

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Médico
Cirúrgica – Vertente Nefrológica

Relatório de Estágio

**Medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com
doença renal crónica terminal em programa de Hemodiálise**

Mickaël Alexandre Neves Lourenço

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Médico
Cirúrgica – Vertente Nefrológica

Relatório de Estágio

**Medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com
doença renal crónica terminal em programa de Hemodiálise**

Mickaël Alexandre Neves Lourenço

Orientador: Prof. Doutor Filipe Cristóvão

Lisboa

2019



RESUMO

A doença renal crónica é um problema de saúde em crescimento no mundo inteiro e Portugal apresenta-se acima da média Europeia. Muitas vezes, a evolução da doença faz-se de modo silencioso, até ao último estadio, em que a taxa de filtração glomerular cai perigosamente e requer uma terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) para manutenção da vida. As modalidades de tratamento disponíveis para a doença renal crónica terminal (DRCT) são a hemodiálise, a diálise peritoneal, a transplantação renal, e o tratamento conservador. Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em 2017, 89,1% dos doentes iniciaram tratamento em hemodiálise como TSFR.

A pessoa com DRCT em programa de hemodiálise enfrenta as restrições da doença e do tratamento, designadamente a restrição hídrica, relacionada com a diminuição da capacidade de controlo hídrico pelo rim. Adequar a restrição hídrica às necessidades de hidratação da pessoa e à sua eliminação continua a constituir um desafio. Cabe ao Enfermeiro de nefrologia capacitar para o autocuidado com vista à restrição hídrica na pessoa em programa regular de hemodiálise, sendo um motor de educação para a saúde, ajudando a pessoa a modificar estilos de vida, manter estados de euvolemia e, prevenir as morbilidades associadas ao ganho ponderal interdialítico exagerado e estados de sobrecarga hídrica.

Uma revisão *scoping*, que pretendeu responder à questão: “De que medidas de autocuidado para a restrição hídrica dispõem as pessoas com doença renal crónica terminal em programa de Hemodiálise?”, mostrou que as medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica passam pela diminuição da ingestão da quantidade de líquidos, diminuição do consumo de sódio e pela decisão da pessoa em aderir às medidas, gerindo eficazmente os líquidos.

Palavras-chave:

Autocuidado, restrição hídrica, doença renal crónica, hemodiálise

ABSTRACT

Chronic kidney disease is a health increasing issue in the World and Portugal presents slightly above Europe's average. Often, the disease evolution is silent, until the last stage, when glomerular filtration rate dangerously falls and requires a renal replacement therapy for the preservation of life. Treatments available for end-stage renal disease are hemodialysis, peritoneal dialysis, kidney transplantation and conservative treatment. According to the Portuguese Society of Nephrology, in the year of 2017, 89,1% of end-stage renal disease patients started on hemodialysis, as a renal replacement therapy.

End-stage renal disease patients on hemodialysis struggle with restrictions related to both, the disease and the treatment, such as fluid restriction, related to the loss of kidney ability to eliminate fluid. The adequacy of fluid restriction to patient's hydration needs and its elimination ability remains a challenge. Nephrology nurse's intervention consists in promoting self-care in order to empower the patient on hemodialysis for self-management related to fluid restriction. Interventions such as health education, supporting patient in life-style changes, maintaining euvolemia and preventing co morbidities associated with high interdialytic weight gain and fluid overload.

A scoping review, intending to answer the question: "Which self-care measures can end-stage renal disease patients on hemodialysis use in order to perform fluid restriction?", has shown that self-care measures for fluid management involved decreasing water in-put, low sodium diet and the patient's decision to adhere to such measures, in order to efficiently manage fluid.

Key words:

Self-care, fluid restriction, end stage renal disease, hemodialysis

LISTA DE SIGLAS

AV – Acesso Vascular

BCM – *Body monitor composition*

CEC – circuito extracorpóreo

CVCHD – Cateter venoso central para hemodiálise

DGS – Direção-Geral de Saúde

DP – Diálise peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EAV – Enxerto arterio venoso

EDQM – *European Directorate of the Quality of Medicines & HealthCare*

EDTNA – European Dialysis and Transplantation Nurses Association

FAV – Fístula arterio venosa

GPI – Ganho ponderal interdialítico

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão arterial

ISPD – *International Society of Peritoneal Dialysis*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

KDIGO – *Kidney Disease Improving Global Outcomes*

NFK – *National Kidney Foundation*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TEP – Teste de equilíbrio peritoneal

TFG – Taxa de filtração glomerular

TMC – Tratamento médico conservador

TR – Transplantação renal

TSFR – Terapêutica Substitutiva da Função Renal

VBH – Vírus da hepatite B

VCH – Vírus da hepatite C

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. QUADRO CONCEPTUAL	17
1.1. Doença Renal Crónica	17
1.2. Modalidades de Tratamento Substitutivo da Função Renal	18
1.3. A Hemodiálise	19
1.4. Tema para estudo - Restrição hídrica em pessoas em programa de hemodiálise.....	20
1.5. Perspetiva da Enfermagem.....	21
1.6. Competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente nefrológica	22
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	25
2.1. Serviço de Internamento de Nefrologia	25
2.2. Unidade de Diálise Peritoneal	32
2.3. Unidade de Hemodiálise	40
2.4. Estágio opcional – Unidade de Diálise Peritoneal.....	49
3. ESTUDO SOBRE “MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA A RESTRIÇÃO HÍDRICA NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE”	57
3.1. Título	57
3.2. Introdução	57
3.3. Palavras-Chave.....	59
3.4. Metodologia.....	59
3.5. Apresentação e discussão dos Resultados	61
3.6. Conclusões do estudo.....	64
4. CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	

