatório Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia: Tratamento substituto renal da doença renal crónica estágio V em Portugal. *Encontro Renal*.
- Machado, M. (2009). Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho].

Repositório Científico de Acesso Aberto. D

- Madeiro, A. C., Machado, P. D. L. C., Bonfim, I. M., Braqueais, A. R., & Lima, F. E. T. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 546-551. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016>
- Mahan, L. K., & Raymond, J. L. (2018). Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia (14.^a ed.). *Saunders Elsevier*. ISBN: 9788535229844.
- Manthey, M. (2014). A prática do primary nursing: Prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento (2.^a ed.). *Atheneu*. ISBN: 978-85-388-0530-4.
- Marques, S. P., Lima, M. J., Neves, P. M., & Espiga, M. M. (2019). Prevalence of cardiovascular risk factors and other comorbidities in patients with hypertension in Portuguese primary health care populations: The PRECISE study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 38(6), 427-437. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.09.011>
- Marchão, C., Cachado, A. S., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência renal crônica terminal: Manifestações clínicas e opções terapêuticas. In A. Gomes (Ed.), *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (pp. 49-78). Lisboa: Fresenius Medical Care.
- Marriner-Tomey, A. (1994). Nursing theorists and their work (3.^a ed.). *Mosby*.
- Martins, M. D. S., & Moura, S. (2023). Analisar o autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 1-10. <https://doi.org/10.12707/RVI23.11.29211>
- Medeiros, M. C., & Sá, M. P. C. (2011). Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Revista RENE*, 12(1), 65-72.
- McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., ... Khamidullaeva, G. A. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912-4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (1991). Theoretical nursing: Development and progress (2.^a ed.). *Lippincott*.
- Melo, J., Dias, A., Vilares, F., Matos, J., Sousa, M., & Pinheiro, R. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise (1.^a ed.). *Ordem dos Enfermeiros*.

- Mira, A. R., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). Manual de nutrição e doença renal. *Associação Portuguesa dos Nutricionistas*.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®). *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- Morgan, L. (2000). A decade review: Methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*, 27(3), 299-304.
- Moreira, A. G. M., & Araújo, S. T. C. (2013). Preservation of arteriovenous fistula: Conjoint actions from nursing and client. *Escola Anna Nery*, 17(2), 256-262.
- Mota, L. (2011). Sistemas de informação de enfermagem: Um estudo sobre a relevância da informação para os médicos. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/>
- Murea, M., Moossavi, S., Garneata, L., & Kalantar-Zadeh, K. (2020). Narrative review of incremental hemodialysis. *Kidney International Reports*, 5(2), 135-148. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.11.014>
- Naber, T., & Purohit, S. (2021). Chronic kidney disease: Role of diet for a reduction in the severity of the disease. *Nutrients*, 13.
- Nascimento, C. D., & Marques, I. R. (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 719-722. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600017>
- Navaneethan, S. D., et al. (2021). Diabetes management in chronic kidney disease: Synopsis of the 2020 KDIGO clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 174(3), 385-394.
- National Kidney Foundation K/DOQI. (2006). Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: Hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy and vascular access. *American Journal of Kidney Diseases*, 48.
- NephroCare. (2006). A e i o u para uma dieta saudável de um doente em hemodiálise (4.ª ed.). *Fresenius Medical Care*.
- Nunes, P., & Alminhas, S. (2012). Cateter venoso central: Que práticas na procura da excelência. *Revista Onco.news*, 20(85), 11-19.
- Oliveira, C. A. C. (2015). Autocuidado: gerir regime medicamentoso – Uma revisão integrativa da literatura. Contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de

dados em enfermagem [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto, Portugal.

O'Neill, P. (2007). Helping your patient to restrict potassium. *Hospital Nursing*, 37(4), 64-68.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_w

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016b). International Council of Nurses: versão 2015. *Lusodidacta*. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestradosenf-especialista.pdf>

Orem, D. E. (2001). Nursing: concepts of practice (6.^a ed.). *Mosby-Yearbook, Inc.*

Organização Mundial de Saúde. (1983). Health education in self-care: Possibilities and limitations. *World Health Organization*.

Organização Mundial de Saúde. (2007). Assuring medication accuracy at transitions in care. *Organização Mundial de Saúde*.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution6-medication-accuracy-at-transitions-care.pdf?sfvrsn=8cc90bc8_6&download=true

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

Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados em saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. *Organização Mundial de Saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Pacheco, G. S., & Bregman, R. (2007). Clientes com doença renal crônica: Avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 11(1), 44-51.

Palencia, I. P. G., Banquett, D. C., Quintana, M. C., Villamizar, A. L., & Mendoza, Y. (2016). Spirituality and religiosity in elderly adults with chronic disease. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>

Paquete, A. R. C. (2018). Effectiveness of a structured intervention in the development of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis patients [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto.

Parreira, P. (2005). *Organizações. Formasau*.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. [https://doi.org/10.1002/\(ISSN\)1097-4679](https://doi.org/10.1002/(ISSN)1097-4679)

Pedreiro, T. P. M., & Martins, M. D. S. (2022). Índice de qualidade dos cuidados de enfermagem aos utentes com cateter venoso central em hemodiálise. *Revista Referência*, 12(1), 45-56.

Pereira, C. V., & Leite, I. C. (2019). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 267-274. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900037>

Pessoa, N. R. C., & Linhares, F. M. P. (2015). Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: Knowledge, attitude and practice. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), 73-79. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>

- Pessoa, N., Lima, L., Santos, G., Frazão, C., Sousa, C., & Ramos, V. (2020). Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 369-377. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau.
- Pinto, G., Amândio, F., Ribeiro, O., Antunes, V., & Galvão, J. (2011). Anatomia e fisiologia renal e insuficiência renal crónica. In Fresenius Medical Care (Ed.), *Manual de hemodiálise para enfermeiros*, (pp. 39-50). Almedina.
- Pinto, J., Sá, L., Amaral, A., & Amado, J. (2024). Elaboração de perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório. *Revista de Enfermagem Referência*, Série VI(No. 3 - Suplemento 1), e31223. <https://doi.org/10.12707/RVI23.63.31223>
- Pires, V. A., Martins, M. D., & Correia, T. I. (2021). Prática clínica dos enfermeiros na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e12707. <https://doi.org/10.12707/RV20163>
- Poinen, K., Quinn, R. R., Clarke, A., Ravani, P., Hiremath, S., & Perl, J. (2019). Complications from tunneled hemodialysis catheters: A Canadian observational cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(4), 467-475. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.10.025>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Pesquisa em enfermagem: Gerando e avaliando evidências para a prática de enfermagem (10ª ed.). *Wolters Kluwer Health*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
- Qunibi, W. Y. (2006). The CARE study and cardiovascular calcification. *Managed Care*, 15(3 Suppl), 1-5.
- Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B., & Brun, A. D. O. (2007). What to teach to patients with heart failure and why: The role of nurses in heart failure clinics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 165-170. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100024>
- Ravagnani, J. F., Leite, L. B., Dias, F. B., Rodrigues, A. S., & Milagres, C. S. (2021). Diabetes mellitus em pacientes em tratamento hemodialítico e fatores associados. *Saúde (Santa Maria)*, 47(1), e31223. <https://doi.org/10.5902/2236588x>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, Série II (26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de

enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crônica. *Diário da República*, Série II (135).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º533/2014 de 2 de dezembro. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, Série II (233)
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/12/233000000/3024730254.pdf>

Ribeiro, W. A., Jorge, B. O., & Queiroz, R. S. (2020). Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSUS*, 11(1), 88-97.

Riella, M. C., & Martins, C. (2013). *Nutrição e o rim*. Guanabara Koogan.

Resende, M. C. (2006). Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física [Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Brasil].

Rocco, M. V. (2019). Hemodialysis. In E. V. Lerma, M. A. Sparks, & J. M. Topf (Eds.), *Nephrology secrets* (5ª ed., pp. 373-382). Elsevier.

Rocha, R. P. F., & Pinho, D. L. M. (2019). Occurrence of adverse events in public hemodialysis units. *Enfermería Global*, 19(55), 1-34. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.343361>

Rocha, P. N., Sallenave, M., Casqueiro, V., Campelo, B., & Neto, P. S. (2010). Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(1), 23-28.

Rocha, P. N., Braga, P. S., Ritt, G. F., Filadelfo, L., Carlos, L., Pontes, S., et al. (2005). Complicações imediatas relacionadas à inserção de cateteres duplo-lúmen para hemodiálise. *Hemodialysis Double-Lumen Catheters Journal*, (71), 1-5.

Rodrigues, C. I. S., Ferreira-Filho, S. R., Moura, A. F. S., Poli-de-Figueiredo, C. E., Silva, D. R., Polacchini, F. S. G., Almeida, F. A., Pinheiro, M. E., Bezerra, R., Paula, R. B., Peixoto, A. J., Figueiredo, A. E. P. L., Feitosa, A. D. M., Machado, C. A., Amodeo, C., Mion Júnior, D., Muxfeldt, E. S., Silva, G. V., Moura-Neto, J. A., ... Nadruz, W. (2025). I Diretriz Brasileira de hipertensão arterial na diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Brazilian Journal of Nephrology*, 47(1), e20240033.

Rodríguez, E., Muñoz-Maldonado, G., & Hernández-Guedea, M. (2017). Outcomes and surgical complications in kidney transplantation. *International Journal of Organ Transplant Medicine*, 8(2), 78-84.

Romagnani, P., Remuzzi, G., Glassock, R., Levin, A., Jager, K. J., Tonelli, M., Massy, Z.,

- Wanner, C., & Anders, H. J. (2017). Chronic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17088. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88>
- Rosenberg, M. E. (2019). Epidemiology, etiology, pathophysiology, and staging of chronic kidney disease. In E. V. Lerma, M. A. Sparks, & J. M. Topf (Eds.), *Nephrology Secrets* (5^a ed., pp. 139-149). Elsevier.
- Salgueiro, J., Santos, R., Alves, M., Matos, A., & Encarnação, S. (2011). Complicações e acidentes. In *Fresenius Medical Care, Manual de hemodiálise para enfermeiros* (pp. 261-280). Almedina.
- Santos, V. F. C. D., Borges, Z. N., Lima, S. O., & Reis, F. P. (2018). Percepções, significados e adaptações à hemodiálise como um espaço liminar: A perspectiva do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 853-863. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0148>
- Stergiou, G. S., Palatini, P., Parati, G., O'Brien, E., Januszewicz, A., Lurbe, E., Persu, A., Mancia, G., Kreutz, R., Aparicio, L., Asayama, K., Asmar, R., Bilo, G., Boivin, J., de la Sierra, A., Dolan, E., Filipovsky, J., Head, G., ... White, W. B. (2021). European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*, 39, 1293-1302. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002843>
- Sherman, R. A., & Mehta, O. (2009). Dietary phosphorus in dialysis patients: Potential impact of processed meat, poultry, and fish products as protein sources. *American Journal of Kidney Diseases*, 54(1), 18-23. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.03.006>
- Sherman, R. A., Daugirdas, J. T., & Ing, T. S. (2015). Complications during hemodialysis. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing (Eds.), *Handbook of dialysis* (5^a ed., pp. 215-236). Elsevier.
- Sidani, S. (2011). Self care. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of science* (2^a ed., pp. 131-200). Jones & Bartlett Publishers.
- Silva, A. (2024). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no cuidado ao doente renal crónico em programa regular de hemodiálise: Instrumento de apoio à gestão [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/4602e172-da1e-47ce-a5d4-e54ed23342d9>
- Silva, M. (2010). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Formasau.
- Silva, M. R., de Moura, L. M. S., Barjud, L. L. E., Batista, G. S., & da Silva Filho, M. L. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão

- integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 9344-9374.
- Silva, R. R. L. (2019). Ganho de peso interdialítico excessivo e seus fatores associados [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco]. *Atena – Repositório Digital da UFPE*.
[https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33974/1/DISSERTA%
c3%87%c3%83O%20Renata%20Reis%20de%20Lima%20Silva.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33974/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Renata%20Reis%20de%20Lima%20Silva.pdf)
- Silveira, A. O., & Silva, D. E. (2022). O cuidado da enfermagem frente às complicações do tratamento hemodialítico: Revisão integrativa. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 9(6), 21-31.
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/complicacoes-do-tratamento>
- Simões, C., & Simões, J. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Revista Referência*, 2(4), 9-23.
- Soares, A. I. M. (2017). Conceções dos enfermeiros especialistas: Contributos para a qualidade [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. *Repositório Comum*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>
- Soares, J. L. D. (2007). Sintomas e sinais cardinais. In J. Soares, *Semiologia médica: Princípios, métodos e interpretação* (pp. 12-15). LIDEL.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). Relatório Anual 2023. *Sociedade Portuguesa de Nefrologia*.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2018). Recomendações de bolso de 2018 da ESC: Comissão para as recomendações práticas. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Disponível em [https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket-guidelines-Hipertens%
C3%A3o_compressed.pdf](https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket-guidelines-Hipertens%C3%A3o_compressed.pdf)
- Sousa, C. N. (2009). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Dos pressupostos teóricos aos contextos das práticas [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto].
- 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.org/10.1016/j.rpsp.2011.11.001>
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M., Martins, M., & Dias, V. (2013). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1796-1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.12207>

- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H. J. S., Dias, V. F. F., Teles, P., & Martins, M. M. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodialysis International*, 19(2), 306-313. <https://doi.org/10.1111/hdi.12249>
- Sousa, C. N., Peixoto, M. J., & Salazar, B. (2021). Medidas de avaliação do autocuidado. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 51-58). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., & Ne, C. (2021). *Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/39477>
- Sousa, S. (2019). Prevenção e controlo da infeção. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 37-56). Lidel.
- Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K., Herrington, W. G., Hill, G., Inker, L. A., Kazancioğlu, R., Lamb, E., Lin, P., Madero, M., McIntyre, N., Morrow, K., Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., ... 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>
- Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality education and patient safety. *Urologic Nursing*, 33(6), 267-271. <https://doi.org/10.7257/1053-816x.2013.33.6.267>
- Terra, F., Costa, A. M. D. D., Figueiredo, E. T., Morais, A. M., Costa, M. D., & Costa, R. D. (2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 8(2), 119-124. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>
- The Joint Commission. (2012). Preventing central line-associated bloodstream infections: A global challenge, a global perspective. Joint Commission Resources. https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/systemfolders/topics-library/clabsi_monographpdf.pdf?db=web&hash=86103821F3C7FF8A7683C933EA0CB391
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia. Lusociência*.
- Tkachuk, O. (2019). Fisiopatologia da Hipertensão Arterial na Doença Renal Crónica: Artigo de Revisão. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. *Repositório Científico de Acesso Aberto*.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Transtheoretical model approach in eating behavior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1641-1650.

- Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Davis's drug guide for nurses* (14^a ed.). F.A. Davis Company.
- Varela, A. M., & Filho, P. R. F. S. (2006). Interações entre a doença cardiovascular e a doença renal crônica. *Brazilian Journal of Nephrology*, 28(2, Suppl. 1), 22-28. Disponível em https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n3s2a07.pdf
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição em nefrologia. In N. Thomas (Ed.), *Enfermagem em nefrologia* (2^a ed., p. 489). Lusociência.
- Vervloet, M. G., & Van Ballegooijen, A. J. (2018). Prevention and treatment of hyperphosphatemia in chronic kidney disease. *Kidney International*, 93(5), 1060-1072. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2017.11.036>
- Wanner, C., Schuchhardt, J., Bauer, C., Brinker, M., Kleinjung, F., & Vaitsiakhovich, T. (2025). Risk prediction modeling for cardiorenal clinical outcomes in patients with non-diabetic CKD using US nationwide real-world data. *BMC Nephrology*, 26(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03906-2>
- Wang, Q., Lai, X., Wu, Y., Zheng, F., Yu, T., Fan, S., Wang, Y., Zhang, X., & Tan, L. (2024). Associations between self-leadership and self-reported execution of infection prevention and control among physicians and nurses. *American Journal of Infection Control*, 52(3), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.09.008>
- Wong, S. K. (2022). A review of current evidence on the relationship between phosphate metabolism and metabolic syndrome. *Nutrients*, 14(21), 4525. <https://doi.org/10.3390/nu14214525>
- Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R., & Tuot, D. S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, 19(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0988-0>
- Yeh, S.-C., & Chou, H.-C. (2007). Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*, 69, 182-190.