Apêndice I – Cronograma de estágio

Apêndice II – Planeamento da sessão formativa

Apêndice III – Formação subordinada ao tema “Restrição hídrica na pessoa com DRCT em programa de HD”

Apêndice IV – Folheto “Gestão de líquidos na pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal”

Apêndice V – Reflexão crítica “Gestão de líquidos na pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal”

Apêndice VI – Melhoria contínua da qualidade

Apêndice VII – Estratégia de Pesquisa

Apêndice VIII – Instrumento de Extração dos Resultados

ANEXOS

Anexo I – Jornadas de nefrologia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Anexo II – Avaliação do campo de estágio de internamento em nefrologia

Anexo III – Avaliação do campo de estágio da unidade de diálise peritoneal

Anexo IV – Avaliação do campo de estágio da unidade de hemodiálise

Anexo V – Avaliação do campo de estágio opcional da unidade de diálise peritoneal

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Classificação da Doença Renal Crónica de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular e a Albuminúria (KDIGO, 2013).....	17
FIGURA 2. Fluxograma da seleção de artigos.....	60

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. Estudos incluídos na revisão.....	62
QUADRO 2. Resultados relevantes para o estudo.....	63

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com relatório do 9º curso de pós-licenciatura e mestrado na área de especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente de nefrologia surgiu a elaboração deste Relatório de Estágio.

O presente relatório pretendeu demonstrar o modo pelo qual foram desenvolvidas as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Nefrológica. No entanto, este trabalho propõe ainda objetivos específicos, no que diz respeito à aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, como:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa nos contextos de internamento em nefrologia, de diálise peritoneal e de hemodiálise;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da investigação.

Para cumprir estes objetivos, realizaram-se quatro estágios distintos, em três hospitais centrais de referência nas valências de hemodiálise, diálise peritoneal e internamento em nefrologia, bem como a realização de uma revisão *scoping*.

O relatório principia com um capítulo para enquadrar conceptualmente a doença renal crónica e tratamentos, propondo um tema para estudo, que se enquadra na perspetiva da Teoria Geral do Défice de Autocuidado de Orem (2001).

É abordada a questão das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010/2019; *European Dialysis and Transplantation Nurses Association* (EDTNA), 2007), encontrando-se as primeiras devidamente regulamentadas em Portugal, assegurando que os Enfermeiros especialistas partilhem um conjunto de competências, aplicáveis em todos os contextos de prática clínica. Por outro lado, não existindo no quadro nacional um referencial de competências específicas para Enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente de nefrologia, foi possível socorrer-se das competências específicas determinadas pela EDTNA, para nortear a atuação nos campos de estágio e a redação deste relatório.

Num capítulo posterior apresentaram-se as atividades desenvolvidas em estágio. Cada subcapítulo corresponde a um campo de estágio diferente e elenca as atividades fundamentadas pela literatura, em cada valência.

Finalmente, o último capítulo descreveu uma revisão *scoping* sobre as “Medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise”. A restrição hídrica é uma necessidade imposta pela doença e pelo tratamento. No entanto, verificam-se elevadas taxas de não-adesão a estas medidas, conduzindo a complicações resultantes do ganho ponderal interdialítico exagerado e sobrecarga hídrica. O estudo desenvolvido pretendeu elencar as medidas de autocuidado para a gestão eficaz de fluídos na pessoa com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise, com vista a adequar a restrição hídrica às necessidades de hidratação da pessoa e à sua eliminação.

Outras informações ou trabalhos adicionalmente realizados foram remetidos para os apêndices deste relatório.

1. QUADRO CONCEPTUAL

1.1. Doença Renal Crónica

A Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) caracteriza a doença renal crónica (DRC) como uma patologia com sérias implicações para a saúde do indivíduo, mercê do compromisso da estrutura ou funcionalidade do rim, quando por um período superior a três meses. Existem várias formas de classificar a evolução e estadio desta doença, quer seja em função da sua etiologia, da taxa de filtração glomerular (TFG) e/ou da albuminúria. Contudo, quando atingido o estadio 5 ou terminal, a DRC caracteriza-se pela diminuição grave da TFG ($<15 \text{ ml/min/1,73m}^2$) com necessidade de iniciar uma terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) para manutenção da vida (KDIGO, 2013).

Figura 1. Classificação da Doença Renal Crónica de acordo com a Taxa de filtração Glomerular e a Albuminúria

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/ 1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60-89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44			
	G4	Severely decreased	15-29			
	G5	Kidney failure	<15			

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

Fonte: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

A DRC é um problema em crescimento em todo o mundo. Portugal apresenta uma prevalência consideravelmente acima da média Europeia (Macário et al., 2018). Sabe-se que a sua incidência é discretamente maior nos homens, sendo que a idade é um

fator de risco, encontrando-se a média nacional nos 67,89 anos. Em 2017, as pessoas que atingiram o estadio 5, com necessidade de TSFR, tiveram como causa primária a diabetes (32.2%), hipertensão arterial (HTA) (15%), e glomerulonefrites crónicas (10.8%) (Macário et al., 2018).

Como problema de saúde pública, que é, quer pelo que representa como doença, quer pelos custos financeiros envolvidos, importa antes de mais compreendê-la.

1.2. Modalidades de Tratamento Substitutivo da Função Renal

No último estadio da doença, a taxa de filtração glomerular cai perigosamente ($\text{TFG} < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$). Este declínio requer uma terapêutica substitutiva da função renal para manutenção da vida (KDIGO, 2013). A norma nº 017/2011 da Direção-Geral de Saúde (DGS), elenca e descreve modalidades terapêuticas como a transplantação renal (TR), hemodiálise crónica e técnicas depurativas extracorpóreas afins, a diálise peritoneal (DP), e o tratamento médico conservador (TMC), procurando assegurar à população com doença renal crónica terminal (DRCT) uma consulta de esclarecimento. A norma vem garantir à pessoa o esclarecimento individualizado com equipa multidisciplinar (nefrologista, enfermeiro, nutricionista, assistente social), com recurso a material informativo adequado. A pessoa deve ser referenciada desde o estadio 4 da doença, e a decisão do doente sobre a escolha da TSFR não é irreversível (DGS, 2012).

A hemodiálise e a diálise peritoneal baseiam-se em princípios semelhantes, fazendo parte de uma categoria de tratamentos designada genericamente por diálise. A diálise consiste num processo de filtração do sangue, através de uma membrana semipermeável que separa o sangue de uma solução dialisante. Essa depuração de substâncias exige uma circulação sanguínea extracorporeal (DGS, 2012). A diálise peritoneal serve-se do peritoneu como filtro para a depuração de toxinas e eliminação do excesso de líquidos. A técnica requer a infusão de uma solução dialisante através de um cateter de Tenckhoff. É necessário um período de permanência do dialisante, por tempo variável, até que se proceda à drenagem do líquido (efluente), recolhido posteriormente com as substâncias nocivas. Os princípios físicos envolvidos na diálise peritoneal são a difusão, a convecção e a osmose. A remoção de líquidos dá-se pela presença de um agente osmótico na solução dialisante, habitualmente a glicose,

através de um processo chamado osmose que resulta em ultrafiltração (Watson e Kelman, 2018).

No caso da hemodiálise, a membrana utilizada é um rim artificial, um filtro ou dialisador, com dois compartimentos – o compartimento do sangue e o compartimento do líquido dialisante. Esta técnica caracteriza-se pela necessidade de um acesso vascular (AV), um circuito de sangue extracorpóreo (CEC), e apresenta diferenças quanto à frequência e duração dos tratamentos, relativamente à modalidade dialítica anteriormente descrita (Hellebrand, Allen e Hoffman, 2018).

A modalidade de transplantação renal é o tratamento com melhores resultados em saúde para a pessoa com DRCT, garantindo uma melhor qualidade de vida. A transplantação com dador vivo é uma atividade complementar da transplantação com dador cadáver, sendo uma alternativa cada vez mais tida em conta. Esta técnica (transplante com dador vivo) pode ser realizada enquanto a pessoa já esteja sob outra TSFR, ou *preemptive*, isto é, antes de iniciar qualquer outra TSFR (HD ou DP (European Directorate of the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), 2016).

Já o tratamento médico conservador não é uma TSFR, pois não substitui a função renal, mas é antes um tratamento sintomático da síndrome urémica que se vai instalando. Este, procura garantir maior bem-estar e menor sofrimento com recurso a terapias não invasivas, pretendendo ainda proporcionar ajuda não diferenciada nas atividades de vida diárias, sempre que necessário (DGS, 2012).

1.3. A Hemodiálise

A hemodiálise é uma TSFR que merece um lugar de destaque na redação deste relatório. A importância atribuída ao assunto está intimamente ligada ao tema que me propus estudar, constituindo o contexto no qual pretendo que se desenvolva o meu estudo.

Em condições normais, na ausência de doença, a função do rim é manter o equilíbrio ácido-base, assegurar o equilíbrio hidro eletrolítico, eliminar produtos do metabolismo, contribuir para a regulação da tensão arterial e hematopoiese, bem como para manutenção da matriz óssea. A doença renal compromete todas estas funções. A hemodiálise é uma terapêutica substitutiva da função renal que pretende substituir parcialmente as funções do rim. Esta técnica baseia-se em princípios físicos como a ultrafiltração, osmose, difusão e convecção que garantem a remoção de

solutos e excesso de líquidos, assim como a manutenção do equilíbrio ácido-base e eletrólitos, mediante uma membrana semipermeável, entre o sangue e o líquido dialisante (Hellebrand, Allen & Hoffman, 2018). Com o auxílio de um monitor de hemodiálise, e tendo por interface um AV, que permite aceder ao sangue da pessoa, a bomba de sangue leva, esse mesmo sangue por todo o CEC, fazendo-o passar pelo dialisador, imerso em dialisante (onde se dão as trocas) e promovendo o retorno do sangue, já dialisado, ao AV da pessoa (DGS, 2012).

Há três tipos de acessos vasculares: fístula arteriovenosa, o enxerto arteriovenoso e o cateter venoso central de hemodiálise (provisório ou de longa duração). A fístula arteriovenosa é o AV de eleição, uma vez que está associado a menos complicações, nomeadamente infeções (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Ambos os autores supracitados se referem ao programa regular de hemodiálise como um esquema terapêutico com uma frequência média de três vezes por semana, sendo cada tratamento de quatro horas. Contudo, este esquema poderá ser adaptado em função das necessidades clínicas das pessoas com DRCT.

Estima-se que em Portugal, em 2017, da totalidade de novos doentes renais crónicos com necessidade de iniciar TSFR (incidência), 89,1% iniciou HD. Assim, a hemodiálise parece ser a técnica de eleição, ou pelo menos a mais utilizada pelas pessoas portadoras desta patologia (Macário et al., 2018).

1.4. Tema para estudo - Restrição hídrica em pessoas em programa de hemodiálise

O estudo a desenvolver neste relatório teve por palco o contexto específico do programa regular de hemodiálise, no qual estão inseridas pessoas com doença renal crónica, como atores. Assim, resta desvelar o conceito que será alvo de estudo – as medidas de autocuidado que visam a restrição hídrica.

A doença renal crónica caracteriza-se por comprometer a eliminação renal. Especificamente, pessoas com DRCT em hemodiálise veem diminuída a sua capacidade de eliminar líquidos através da urina, o que leva frequentemente à sobrecarga de fluídos. Limitar a ingesta de líquidos é apenas uma das muitas restrições às quais se devem sujeitar estas pessoas, dependendo disso, em parte, o sucesso da hemodiálise.