8. ANEXOS

Anexo I



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Escola Superior de Saúde do Norte da
Cruz Vermelha Portuguesa**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**

Floripes de Oliveira Paiva

**Desenvolvimento de Competências para
cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica
em Terapia de Substituição Renal**

Oliveira de Azeméis | 2024



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Escola Superior de Saúde do Norte da
Cruz Vermelha Portuguesa**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Desenvolvimento de Competências para cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica em Terapia de Substituição Renal

Regente: Professora Doutora Liliana Mota

Orientadora: Professora Mestre Eloísa Maciel

Tutoras: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Ana Filipa
Caldeira e Vera Martins

Estudante: Floripes de Oliveira Paiva, Nº 3269

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	2
1. PLANIFICAÇÃO	6
1.1. Objetivo Geral.....	6
1.2. Objetivos Específicos	6
<i>1.2.1. Desenvolver competências de identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR.....</i>	<i>6</i>
1.2.1.1. Melhorar capacidades na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime terapêutico	6
1.2.1.2. Melhorar a performance na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR.....	7
1.2.2. Melhorar a capacidade de intervenção na promoção do autocuidado do acesso vascular para hemodiálise.....	7
1.2.2.1. Melhorar performance na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no autocuidado do acesso vascular para hemodiálise.....	8
1.2.3. Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR na autogestão do regime terapêutico	8
1.2.3.1. Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime alimentar.....	8
1.2.3.2. Melhorar performance na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime alimentar.....	9
1.2.4. Aprofundar conhecimentos sobre Planos de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a antimicrobianos (PPCIRA).....	9
2. RECURSOS	10
3. CRONOGRAMA.....	11
3.1. Diagrama de Gant	12
4. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO.....	12
4.1. Análise Swot.....	13
4.2. Controlo.....	14
4.3. Avaliação.....	14
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório final, inserida no plano de estudos do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, promovido pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSnorteCVP), foi determinada a elaboração de um relatório final de estágio, sob a metodologia de análise crítico-reflexiva das competências consolidadas, desenvolvidas e adquiridas em contexto de prática clínica. Alicerçado nas 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 (Regulamento nº 429/2018, 2018) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O referido estágio decorrerá no período de 01 de outubro de 2024 a 28 de fevereiro de 2025, com uma carga horária total de 810 horas, das quais 428 horas são de contato e 382 horas de trabalho autónomo, sendo 384 horas de contato na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial.

O estágio realizar-se-á em uma Unidade de Diálise de um hospital geral português, que assiste 150 pessoas portadoras de doença renal crónica (DRC), das quais 120 fazem hemodiálise e 30 fazem diálise peritoneal. É uma unidade de atendimento permanente de segunda a sábado, das 8 às 24 horas.

Ao domingo e no período das 0 às 8 horas, sempre que necessário, as pessoas com DRC são atendidas através do serviço de Urgência que chama o nefrologista de prevenção e é este, que caso se justifique chama os enfermeiros de prevenção. A mesma assistência é assegurada às pessoas em regime de internamento no hospital. De 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h, está destacado um enfermeiro, exclusivamente, para o atendimento da diálise peritoneal.

A Unidade de Diálise está vocacionada para todas as terapias de substituição renal: Hemodiálise, DPCA (Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória) DPA (diálise peritoneal automática), Transplante e Tratamento Conservador. A primeira consulta de

enfermagem é realizada após referência do médico nefrologista e é de esclarecimento para posterior tomada de decisão do doente/família. Acontece normalmente enquanto o doente está na fase de pré terapia de substituição renal. As consultas subsequentes podem acontecer por marcação programada ou por necessidade da própria pessoa.

O enfermeiro, ao longo de todo o seu percurso profissional, deve alicerçar a sua arte de cuidar, interligando a reflexão à prática, pois o processo de autoformação deve ser fundamentado através da consolidação e desenvolvimento de novos conhecimentos que visam, precisamente, a melhoria da qualidade de cuidados centrados no doente, família e/ou cuidadores.

É esperado, portanto, que o Enfermeiro Especialista (EE) seja um profissional reflexivo, dotado de conhecimento especializado e capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional no contexto da prática clínica, assim como, produzir investigação em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A recente revisão das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica promoveu o desdobramento de quatro áreas de especialidade distintas, onde destaco a área de enfermagem à pessoa em situação crónica. No que concerne aos benefícios da especialização em enfermagem, vários estudos demonstram que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas contribuem para a redução das taxas de mortalidade, maior satisfação das pessoas relativamente aos cuidados recebidos, prestação de cuidados de enfermagem com maior frequência e com melhores resultados em saúde, com papel ativo na prevenção de doenças crónicas e também na minimização do seu impacto na vida da pessoa (Lopes et al., 2018). Para além disso, a presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e crucial, dada a existência de situações de saúde cada vez mais complexas, as quais exigem tomadas de decisão seguras, rápidas e eficazes, que proporcionem respostas efetivas às necessidades dos clientes (Benner, 2001).

O desenvolvimento de competências acontece então através da união entre experiência profissional adquirida, conhecimento e reflexão sobre a prática clínica, tal como refere Patrícia Benner (2001); pelo que, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, a qual é

alcançada mediante uma aprendizagem experiencial (Benner, 2001).

Assim, partindo da complexidade da doença renal crónica (DRC) e exigências colocadas à pessoa a iniciar programa regular de hemodiálise (PRHD), e pela experiência profissional que detenho neste contexto de cuidados, fez todo o sentido definir o projeto de desenvolvimento profissional no cuidado à pessoa em situação crónica com alterações da função renal, em PRHD, este projeto tem como tema: Projeto de Desenvolvimento de Competências para cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica em Terapia de Substituição Renal, tendo como objetivo primordial a aquisição de competências no processo de diagnóstico e de intervenção diferenciada. Um estágio profissional assume, assim, um papel preponderante, pois é uma etapa essencial no processo de aprendizagem, que contribui para um enriquecimento pessoal, para a excelência formativa, onde o saber da *praxis* se desenvolve sustentado pelo saber teórico, possibilitando a aquisição das competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício da profissão de enfermagem.

Para estruturar e direcionar a aquisição de competências pretendidas faz-se necessário a elaboração de um projeto de desenvolvimento de competências, que servirá como guia orientador durante o período de crescimento enquanto enfermeiro especialista em contexto de estágio. O projeto, encontra-se estruturado em cinco partes: a presente introdução; a planificação onde são apontados os objetivos gerais e específicos bem como as atividades que os concretizam; a monitorização, o controlo e avaliação. É ainda apresentada uma análise SWOT, é uma ferramenta estratégica usada para identificar e analisar os pontos fortes (*Strengths*), fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) de uma organização ou projeto.

A documentação dos casos clínicos será feita com recurso à plataforma educacional “e4Nursing”, uma plataforma orientada para a conceção de cuidados de enfermagem. A sua organização conceptual tem por base as etapas do processo de enfermagem e a sua estrutura alinhada com a Ontologia de Enfermagem.

A metodologia utilizada para a realização deste projeto baseia-se no método descritivo e analítico, através da reflexão e exposição das atividades a realizar

durante o estágio, e ainda na análise crítico-reflexiva, refletindo sobre as estratégias sugeridas e respetiva implementação.

1. PLANIFICAÇÃO

1.1. Objetivo Geral

Desenvolver competências de investigação para conceção dos cuidados especializados à pessoa com DRC em TSFR.

Atividades concretizadoras:

- Realizar 2 estudos de casos, integrando o processo de enfermagem de acordo com a Ontologia de Enfermagem orientado pela *checklist* CARE.

1.2. Objetivos Específicos

1.2.1. *Desenvolver competências de identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR.*

1.2.1.1. *Melhorar capacidades na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime terapêutico.*

Atividades concretizadoras:

- Pesquisar instrumentos de avaliação no domínio da adesão ao regime terapêutico na pessoa com DRC em TSFR;
- Pesquisar bibliografia geral e/ou no agregador de base de dados Ebscohost Web fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico;
- Elaborar síntese sobre fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico;
- Elaborar guião para colheita de dados;
- Analisar com enfermeira tutora fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico;
- Observar enfermeira tutora na pesquisa dos dados no domínio da consciencialização da pessoa com DRC em TSFR;
- Analisar com a enfermeira tutora dados no domínio da consciencialização da pessoa com DRC em TSFR;

- Observar enfermeira tutora na pesquisa dos dados no domínio dos significados da pessoa com DRC em TSFR;
- Analisar com enfermeira tutora dados no domínio dos significados da pessoa com DRC em TSFR;
- Treinar colheita de dados no domínio da autogestão/adesão do regime terapêutico da pessoa com DRC em TSFR, o número de vezes possível.