A não adesão à restrição hídrica conduz a um ganho de peso interdialítico exagerado, que está associado a comorbidades e ao aumento da mortalidade nesta população (Caswell Pace, 2007).

Uma restrição hídrica eficaz deverá passar pela adequação às necessidades hídricas da pessoa e à sua eliminação (Crown, Vogel & Hurlock-Chorostecki, 2017). Para tal, o Enfermeiro de nefrologia deverá ter em consideração fatores importantes como a diurese residual, as perdas insensíveis e perdas extra renais que ocorram (vómitos, diarreia, secreções nasogástricas). Uma correta gestão de fluídos deve também ter em consideração a restrição de sódio na dieta, dado o seu papel na osmolaridade (Caswell Pace, 2007).

O Enfermeiro de nefrologia tem, então, um papel muito importante na educação para a saúde e capacitação para o autocuidado para a restrição hídrica, na pessoa com DRC em programa regular de HD, no sentido de ajudar a pessoa a modificar estilos de vida, manter estados de euvolemia e prevenir comorbidades associadas (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

1.5. Perspetiva da Enfermagem

Enquadrar o relatório e o estudo realizado numa perspetiva teórica da Enfermagem é uma exigência que me parece válida, uma vez que dá corpo, norteia e baliza o conteúdo deste trabalho.

Pretendendo estudar medidas de autocuidado, independentemente do contexto, não posso deixar de fazer recair a escolha sobre Dorothea Orem, que desenvolveu as teorias do Autocuidado (Noção de Autocuidado; Défice de autocuidado; e sistemas de enfermagem).

A Teoria do Autocuidado define a necessidade de autocuidado e o autocuidado, como uma função humana regulatória, deliberada e aprendida, desempenhada pelo próprio com vista à manutenção do funcionamento físico e psíquico, e da integridade do funcionamento e desenvolvimento do indivíduo (Orem, 2001). A Teoria do Défice de Autocuidado, que postula que quando os requisitos de autocuidado não são garantidos, a pessoa encontra-se em défice de autocuidado e precisa do apoio de enfermagem. Este défice de autocuidado pode estar associado a algumas condicionantes, como por exemplo a capacidade de se autocuidar num ambiente em constante mudança, a variabilidade da valorização das medidas de autocuidado, mercê de questões socioculturais, e limitações do conhecimento de como agir num

determinado conjunto de circunstâncias, podendo então justificar a necessidade de intervenção da Enfermagem (Orem, 2001). Por último, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que procura orientar a intervenção do Enfermeiro, considerando a capacidade de autocuidado da pessoa. À Teoria dos Sistemas de Enfermagem subjazem três sistemas: o Sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo é incapaz de autocuidado; o Sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa se envolve no autocuidado, mas necessita da intervenção do Enfermeiro em cuidados que envolvam tarefas de manipulação ou deambulação; o Sistema de apoio – educação, em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado, precisando do Enfermeiro apenas para orientação, apoio e instrução para a prática do autocuidado (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

O Enfermeiro de nefrologia deve então, conhecer as medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, orientando, instruindo e capacitando o indivíduo para que este se torne num agente de autocuidado terapêutico.

1.6. Competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente nefrológica

O subcapítulo anterior apontou para a necessidade de os Enfermeiros de Nefrologia capacitarem as pessoas em HD para a restrição hídrica, promovendo o autocuidado. Para dar resposta a essas necessidades é fundamental a aquisição de algumas competências.

O modelo de aquisição e desenvolvimento de competências proposto por Dreyfus, posteriormente aplicado à Enfermagem por Benner, dá conta de cinco estadios: *iniciado*, *iniciado avançado*, *competente*, *proficiente* e *perito*.

Cada um destes estadios tem especificidades, começando pelo *iniciado* que caracteriza um Enfermeiro, ou estudante de Enfermagem, habitualmente sem experiência, cuja aquisição se faz por meio de elementos objetivamente mensuráveis, em relação à condição de um “doente”, bem como de normas que lhe permita ser funcional na instituição. *Iniciado avançado* é todo aquele Enfermeiro que já teve contacto com situações reais que lhe permitam identificar fatores que se reproduzam em situações análogas. O Enfermeiro *competente* é o que se começa a aperceber das consequências dos seus atos, ou da prestação de cuidados a longo prazo. Não tem a rapidez nem a maleabilidade que caracteriza o Enfermeiro proficiente, mas já

detém a consciência de conseguir fazer face a alguns imprevistos. Por outro lado, a noção das situações como entidade global e não aspetos isolados define o estadió de *proficiente*. Este Enfermeiro tem a perspetiva de quais os acontecimentos típicos possíveis numa determinada situação, em antevisão. Esta perspetiva, baseada na experiência, permite-lhe ajuizar sobre o essencial e o acessório. Por último, o *perito* é o Enfermeiro que já não se apoia numa lógica analítica para a compreensão da situação como um todo, baseando-se na sua intuição e agindo a partir de uma compreensão profunda da situação (Benner, 2001).

Em Portugal, encontram-se regulamentadas as competências comuns do Enfermeiro especialista, de prática avançada, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo esse o foco deste ponto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como afirma a OE (2019), o enfermeiro especialista é aquele que detém conhecimento profundo de um domínio específico da Enfermagem. Independentemente da área, todos os Enfermeiros especialistas partilham 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.

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal espera-se do Enfermeiro especialista que faça prova de profissionalismo e idoneidade ética, com recurso ao julgamento clínico e a modelos de tomada de decisão ética, aplicando os princípios do seu código deontológico. Esta competência está enraizada no uso das melhores práticas, baseando-se na melhor evidência possível, tendo por referencial as preferências da pessoa, gerindo os cuidados de modo individual e em equipa, com o fim último de garantir o respeito pelos direitos humanos.