1.2.1.2. Melhorar a performance na identificação das necessidades da pessoa com DRC em TSFR.

Atividades concretizadoras:

- Elaborar dois planos de cuidados com recurso à plataforma educacional e4nursing;
- Analisar os planos de cuidados com enfermeira tutora.

1.2.2. Melhorar a capacidade de intervenção na promoção do autocuidado do acesso vascular para hemodiálise.

Atividades concretizadoras:

- Pesquisar bibliografia geral e/ou no agregador de base de dados Ebscohost Web estratégias para promover o autocuidado do acesso vascular para hemodiálise.
- Elaborar síntese com as estratégias para promover o autocuidado do acesso vascular para hemodiálise
- Observar enfermeira tutora nas estratégias de intervenção na consulta de acessos vasculares realizada na unidade;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção no domínio da consciencialização da pessoa DRC em TSFR face ao autocuidado do acesso vascular para hemodiálise;
- Observar enfermeira tutora nas estratégias de intervenção no domínio da consciencialização da pessoa com IRC em TSFR do autocuidado do acesso

vascular para hemodiálise;

- Observar enfermeira tutora nas estratégias de intervenção no domínio dos significados atribuídos pela pessoa com DRC em TSFR a respeito do acesso vascular para hemodiálise.

1.2.2.1. Melhorar performance na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no autocuidado do acesso vascular para hemodiálise.

Atividades concretizadoras:

- Elaborar dois planos de cuidados no decurso do estágio de natureza profissional com recurso a plataforma educacional e4nursing;
- Analisar planos de cuidados com enfermeiras tutoras.

1.2.3. Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR na autogestão do regime terapêutico.

1.2.3.1. Melhorar competências para a capacitação da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime alimentar.

Atividades concretizadoras:

- Pesquisar bibliografia geral e/ou no agregador de base de dados Ebscohost Web estratégias para promover a adesão ao regime alimentar da pessoa com DRC em TSFR;
- Elaborar uma síntese com as estratégias para promover a adesão ao regime alimentar da pessoa com DRC em TSFR;
- Observar a enfermeira tutora na implementação de estratégias que promovam a adesão ao regime alimentar no contacto com a pessoa com DRC em TSFR e também na consulta de enfermagem;
- Analisar com a enfermeira tutora estratégias de intervenção no domínio da consciencialização da pessoa com DRC em TSFR face ao regime alimentar;
- Analisar com a enfermeira tutora estratégias de intervenção no domínio dos

significados atribuídos ao regime alimentar pela pessoa com DRC em TSFR;

- Definir as intervenções face ao regime alimentar para implementar junto das pessoas com DRC em TSFR.

1.2.3.2. Melhorar performance na capacitação da pessoa com DRC em TSFR no domínio da autogestão do regime alimentar.

Atividades concretizadoras:

- Treinar a implementação das intervenções face ao regime alimentar da pessoa com DRC em TSFR;
- Elaborar dois planos de cuidados no decurso do estágio de natureza profissional com recurso a plataforma educacional e4nursing;
- Analisar planos de cuidados com enfermeiras tutoras.

1.2.4. Aprofundar conhecimentos sobre Planos de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a antimicrobianos (PPCIRA).

Atividades concretizadoras:

- Consultar guidelines nacionais e/ou internacionais sobre PPCIRA;
- Identificar com a enfermeira tutora atividades desenvolvidas no âmbito do PPCIRA com o intuito de prevenir infeções causadas pelos cuidados de saúde no serviço onde ocorre o estágio;
- Apresentar E.posters no Congresso Internacional das IACS 2024 intitulado: Importância dos programas de controlo de infeção na qualidade dos cuidados de saúde, com resumo já submetido e aprovado pela comissão científica.

2. RECURSOS

Para definir os recursos de um projeto de estágio, é importante considerar diferentes categorias que abrangem todos os aspetos necessários para a execução do projeto. Aqui estão as principais categorias de recursos e suas definições:

Recursos Humanos: Envolve todas as pessoas que participarão do projeto, são eles: orientador de estágio, tutores, e todas as pessoas envolvidas na assistência às pessoas com quem realizarei o estudo de caso incluindo os próprios doentes em situação crónica;

Recursos Materiais: Inclui todos os materiais físicos necessários para a realização das atividades do estágio. São eles: um computador portátil, *pen drive*, computador, impressora, tinteiro, papel, canetas;

Recursos tecnológicos: plataforma de pesquisa em base de dados da ESSnorteCVP e Ordem dos Enfermeiros, programa para conceção dos cuidados de enfermagem E4nursing;

Recursos financeiros: Refere-se ao orçamento disponível para o projeto de estágio. Será ele: Orçamento próprio para custear todas as despesas decorrentes dos custos operacionais, investimento em formação, se oportuno.

3. CRONOGRAMA

Um cronograma de estágio é um planejamento detalhado que organiza todas as atividades e tarefas que o estagiário deve realizar durante o período de estágio. É essencial para garantir que o estágio seja bem estruturado e que todas as partes envolvidas (estagiário, instituição que recebe o estagiário e instituição de ensino) tenham uma visão clara das expectativas e dos prazos.

O cronograma ajuda a distribuir as tarefas ao longo do tempo, evitando sobrecargas e garantindo que todas as atividades sejam realizadas de maneira ordenada e eficiente.

Para definir o tempo em que as atividades decorrerão será utilizado o Diagrama de Gantt, uma ferramenta amplamente utilizada para gestão de projetos em diversas áreas de atuação.

3.1. DIAGRAMA DE GANTT

Atividades	TEMPO DE DURAÇÃO																			
	outubro				novembro				dezembro				janeiro				fevereiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Projeto de desenvolvimento de competências																				
E. poster Congresso IACS2024																				
Realizar pesquisa bibliográfica																				
Elaborar guião para colheita de dados																				
Treinar colheita de dados no domínio da autogestão/adesão do regime terapêutico/autocuidado do acesso vascular																				
Elaborar plano de cuidados																				
Analisar plano de cuidados																				
Relatório Final																				

4. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

4.1. MONITORIZAÇÃO - ANÁLISE SWOT

A análise SWOT é uma ferramenta estratégica utilizada para identificar e analisar os pontos fortes (Strengths), pontos fracos (Weaknesses), oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats) de um projeto ou organização. Esta análise ajuda a entender melhor o ambiente interno e externo, facilitando a tomada de decisões informadas. Aqui estão os componentes da análise SWOT.

ANÁLISE SWOT	FATORES POSITIVOS	PONTUAÇÃO (0-20)	FATORES NEGATIVOS	PONTUAÇÃO (0-20)	
FATORES INTERNOS	FORÇAS - Responsabilidade - Persistência - Vontade em adquirir competências - Elevada capacidade de organização - Resiliência	20 20 20 18 20	FRAQUEZAS - Disponibilidade relacionada com o horário laboral e vida pessoal - Outros projetos profissionais - Fadiga - Pouca experiência na elaboração e implementação de projetos	10 12 10 10	TOTAL INTERNOS
	SUBTOTAL: 19,6		SUBTOTAL: 10,5		
	FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES - Tipologia de doentes - Número de doentes no serviço - Interesse do serviço pelo tema	20 20 20	AMEAÇAS - Não dominar Software e4nursing - Falta de espaço para colocar computador portátil - Horário de funcionamento do serviço	10 12 12
SUBTOTAL: 20		SUBTOTAL: 11		31	
TOTAL POSITIVO: 39,6			TOTAL NEGATIVO: 21,5		

4.2. CONTROLO

O controlo deste projeto será realizado através de reuniões mensais com as tutoras e orientadora para ajuste do plano conforme necessidade e identificação de riscos e problemas durante a sua execução.

4.3. AVALIAÇÃO

A avaliação será feita através das reuniões intercalares e final com as tutoras e orientadora, procedendo à comparação dos resultados obtidos com os objetivos propostos, autoavaliação do estágio e entrega do relatório final do estágio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (3ª edição). Quarteto Editora.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializado_senfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Anexo II

GUIÃO ORIENTADOR DE ENTREVISTA CLÍNICA

1. Identificação

Idade: _____ Gênero: _____

2. Histórico Médico

Tempo desde o diagnóstico de insuficiência renal crônica (IRC):

Causa da IRC?