A dimensão da melhoria da qualidade é um conjunto de competências que se caracterizam pela iniciativa, pela participação em projetos, estratégias de desenvolvimento institucional e programas de melhoria, de modo a criar um ambiente seguro e propício à prestação de cuidados de qualidade.

A gestão de cuidados refere-se à capacidade de otimizar a resposta da equipa de enfermagem, e operacionais afins, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar, liderando e gerindo as situações em função dos contextos.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais refere-se ao conjunto de competências que passam inevitavelmente pelo autoconhecimento, pelo desenvolver de uma consciência de Si, enquanto Enfermeiro e pessoa, e da influência

na relação que estabelece com o outro. Mas nem só de autoconhecimento se constituem estas competências. As aprendizagens profissionais implicam que a prática clínica seja baseada em fortes conhecimentos científicos (OE, 2019).

As competências específicas do Enfermeiro especialista na vertente de nefrologia não existem em Portugal. Contudo, os Enfermeiros nesta área particular podem nortear-se, ou socorrer-se, das competências definidas pela European Dialysis and Transplantation Nurses Association (EDTNA), baseadas no modelo de Benner (2001).

Neste instrumento de trabalho estão elencadas, de forma detalhada, as competências específicas no que concerne às exigências das áreas do internamento de nefrologia, da hemodiálise, da diálise peritoneal e da transplantação. O documento conta ainda com um anexo, para cada competência, que permite ao Enfermeiro autoavaliar-se e ser avaliado pelo seu supervisor clínico, relativamente ao estágio de aquisição de competências, no modelo de Benner. Assim, conforme a competência, o Enfermeiro pode posicionar-se e ser posicionado de *iniciado* a *perito*, numa lógica desenvolvimentista (EDTNA, 2007).

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

2.1. Serviço de Internamento de Nefrologia

No decorrer da unidade curricular Estágio com Relatório coube-me realizar um estágio num serviço de internamento em Nefrologia, com o objetivo específico de desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em contexto de internamento em nefrologia.

A enfermaria de nefrologia dá resposta a doentes com patologia renal crónica ou aguda em hemodiálise, diálise peritoneal e pessoas transplantadas. O serviço tem a capacidade de trinta e três camas, divididas por duas alas: a primeira com dezasseis camas e a segunda com onze camas. As restantes seis camas, pertencem à unidade de cuidados intermédios. Esta unidade, assim como algumas camas de enfermaria, têm pontos de água tratada que permitem a realização de técnicas dialíticas como hemodiálise e hemodiafiltração venovenosa contínua.

A segunda ala dispõe de uma sala de observações com carro de urgência, catre e cadeirão para pacientes provenientes do atendimento a doentes não programados. Esta sala possibilita permanências de curta duração, seja para tratamentos de ambulatório, terapêutica para alívio de sintomatologia, colheita de análises, ou aguardar decisões clínicas de ordem vária.

O serviço de nefrologia dispõe ainda de uma sala de técnicas na qual se realizam biópsias renais, cutâneas, de tecido adiposo, colocação de cateteres de hemodiálise de curta duração e colocação de cateteres de hemodiálise tunelizados com controlo ecográfico. O funcionamento desta sala exige um enfermeiro. No entanto, perante escassez de recursos humanos, o seu funcionamento poderá ser assegurado pela enfermeira chefe de equipa.

O sistema de informação de Enfermagem é o “S. Clínico”, que para além de prescrições, consultas e registos, facilita a classificação de doentes mediante o número de horas de cuidados de Enfermagem necessárias para as próximas 24 horas. Isto possibilita não só planear, como decidir a dotação segura para a prestação de cuidados.

Com vista ao desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal propus-me integrar a equipa de Enfermagem do serviço de internamento de nefrologia, desenvolver estratégias de

resolução de problemas em parceria com a pessoa, participar na construção da tomada de decisão em equipa, e promover o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem.

A aquisição de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade passou pela incorporação de conhecimentos na área da qualidade da prestação de cuidados; pela consulta de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; pela sensibilização e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; pela compreensão das questões relativas à promoção de um ambiente seguro para os utentes; e pela promoção da adesão à saúde e segurança ocupacional.

No que diz respeito às competências do domínio da gestão dos cuidados, foram tidas como atividades promotoras, a colaboração na melhoria da informação para o processo de cuidar, dos diagnósticos, da variedade de soluções eficazes a prescrever e da avaliação do processo de cuidar, a avaliação de eventuais riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos e, a utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Por último, para desenvolver competências de Enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais, foram propostas atividades como o desenvolvimento do auto conhecimento, no sentido de identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa e/ou a equipa multidisciplinar, o reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais, a aquisição de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes e, a rentabilização das oportunidades de aprendizagem, analisando situações clínicas, realizando formação de pares, analisando a prática baseada na evidência e, a qualidade e segurança das intervenções de enfermagem.

O serviço de Nefrologia admite, tanto pessoas com lesão renal aguda, como portadores de doença renal crónica, independentemente do estadio.

Das pessoas com DRC, a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, a esmagadora maioria fazia hemodiálise, existindo também muitos transplantados renais. A TSFR menos representada no internamento era a diálise peritoneal. A grande maioria das pessoas estava internada por infeções. A segunda causa mais frequente de internamento era o agravamento súbito da função renal, associado a infeções ou doenças do foro cardiovascular, sendo que mais de metade sofria de *diabetes mellitus* e/ou tinha hipertensão. Esta informação resulta da observação no serviço de Nefrologia, e vai ao encontro dos dados apresentados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), que

estabelece que em 2017, das pessoas com DRCT em TSFR, perto de metade tinha diabetes ou HTA (diabetes 32.2%; HTA 15%). Apesar de não serem fornecidos dados no que diz respeito ao internamento, a SPN oferece informação sobre a mortalidade em pacientes em HD em 2017, sendo as principais causas as doenças cardiovasculares (24.5%), e as infeções não relacionadas com acesso vascular (23.0%) (Macário et al., 2018). Estes dados aproximam-se uma vez mais da informação obtida por observação na enfermaria.

Neste período, tive oportunidade de acompanhar e prestar cuidados sob a supervisão clínica de uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Nefrologia. Foi possível acompanhar a Enfermeira por ambas as alas, à exceção da unidade de cuidados intermédios, na prestação de cuidados à pessoa com DRC, independentemente do estadió.

Durante os turnos realizados sob a supervisão da Enfermeira orientadora, tive a oportunidade de realizar dois em que, sem doentes atribuídos, foi possível observar a gestão da equipa e dos cuidados de Enfermagem. Deste modo, e de acordo com a classificação de doentes, em função do número de horas de cuidados necessárias, a distribuição teve lugar de forma mais equitativa e segura. Neste contexto, o chefe de equipa apoia os colegas sempre que necessário, assegurando a sala de observações, com a vinda de pessoas externas de urgência, e ainda a sala de técnicas (na realização de biópsias cutâneas ou renais, e colocação de cateteres centrais, cateteres de hemodiálise provisórios ou tunelizados). Toda a restante logística (pedidos de medicação, gestão de vagas e altas, contagem de fármacos estupefacientes) diz ainda respeito à pessoa nesta função.

Tive ainda a oportunidade de assistir a um transplante renal de dador cadáver. Após preparação da sala de bloco operatório com o devido material e verificadas normas de assepsia, como dita a situação, o órgão a ser transplantado chegou à sala em isquémia fria, numa geleira selada. Uma d'ade de cirurgia "preparou" o rim dador, lavando-o com água gelada e líquido de conservação. Foram identificados todos os vasos sanguíneos e estruturas principais, artéria renal e veia renal, assim como o ureter. Os restantes vasos sanguíneos acessórios foram laqueados para evitar hemorragias. Foi realizada uma colheita do líquido de conservação no qual o rim viajou até ao destino, para verificar eventuais contaminações antes da cirurgia. De seguida, foi retirado todo o tecido conjuntivo laxo e adiposo que serviam de suporte mecânico, além das glândulas suprarrenais. O rim foi envolto em fita de nastro por segurança, tendo-se realizado uma biópsia renal, com laqueação com sutura, regressando o órgão ao frio. Simultaneamente,

uma segunda díade de cirurgiões e um Enfermeiro instrumentista procedeu a uma incisão na fossa ilíaca do paciente recetor, começando a criar espaço para a colocação do rim. Foram localizadas e identificadas a artéria e veia ilíacas, assim como a bexiga, preenchida de soro fisiológico para facilitar a sua visualização. A pessoa inconsciente esteve acompanhada de dois anestesistas e um Enfermeiro anestesista. A sala contou ainda com o apoio de um Enfermeiro circulante. O rim foi colocado na fossa ilíaca, as anastomoses venosa e arterial construídas, nesta ordem, começando de imediato a haver alteração da coloração do rim de cianosado para rosado – sinal de “reperusão” renal. O cirurgião procurou frémio arterial, o ureter começou a gotejar urina. O abdómen foi encerrado e, a pessoa levada para a sala de recuperação pós-anestésica.

Tive ainda a oportunidade de assistir a uma biopsia renal e à colocação de cateter tunelizado para HD.

A biopsia renal foi realizada, na sala de técnicas, numa senhora de 77 anos, admitida por anasarca e agravamento da função renal, para esclarecimento de síndrome nefrótica. À chegada apresentava-se consciente, polipneica a pequenos esforços, mas com boa oximetria periférica. A apresentação era típica, verificando-se edemas, hipertensão arterial, proteinúria e hipoalbuminémia. O tratamento médico passou pela administração de albumina por via endovenosa, estatinas, diuréticos, anti hipertensores e dieta hipossalina. A biopsia renal era necessária para perceber a causa primária de síndrome nefrótica e dirigir o tratamento. Explicou-se à senhora a necessidade de decúbito ventral para a realização do procedimento, que apesar de alguma dificuldade respiratória, tolerou perfeitamente. Colocou-se uma pequena elevação abaixo da zona pélvica, que permitisse exposição da região lombar, e após administração de anestesia local (lidocaína 2% por via subcutânea), procedeu-se à biopsia com a pistola e controle ecográfico. A punção foi linear. Realizou-se penso compressivo e a senhora foi encaminhada para a unidade de cuidados intermédios para vigilância de tensão arterial, vigilância de perdas hemáticas, vigilância da diurese e características da urina. Foi explicada a necessidade de permanecer em repouso no leito por um período mínimo de 24 horas. A senhora foi recuperando parcialmente a função renal (sem necessidade de TSFR), ficando com o diagnóstico de glomerulosclerose focal e segmentar, sob corticoterapia. A glomerulosclerose focal e segmentar caracteriza-se pela formação de tecido cicatricial ao nível dos glomérulos. A esclerose compromete a filtração, resultando em proteinúria. Uma vez a esclerose instalada, esta torna-se irreversível. É fundamental a realização de uma biópsia renal para determinar a causa e dirigir o tratamento (Mahaffey, 2018).