Tempo em hemodiálise/diálise:

Principais sintomas e complicações relacionados com a doença renal:

3. Histórico de tratamentos anteriores:

Hábito intestinal e urinário

4. Medicamentos atuais:

Como se tem sentido?

Qual o seu entendimento sobre a insuficiência renal crônica e o tratamento de diálise?

Sabe porque faz o tratamento?

Já lhe falaram dos cuidados com a alimentação que devia ter?

Alguém lhe deu alguma indicação nesse sentido?

Que cuidado principal deve ter?

Que cuidados tem com a sua alimentação?

Quais são os alimentos preferidos?

O que comeu ontem?

Gosta de comer?

Costuma sentir sede? O que faz para diminuir a sensação de sede?

Como tem estado o seu apetite?

Como acha que a sua alimentação interfere com a sua doença e com o seu bem-estar?

Vê alguma relação entre o que come e bebe normalmente e os sintomas que sente?

Sabe a quantidade de líquidos que bebe normalmente?

Sabe como pode medir isso?

Sabe as complicações que pode ter?

Nível de atividade física, padrões de sono.

Participação social, apoio familiar.

Como lida com as mudanças em sua saúde e vida diária?

Como se preparou para a transição para a hemodiálise?

Como avalia sua condição atual e o tratamento?

Como se sente em relação à sua condição e tratamento?

Como lida com os desafios diários da hemodiálise?

Como se ajusta às mudanças na sua vida devido à hemodiálise?

Como a hemodiálise afeta os papéis e responsabilidades diários?

Como a condição e o tratamento afetam as relações sociais e familiares?

Quais são as práticas de autocuidado adotadas por si?

Quais são as suas expectativas em relação ao tratamento e a sua qualidade de vida?

Quais são os seus objetivos de curto e longo prazo com relação à saúde e bem-estar?

Quais são as fontes de apoio emocional, estratégias de enfrentamento?

Regularidade nas sessões de diálise, adesão a medicamentos.

AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

Sabe o que é e para que serve a FAV?

Quais os cuidados que se deve ter com a mesma durante a fase de maturação?

Quais os cuidados que se deve ter antes das sessões de hemodiálise?

Quais os cuidados que se deve ter durante a sessão de hemodiálise?

Quais os cuidados que se deve ter após a sessão de hemodiálise?

Anexo III

Como reduzir o GPID?

- Evite alimentos industrializados;
- Prepare os alimentos sem sal e, quando necessário, adicione uma pequena quantidade de sal ao final da confeção;
- Prefira temperos naturais (ervas aromáticas);
- Limite a ingestão de líquidos;
- Produtos cítricos (como limão) melhoram a boca seca;
- Evite bebidas com cafeína (café, chá preto, bebidas gaseificadas (refrigerantes);
- Diabéticos devem manter o controlo da glicose no sangue.



**ALIMENTOS
NÃO PROCESSADOS/NÃO
INDUSTRIALIZADOS**

**Alimentos
processados/industrializados**



Como diminuir a sede:

- Chupar gelo;
- Deixar a boca refrescante: escovar os dentes;
- Bochechar água sem engolir;
- Evitar alimentos muito doces e muito salgados;
- Evitar alimentos ricos em sódio: ultraprocessados (industrializados), sal de cozinha (não ultrapassar dois gramas por dia), embutidos, conservas, enlatados, queijos salgados;
- Trocar temperos industrializados por temperos naturais.

INGREDIENTES PROCESSADOS



ALIMENTOS PROCESSADOS/ INDUSTRIALIZADOS



Adaptado pela autora de <http://loquedielacienciaparaelgazar.blogspot.com>



Unidade de Diálise

Controlo do ganho de Peso Interdialítico



**Aqui pode encontrar
informações sobre como
controlar o seu ganho de peso
interdialítico (GPID)**

O QUE É PESO INTERDIALÍTICO?

É a diferença de peso entre uma sessão de hemodiálise e a seguinte. É influenciado pela ingestão de alimentos, líquidos, sal e produção de urina.

O QUE ACONTECE COM O MEU CORPO SE EU GANHAR MUITO PESO?

- Aumenta a tensão arterial;
- Aumenta o risco de problemas no coração;
- Aumenta o risco de morte.

A remoção rápida/excessiva de líquidos durante a sessão pode baixar a tensão arterial (causar a perda da fístula arteriovenosa); câibras e náuseas.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA?

- Falta de ar, principalmente ao deitar, tendo que dormir com 2 ou 3 almofadas ou sentado;
- Cansaço;
- Inchaço (edema) nas pernas;
- Dor no peito.



DIRIJA-SE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA SE APRESENTAR UM DESTES SINAIS!

Recomenda-se que o ganho de peso interdialítico (GPID) não ultrapasse 4% do peso corporal total.

Para saber o GPID ideal pode-se utilizar a seguinte fórmula:

Multiplica-se o peso seco por 4 e a seguir divide o resultado por 100.

Ex: Peso seco = 70 kg x 4 = 280 dividido por 100 que é = 2.8 Kg

Por exemplo, uma pessoa com 70kg não deve ganhar mais de 2.8 kg entre as sessões de hemodiálise.

ATENÇÃO

A ingestão hídrica não se refere apenas a água, também terá de ter em conta:

Água, leite, sumo, chá, café, sopa, caldos, iogurte, gelatina, frutas como melancia, melão e abacaxi dentre outros alimentos com grande quantidade de água na sua composição.

COMO AVALIAR O MEU PESO?



Ao acordar:

- 1- Esvaziar a bexiga;
- 2- Sempre com o mesmo tipo de roupa (pijama/camisa ou sem roupa);
- 3- Utilizar a mesma balança.

ÁGUA É UM PROBLEMA?

NÃO

Pode beber 500 ml de líquidos por dia (24h)

Se não urinar:



OU



200 ml



200 ml



200 ml

Se urinar:

Pode beber 500 ml

+

O que urinar em 24h

Somam-se esses valores à quantidade total de líquidos a ser ingerida



500 ml

+



Evite os seguintes alimentos:

- Produtos de charcutaria (linguiça, enchidos...)
- Queijos curados;
- Frutos secos salgados;
- Batatas fritas de pacote;
- Crustáceos;
- Patés;
- Cubos de caldo, entre outros;
- *Fast-food*;
- Molhos (mostarda, ketchup, soja, chili, molho inglês);
- Refeições pré-confeccionadas como *nugets* congelados, “douradinhos”...
- Comida enlatada;
- Bebidas gaseificadas.

Use ervas aromáticas e especiarias para tornar o prato mais saboroso!

- Tomilho;
- Salsa;
- Louro;
- Hortelã;
- Açafrão;
- Pimenta em grão;
- Alho;
- Alho francês;
- Cravinho;
- Colorau;
- Caril;
- Nós moscada;
- Aipo...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.fpcardiologia.pt/como-reduzir-o-sal-na-alimentacao/>

<https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/salt-and-sodium/>

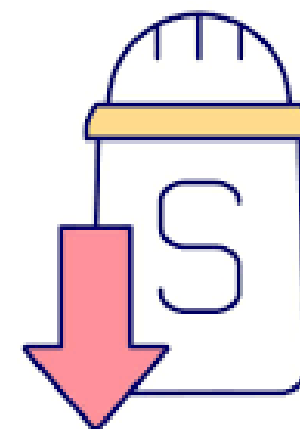
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/03/01/consumo-de-sal/>

World Health Organization (WHO)



UNIDADE DE DIÁLISE

REDUÇÃO DO SAL NA ALIMENTAÇÃO



Aqui pode encontrar informações sobre como reduzir o sal da sua alimentação

5 MOTIVOS PARA REDUZIR O SAL

- Para reduzir a tensão arterial;
- Para reduzir o inchaço (edema);
- Para poupar os rins de maiores danos;
- Para reduzir a sede;
- Para proteger o coração.

COMO POSSO REDUZIR O SAL DA MINHA ALIMENTAÇÃO?

LEIA O RÓTULO DOS ALIMENTOS!