De acordo com Thomas (2005) as indicações para a biópsia renal são a proteinúria, a hematúria, a disfunção renal sem causa identificável e, a lesão renal aguda. As principais complicações podem incluir o hematoma peri renal, a hemorragia, a lesão renal irreparável e até mesmo a morte. Contudo, a autora aponta algumas contraindicações para a realização do procedimento como o caso infecção ou neoplasias ativas, rins pequenos, rim único, obesidade mórbida, hipertensão não controlada, (considerando valores acima de 160/95 mmHg), má adesão/não colaboração com o procedimento (naturalmente por parte do doente), ou diagnóstico óbvio. A biópsia está ainda contraindicada na presença de anemia grave e coagulopatia não controlada (trombocitopenia ou INR superior a 1,2).

Os cuidados de Enfermagem pós-procedimento contam com a indicação de repouso no leito 24 horas, com vigilância do penso compressivo. Avaliação de tensão arterial de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas, depois de 30 em 30 minutos nas próximas 4 horas e, finalmente de hora a hora. Deve ser considerada a hipótese de hemorragia interna se se verificar descida abrupta da tensão arterial, dor abdominal, lombar ou dos ombros e hematúria súbita.

O cateter de hemodiálise tunelizado, embora estando associado a mais infeções do que outros acessos vasculares e, não sendo de longe o mais recomendado para início de TSFR, representava em 2017 mais de metade (51,4%) dos acessos vasculares em doentes que iniciaram HD (Macário et al., 2018).

O princípio da técnica assemelha-se à colocação de um cateter de hemodiálise provisório, até ao momento da tunelização. A pessoa foi colocada em posição para abordagem à veia jugular interna direita. Observados os princípios de assepsia e realizada a monitorização hemodinâmica não invasiva, o nefrologista procedeu à administração de anestésico local (lidocaína 2% por via subcutânea). Sem necessidade de recurso ao ecógrafo, a punção à veia jugular, já localizada, decorreu sem complicações imediatas. O médico procedeu à passagem de fio guia, dilatação e colocação de cateter por técnica de *Seldinger*, sempre atento ao traçado cardíaco, na mobilização do fio guia. Estando o cateter colocado, foi administrado anestésico local via subcutânea, na região infra clavicular direita, e desde esse ponto até ao local de inserção. Com a ajuda de um instrumento – *tunelizador* - o médico criou um túnel subcutâneo fazendo passar o cateter pelo interior, até á saída na região infra clavicular. O nefrologista procedeu à sutura do local de inserção na região cervical e fixou o cateter à saída do túnel, na região infraclavicular. Após realização do penso, a pessoa regressou à unidade de cuidados intermédios, aguardando vaga na sala de hemodiálise para realizar o tratamento. Este tipo de cateteres, apesar de estar

desaconselhado como acesso vascular permanente, continua a ser amplamente usado. A sua colocação está indicada quando não é possível construir outro tipo de acesso vascular em tempo útil (fístula arteriovenosa ou enxerto arteriovenoso), quando a pessoa com DRC recusa a construção de outro tipo de acesso vascular, ou quando após a construção de outros acessos estes não sejam viáveis (Pryor & Bouwer-Maier, 2018).

A prestação de cuidados a pessoas com DRC com transplante renal foi sem dúvida um desafio interessante para mim. Primeiramente, porque a pessoa transplantada renal tem por norma um conhecimento estruturado da sua patologia e da gestão do seu regime terapêutico. Mas sobretudo, porque não tinha experiência na prestação de cuidados a pessoas com DRC com transplante renal. Colaborei na prestação de cuidados a sete pessoas nesta situação clínica. Pude observar que a maioria eram homens e que a sua média de idades era de 52 anos, o que é consistente com a SPN (Macário et al., 2018).

É reconhecido que o transplante renal é o tratamento que permite melhor qualidade de vida. Contudo, verificam-se algumas contraindicações, nomeadamente, a necessidade de excluir a existência de uma doença neoplásica maligna, dado o requisito da imunossupressão. Atualmente, o transplante é possível em doentes oncológicos apenas se o período de *follow up* após a remissão for o suficiente para excluir a hipótese de recidiva. Por outro lado, é necessário ter em conta a etiologia da doença renal, uma vez que esta pode recidivar inviabilizando o enxerto. Sabe-se atualmente que as doenças primárias com mais elevadas taxas de recidiva são a glomerulosclerose focal e segmentar e a glomerulonefrite mesangiocapilar. Esta não é uma contraindicação absoluta, mas muitos centros desaconselham o transplante com dador vivo nestas situações. Outras patologias, como a síndrome de *Goodpasture* e algumas vasculites requerem um período de 12 meses para que se considere que a estabilidade imunológica da pessoa permita o transplante (Thomas, 2005).

Grande parte das pessoas com DRC transplantadas renais estavam internadas por pielonefrite aguda com agravamento da função do enxerto, ou por outras infeções. Esta situação pode estar associada à terapêutica de imunossupressão com micofenolato de mofetil e/ou com everólimus ou com tacrólimus. Alguns indivíduos estavam, adicionalmente, sob corticoterapia. Um dos casos apresentava rejeição crónica do enxerto.

A rejeição do enxerto apresenta várias classificações. A rejeição hiperaguda, caracteriza-se pelo facto de ser rápida e imediata. Verifica-se habitualmente em minutos ou horas após a revascularização do enxerto. Atualmente, com a evolução dos testes de compatibilidade este tipo de rejeição é mais rara (Thomas, 2005).

A rejeição aguda ocorre comumente pela combinação entre processos humorais e celulares e pode ter lugar entre os quatro dias e os dois meses após o procedimento. Este tipo de rejeição pode por vezes ser controlado com o incremento da imunossupressão, podendo, no entanto, comprometer parcial ou globalmente a função renal.

Finalmente, a rejeição crónica. Esta pode ter lugar após meses ou anos, pela oclusão progressiva das artérias renais, levando a fibrose intersticial e à perda de função. Os mecanismos envolvidos neste processo não são totalmente claros, mas pensa-se que possa ser de etiologia imunológica e não-imunológica. Os primeiros sinais costumam ser a perda progressiva da função renal e o surgimento de proteinúria (Thomas, 2005).