- Preferir alimentos que apresentem até 0,4 gramas de sal por cada 100 gramas de produto;
- Nalguns rótulos, é apenas indicada a quantidade de sódio;
- Para saber a quantidade aproximada de sal, basta multiplicar o valor de sódio por 2,55 (sódio x 2,55 = sal).

O sal pode estar representado nas indicações dos rótulos dos alimentos por outros nomes:

Sódio, ou Na (símbolo químico do sódio);

NaCl (cloreto de sódio);

Glutamato monossódico;

Bicarbonato de sódio;

Fosfato dissódico;

Hidróxido de sódio;

Propionato de sódio.



RÓTULO DE UM PACOTE DE BOLACHA DOCE

Informação nutricional média / Información nutricional media			
	por 100 g:	por bolacha / galleta (5,3 g):	% DR* / IR**
Energia / Valor energético	1791 kJ - 424 kcal	94 kJ / 22 kcal	1%
Lípidos / Grasas	8,0 g	0,4 g	<1%
dos quais saturados / de las cuales saturadas	1,8 g	0,1 g	<1%
Hidratos de carbono	80 g	4,2 g	2%
dos quais açúcares / de los cuales azúcares	24 g	1,3 g	1%
Fibra / Fibra Alimentaria	2,0 g	0,1 g	
Proteínas	7,0 g	0,4 g	<1%
Sal	0,93 g	0,05 g	<1%

*Dose de referência. As necessidades nutricionais de cada indivíduo podem variar mediante o seu sexo, idade, nível de actividade física e outros factores.

**Ingesta de referência. Las necesidades nutricionales para cada individuo pueden ser superiores o inferiores basadas en su sexo, edad, nivel de actividad física y otros factores.

ALTERNATIVAS AO SAL:

- Substituir o sal por : ervas aromáticas, especiarias, sumo de limão, vinho e vinagre;
- Utilizar marinadas e vinha de alhos para temperar os alimentos;
- Substituir os molhos industrializados por caseiros (por exemplo, junte, a um iogurte, gotas de limão ou lima e cebolinho).

REDUZIR O CONSUMO DE PRODUTOS

INDUSTRIALIZADOS, COMO:

- caldos, sopas desidratadas (de pacote);
- refeições enlatadas;
- molhos industrializados;
- aperitivos salgados;
- produtos de charcutaria e salsicharia.

Preferir os alimentos com as indicações: “sem sal”, “sem adição de sal” ou “com baixo teor em sódio”.

NÃO LEVAR O SALEIRO PARA A MESA!

Optar por alimentos frescos, em vez dos processados.

EVITE	SE A SUA DIETA PERMITIR SUBSTITUA POR:
Vísceras de animais (fígado, coração, bucho, moelas)	Ovo
Enchidos (linguiça, salame, presunto, mortadela, peito de peru, etc)	Carnes cozidas
Queijos	Patês vegetais, de ricota ou tofu.
Nozes e amêndoas	Castanha ou amendoim "in natura"
Bacalhau, sardinha, atum, camarão, lapas, polvo....	Pescada, veja (frescos)
Bebidas maltadas (cerveja), chocolate	Doce de fruta sem leite
Refrigerantes a base de cola (escuros).	Outros refrigerantes claros.



- **Os níveis elevados de fósforo no sangue causam problemas a longo prazo.**
- **Os produtos industrializados são um dos mais perigosos por conterem grande quantidade de conservantes e outros aditivos à base de fósforo.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.aplr.org.pt/wp-content/uploads/2020/02/Brochura-Alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

<https://www.nephrocare.pt/doentes/a-sua-alimentacao/nutricao-para-doentes-em-hemodialise/bons-habitos-alimentares-3>

<https://prorim.org.br/hemodialise-x-alimentacao/>



UNIDADE DE DIÁLISE

REDUÇÃO DO FÓSFORO NA ALIMENTAÇÃO



Aqui poderá encontrar informações sobre como reduzir o fósforo na sua alimentação

UMA DAS PRINCIPAIS FUNÇÕES DO RIM É FILTRAR OS NUTRIENTES NECESSÁRIOS AO CORPO E ELIMINAR AQUELES QUE ELE NÃO PRECISA. ENTRETANTO, PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA PERDEM ESSA CAPACIDADE.

UM DOS NUTRIENTES QUE A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NÃO CONSEGUE ELIMINAR É O FÓSFORO.

Como posso evitar a ingestão de fósforo?

- Não há nenhuma alimentação que seja isenta de fósforo.
- O fósforo está intimamente ligado à proteína. A proteína desempenha funções importantes no nosso organismo, como na construção de músculos.
- Laticínios, por exemplo, têm um elevado teor de proteínas e fósforo.

NÃO É POSSÍVEL DEIXAR DE COMER ALIMENTOS QUE TENHAM FÓSFORO, MAS PODE-SE ESCOLHER OS ALIMENTOS QUE CONTÉM MENOS QUANTIDADE.

Existem medicamentos que diminuem o fósforo e devem ser tomados JUNTO dos alimentos que contem fósforo – são os QUELANTES.

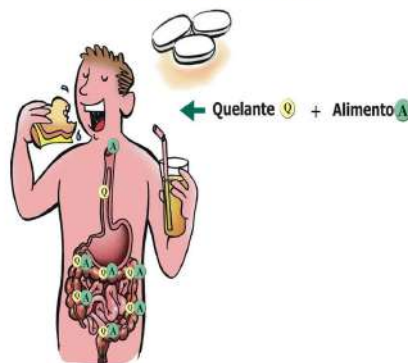
Como atuam os quelantes?

- O medicamento dissolve-se no meio dos alimentos, e o fósforo liga-se nele, e então é eliminado nas fezes, impedindo que seja absorvido pelo intestino.

Como devem ser usados?

- Deve ser tomado no momento da refeição (imediatamente antes, no meio, ou logo na última porção do alimento).

Como o quelante age?



DÊ PREFERÊNCIA A COMIDA CASEIRA!

“ENCHIDOS, CHOURIÇOS, PRESUNTO E SALAME, REFRIGERANTES ESCUROS E BISCOITOS DE PACOTE SÃO OS QUE MAIS CONTÉM FÓSFORO.

LEMBRE-SE DE:

- Não evitar todos os alimentos ricos em fósforo, mas, sim, administrar sua ingestão;
- Substituir os alimentos processados por refeições caseiras;
- Evitar os “números E” (aditivos) se comprar alimentos processados;
- Evitar/diminuir a ingestão de leguminosas (feijões, grão de bico, ervilhas...).



Alimentos ricos em potássio

ATENÇÃO

PRODUTOS INTEGRAIS SÃO MAIS RICOS EM POTÁSSIO.

OS SUBSTITUTOS DO SAL QUE, MUITAS VEZES, SÃO PRODUTOS COM CLORETO DE POTÁSSIO, NÃO DEVEM SER USADOS.



- Os níveis elevados de potássio no sangue são perigosos.
- Cortar, demolhar e cozinhar adequadamente os legumes, batatas e frutas reduz o nível de potássio.
- Se notar sinais de um elevado nível de potássio no sangue, vá ao serviço de urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.aplr.org.pt/wp-content/uploads/2020/02/Brochura-Alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

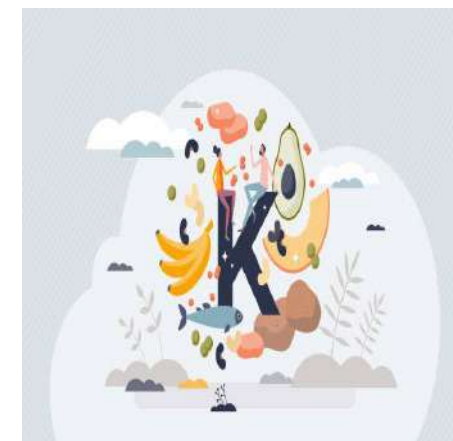
<https://www.nephrocare.pt/doentes/a-sua-alimentacao/nutricao-para-doentes-em-hemodialise/bons-habitos-alimentares-3>

<https://prorim.org.br/hemodialise-x-alimentacao/>



UNIDADE DE DIÁLISE

REDUÇÃO DO POTÁSSIO NA ALIMENTAÇÃO



Aqui poderá encontrar informações sobre como reduzir o potássio na sua alimentação

COMO É QUE ME APERCEBO QUE TENHO UM ELEVADO NÍVEL DE POTÁSSIO NO MEU SANGUE?

Se tiver uma sensação de formigueiro na língua ou boca, nas pernas e se sentir-se fraco, deve ligar 112 ou ir ao serviço de urgência imediatamente.



O potássio é um elemento essencial para a nossa alimentação. Desempenha um papel fundamental nas contrações musculares.

Mas um elevado nível de potássio no sangue é um problema grave para quem faz hemodiálise.

Lembre-se que o coração é um músculo e muito potássio no sangue causa riscos de saúde graves.

Como é que devo preparar os meus alimentos da forma mais correta para reduzir o potássio? (Exemplo)

Terá de se adaptar à maneira de preparar as batatas e legumes, mas isso é fácil e vai acostumar-se rapidamente!

- Primeiro, corte-as, demolhe-as em água morna pelo menos durante duas horas.
- Depois, retire a água e cozinhe as batatas ou legumes, de preferência, trocando a água a meio do processo de cozedura.

Ao fazer isso, grandes quantidades de potássio serão removidas.

Não use a água de cozer para preparar outro prato ou molho!



O ARROZ BRANCO CONTÉM POUQUÍSSIMO POTÁSSIO!

E A FRUTA CRUA?

NO QUE RESPEITA À FRUTA, PODE COMER UMA PORÇÃO DE FRUTA CRUA (SEM CASCA) POR DIA, MAS A OUTRA METADE DEVE SER COZIDA. DEVE EVITAR O CONSUMO DE FRUTAS MUITO RICAS EM POTÁSSIO, COMO AS BANANAS E KIWI.



Abacaxi, maçã, melancia e pêsego são frutas que tem pouco potássio!

Mas atenção! Não se deve ingerir em demasia!

Anexo IV

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA**ARTERIOVENOSA EM HEMODIÁLISE* ECAHD-FAV**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 – Aviso o enfermeiro quando tenho câibras durante a hemodiálise.					
2 – Faço compressão do local das picadas com os dedos (hemóstase).					
3 – Aviso o enfermeiro quando tenho dor de cabeça e no peito durante a hemodiálise.					
4 – Coloco pomada nos locais dos hematomas.					
5 – Sinto o frémito no local da fístula duas vezes por dia.					
6 – Faço compressão do local das picadas da fístula com os dedos em casa se sangrar.					
7 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fístula arrefece.					
8 – Observo sinais de vermelhidão e inchaço nos locais das picadas.					

9 – Protejo o braço da fístula de arranhões, cortes e feridas.					
10 – Verifico todos os dias se a cor da mão do braço da fístula se altera.					
11 – Protejo o braço da fístula de pancadas e choques.					
12 – Permito colheitas de sangue no braço da fístula**.					
13 – Aviso o enfermeiro se me começar a doer a mão do braço da fístula.					
14 – Evito entrar em locais com diferentes temperaturas.					
15 – Vou imediatamente ao hospital/clínica caso o local da fístula não tenha frémio.					
16 – Aviso o enfermeiro se me aparecer feridas na mão do braço da fístula.					

Fonte: Sousa et al., 2015

Nota: *Assinale apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o quadrado correspondente à sua opção. **Item invertido.

Anexo V



Escola
CRUZ

6º CONGRESSO INTERNACIONAL

IACS2024

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Carla Goulart, Floripes Paiva, Ricardo Melo

Apresentaram o É-Poster “**Importância dos programas de controlo de infeção na qualidade dos cuidados de saúde**” no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

24 de outubro

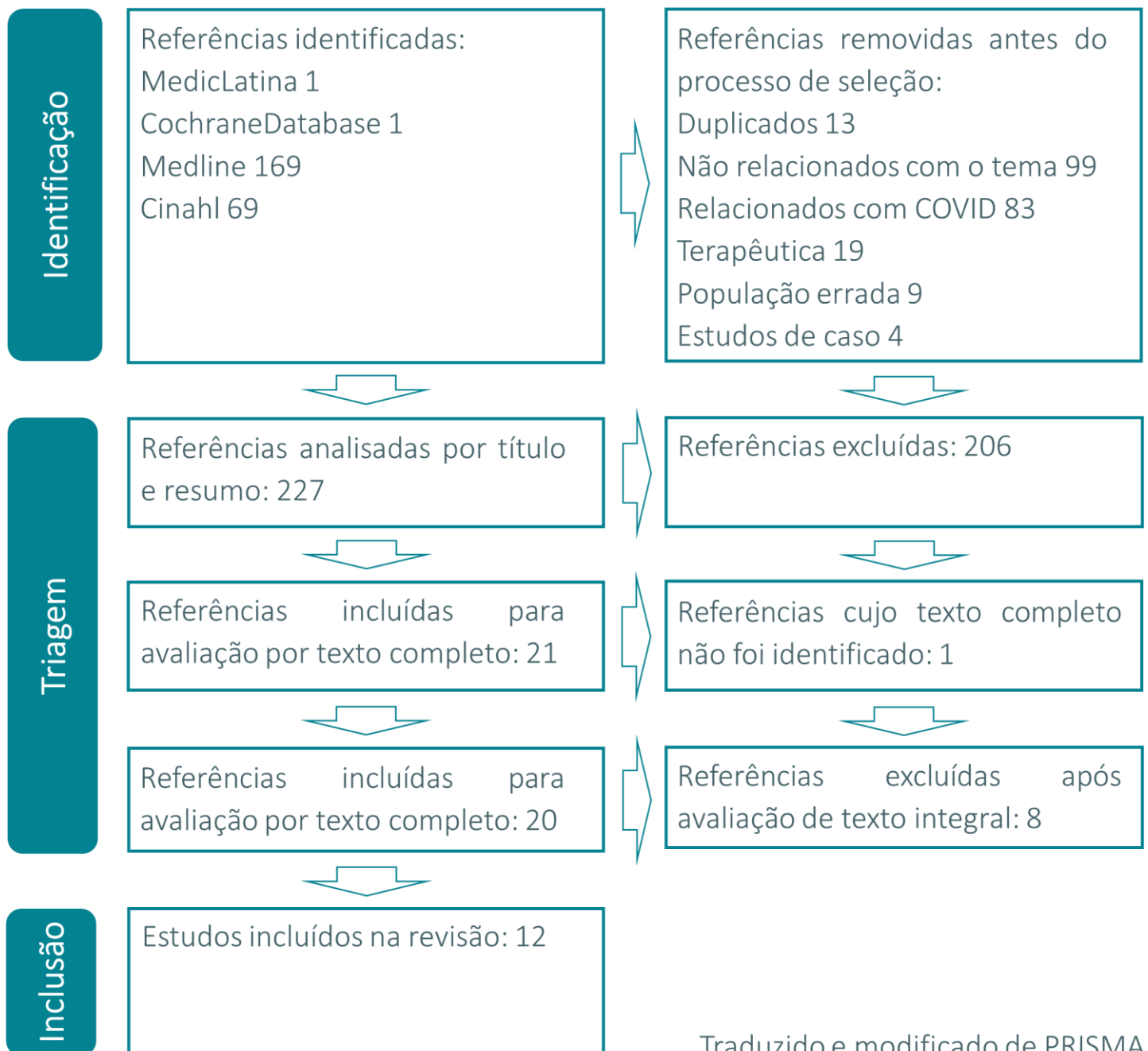
- 09h30 **SA: Conferência Inaugural: "IACS - dilemas, oportunidades, imponderáveis"**
Acácio Rodrigues (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)
 Moderador: **Luis Pedro** (ULSEDV, Portugal)
- 10h00 **SA: Sessão de abertura**
Vitor Marques (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULSEDV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 **Coffee Break**
- 11h30 **SA: Painel: Stop Infecção - Like a bridge over troubled waters**
 "Estar no Stop vale a pena? (ontem, hoje e amanhã)" **Rosário Rodrigues** (ULSAR, Portugal)
 "Mentoria e Melhoria (mentorar entre iguais)" **Margarida Dinis** (ULS Santa Maria, Portugal)
 "Melhorar, melhorar sempre" **Rute Miranda** (ULSAR, Portugal)
 Moderador: **Paulo André** (ULSAR, Portugal)
- S6: Painel: BRUSH Beyond Routine: Using a Sustained Hospital program for oral care**
 "Pneumonia associada à intubação" **Catarina Conceição** (ULSLQ, Portugal)
 "Higiene oral na disfagia" **Daniela Ferreira** (ULSEDV, Portugal)
 "Protocolo de cuidados à boca" **Maria João Batista** (ULSLQ, Portugal)
 Moderador: **Clara Carvalho** (ULSLQ, Portugal)
- S7: Painel: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias**
 "Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" **Ana Raquel** (ULSEDV, Portugal)
 "A Microbiologia e o Diagnóstico: Desvendar o Invisível para Tratamentos Precisos" **Hugo Cruz** (CHUSA, Portugal)
 "Bactérias Multirresistentes na Urina: Um Desafio Emergente" **Carla Mimoso** (CHULN, Portugal)
 Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painel: Preparar o futuro das EPC (Enterobacterales produtores de carbapenemases)**
 "Combater a colonização/infecção" **Catarina Guerra** (ULS Braga, Portugal)
 "Gestão de isolamentos" **Claudia Martins** (ULS Braga, Portugal)
 "A importância do ambiente na transmissão" **Ana Silva** (ULS Braga, Portugal)
 "Mudança comportamental na Saúde: um desafio" **Angela Dias** (ULS Braga, Portugal)
 Moderador: **Isabel Velloso** (ULS Braga, Portugal)
- S9: Painel: Como organizar o Plano de Controlo de Infecção nos Cuidados de Saúde Primários**
 "Que ferramentas utilizar?" **David Peres** (ULS Matosinhos, Portugal)
 "Como aplicar? Exemplos:" **Ilda Devesa** e **Natalia Pinheiro** (ULS Matosinhos, Portugal)
 "Como monitorizar?" **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)
 Moderador: **Fernanda Vieira** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 12h30 **Almoço**
- 14h00 **SA: Workshop FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é o que não se consegue ver, o que importa"**
S6: Workshop RACLAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"
S7: Workshop IMPORQUIMICA "Conceito DDP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz do Biofilme. Ver para crer!"
S8: Workshop MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"
S9: Workshop ARIXMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"
- 15h00 **SA: Painel: Investigação e inovação em controlo de infeção**
 "Muitos dados, algum conhecimento, pouca inovação" **José Artur Paiva** (ULS São João, Portugal)
 "Inovação Tecnológica e Estratégias no Controlo de Infecções: do Laboratório à Prática Clínica" **Paulo Alves** (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)
 "Prioridades da investigação em prevenção e controlo da infeção" **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
 Moderador: **António Soares** (CINTESIS@RISE, Portugal)
- 16h00 **SA: Simpósio: Novas metodologias na descontaminação de dispositivos médicos**
 "Impacto da tecnologia de desinfeção de alto nível na colonização microbiana nas sondas de ultrassom endocavitárias" **Ursula Morby** (Group Decontamination Lead at University Hospital Limerick, Ireland)
 "Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfeção de alto nível, automação Vs processos manuais" **Sarah Blanchard-Wall** (Product Manager - Germitec, France)
- 16h30 **SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios**
 "Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" **Marisa Cardo** (ULSRL, Portugal)
 "Microbiological testing of endoscopes and visual inspection" **Thomas Onsea Hospital** (Hospital Group in Antwerp; Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)
 Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- 16h00 **Comunicações Livres**
THINKLab: boas práticas em controlo de infeção **Elena Noriega** (ARS Algarve, Portugal)

25 de outubro

- 09h00 **SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"**
S6: Workshop DIVISIONCARE "Cortinas Antimicrobianas Descartáveis e Recicláveis " Silver Intelligence"- Eficácia, Custo e Evidência!"
S7: Workshop MEDLINE "Prevenção das IACS - novas soluções"
S8: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"
S9: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"
- 10h00 **SA: Painel: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"**
"Saúde Humana" Carlos Palos (Portugal)
 "Disseminação de Klebsiella pneumoniae multiresistente numa perspectiva One Health" **Ângela Novais** (UCIBIO/i4HB, Faculdade de Farmácia UP, Portugal)
 Moderador: **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 10h45 **Coffee Break**
- 11h15 **SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Mahmood Bhutta** (United Kingdom)
 Moderador: **Carlos Carvalho** (ULSEDV, Portugal)
- 11h45 **SA: Painel: O papel da academia na prevenção da infeção**
 "HAIInnovPrev: Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" **Teresa Neves** (ESENfC, Portugal)
 "HandSafe: Higiene das mãos em estudantes de Enf de Portugal e Brasil" **Cristina Carvalho** (ESEP, Portugal)
 "Prevenção da ITU associada a cateter vesical: Conscientização para mudança" **Filipe Paiva-Santos** (ESENfC, Portugal)
 Moderador: **Susana Filipe** (ULS Baixo Mondego, Portugal)
- S6: Painel: Foco na neurocirurgia**
 "Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" **Insa Janssen** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
 "Gestor/a de circuito do doente: experiência e mais-valias na prevenção de IACS" **Dulcinda Delannoy** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
 Moderador: **Américo Agostinho** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
- S7: Painel: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)**
 "HD do Hospital de Santarém" **Yahia Abuowda** (ULSL, Portugal)
 "Tratamento de Infecções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" **Ana Mafalda Bastos** (ULSEDV, Portugal)
 "Precauções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" **Sónia Malaca** (ULSL, Portugal)
 Moderador: **João Duarte** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painel: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção em Fisioterapia**
 "Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" **Tânia Churro*** (ULS Cova da Beira, Portugal)
 "Redução do risco e da valorização das boas práticas em Fisioterapia" **Tânia Soares*** (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)
 "Impacto das boas práticas em higiene das mãos: perceção dos fisioterapeutas" **Ana Palma*** (ULS de São José, Portugal)
 Moderador: **Elsa Silva*** (ULS de São José, Portugal)
 * Seguranga do Doente, Ordem dos Fisioterapeutas, Portugal
- S9: Painel: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos**
 "Melhoria das práticas de prescrição: o sucesso e as lições do programa PAPA na prescrição de antimicrobianos na ULSRA" **Liliana Maia** (ULSRA, Portugal)
 "Projeto drive-AMS: uma nova abordagem de antimicrobial stewardship" **Raquel Duro** (ULS do Tâmega e Sousa, Portugal)
 "Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição antimicrobiana nas infeções osteoarticulares?" **Manuela Vieira** e **André Santos** (ULSRA, Portugal)
 Moderador: **Filomena Freitas** (ULSRA, Portugal)
- 12h45 **Almoço**
- 14h45 **SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Peters** (University of Geneva, Switzerland)
 Moderadora: **Mário Branco** (ESSNorteCVP, Portugal)
- 14h45 **SA: Painel: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infecção**
 "Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" **Soraia Pereira** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
 "Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" **Luis Filipe Todo Bom** (CH Leiria, Portugal)
 "Gloves donning and removal complice and HCWs preferences" **Heck Robert Roland** (TritonLife Private Hospitals - Hurgira)
 Moderador: **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Painel: "Controlo de infeção em Medicina intensiva: um desafio multidisciplinar"**
 "Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" **Ana Maria Oliveira** (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
 "Rastreio e isolamento: desafios actuais" **Hugo Tavares** (Hospital Lusíadas Porto, Portugal)
 "Feixes de intervenção - impacto na prática clínica" **Nelson Faria** (Hospital CUF Porto, Portugal)
 Moderador: **Paulo Mergulhão** (SPCI, Portugal)
- S7: Workshop TEPREL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"**
- S8: Painel: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias**
 "Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" **Inês Ribeiro** (ULSEDV, Portugal)
 "Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" **Catarina Oliveira** (ULSEDV, Portugal)
 "Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" **Jacinta Carvalhas** (ULSEDV, Portugal)
 Moderador: **Andréa Rodrigues** (ULSEDV, Portugal)
- S9: Painel: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Consensus paper**
 "Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" **Isabel Velloso** (ANCI, Portugal)
 "Desmistificar o uso de luvas no tratamento de feridas" **Viviana Gonçalves** (ULS São João, Portugal)
 Moderador: **David Peres** (ANCI, Portugal)
- 15h45 **SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patogénicas prioritárias**
Cátia Caneiras (Inst. Saúde Ambiental, Faculdade Medicina da UL, Portugal)
 Moderador: **Bernardo Macedo** (ULSEDV, Portugal)
- 16h15 **SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso**

Anexo VI

Identificação dos estudos a partir de base de dados e registos



Traduzido e modificado de PRISMA