Tive ainda oportunidade de realizar uma formação subordinada ao tema da restrição hídrica na pessoa com DRCT em programa de HD. Procurei promover um espaço de partilha e reflexão com a equipa de enfermagem, com carácter menos formal (Apêndice II). Contudo, realizou-se um plano de sessão e foi redigido um texto formativo que ficou na posse do serviço (Apêndice III). A situação clínica abordada era conhecida da equipa de enfermagem. Tratou-se da situação de uma mulher de 42 anos, evacuada por doença de um país africano, que estava internada por doença renal a esclarecer, com hipertensão. Na admissão recebeu indicação para iniciar hemodiálise de urgência, encontrando-se atualmente em programa regular. Tinha como acesso vascular um cateter de hemodiálise de longa duração na veia jugular interna direita. A principal dificuldade da equipa de Enfermagem era ajudar a pessoa a cumprir a restrição hídrica, que tanto a doença como o tratamento exigem. Contudo, a principal queixa da pessoa era a sede. A restrição severa visa resolver a sobrecarga hídrica, procurando garantir menor ganho ponderal interdialítico (GPI), uma vez que a doente apresentava edemas da face e membros inferiores, HTA, abdómen ascítico, GPI constantemente elevado, apesar de eupneica, sem necessidade de aporte de oxigénio suplementar.

Uma restrição hídrica eficaz deveria passar pela adequação às necessidades hídricas da pessoa e à sua eliminação (Crown *et al.*, 2017). Para tal, o Enfermeiro de nefrologia deve ter em conta diversos fatores, para ir ao encontro das necessidades da pessoa. Abordou-se o papel do Enfermeiro de nefrologia como facilitador do autocuidado da restrição hídrica na pessoa em programa regular de HD. O texto procurou clarificar a restrição hídrica enquanto autocuidado, evidenciar o défice de autocuidado, culminando na identificação do sistema de enfermagem adequado à situação. Salientei o papel do Enfermeiro de nefrologia na gestão e seleção das medidas mais adequadas às características da pessoa, orientando, instruindo e capacitando-a para se tornar num agente de autocuidado.

O espaço de partilha culminou em diferentes modos de calcular a quantidade de líquidos que uma pessoa com DRCT em HD pode ingerir, passando necessariamente pela restrição de sódio na dieta, como forma de promover uma restrição hídrica eficaz. Foram apresentadas várias medidas de autocuidado para a restrição hídrica, divididas em dois grupos: medidas para reduzir a sede e medidas para controlar a ingesta hídrica.

Em suma, tomando como referencial o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado por Benner às competências de Enfermagem, considero-me no estadió de *competente*, relativamente à valência de internamento de nefrologia. Tendo como ponto de partida a minha experiência profissional prévia num internamento de nefrologia, acredito conhecer as consequências dos meus atos, no que diz respeito à prestação de cuidados, tendo alguma capacidade de fazer face a imprevistos, contudo, seguramente sem a destreza dos colegas do serviço (Benner, 2001).

A participação ativa e colaboração na prestação de cuidados, sob a supervisão atenta da enfermeira orientadora, contribuíram para a prossecução dos objetivos e realização das atividades descritas, resultando na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro especialista.

Outras experiências já descritas, não envolvendo necessariamente a prestação de cuidados, tiveram também grande relevo no desenvolvimento de competências, na medida em que se revelaram de profundo interesse pessoal e profissional, como por exemplo a presença na Jornadas de Nefrologia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo I).

2.2. Unidade de Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal caracteriza-se pelo uso do peritoneu como filtro para a depuração de toxinas e eliminação do excesso de líquidos. A realização da técnica requer a infusão de uma solução dialisante adequada no espaço peritoneal, tendo por acesso um cateter de Tenckhoff. Após a permanência do dialisante, por um período de tempo variável, procede-se à drenagem, sendo o mesmo recolhido com as substâncias nocivas. Os princípios físicos envolvidos da diálise peritoneal são a difusão, convecção e a osmose. A remoção de líquidos, propriamente dita, ocorre pela presença de um agente osmótico na solução dialisante, habitualmente a glicose, através de um processo chamado de ultrafiltração (Watson e Kelman, 2018).

No decorrer do estágio da unidade curricular Estágio com Relatório tive a oportunidade de passar por uma unidade de diálise peritoneal, com o objetivo *major*

de adquirir e desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro especialista na área.

O plano inicial de estágio teve de ser ajustado à escassez de tempo ditada pelo cronograma de estágio.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nesta valência, defini atividades como integração na equipa da Enfermagem do serviço de diálise peritoneal, a promoção do exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, a promoção do respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, assim como do respeito pela confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, privacidade e da escolha e autodeterminação da pessoa, no âmbito dos cuidados especializados, e a aquisição de conhecimentos e adoção de medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas.

Relativamente às atividades que visavam desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, propus o desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, a aquisição de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área específica, a promoção de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, a consulta de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade, a sensibilização para o respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa, a compreensão das questões relativas à importância de um ambiente seguro para os utentes, e a promoção da adesão à saúde e segurança ocupacional.

As competências do domínio da gestão de cuidados contaram com a avaliação de eventuais riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos e a utilização de recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Por último, procurei desenvolver competências do domínio das aprendizagens profissionais mediante o reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais, a gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, a aquisição de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, e a rentabilização de oportunidades de aprendizagem e análise de situações clínicas.

Como já antes referi, foi necessário operacionalizar as atividades e adequá-las à realidade do campo. Assim, os objetivos práticos foram:

- Observar, pelo menos, um programa de treino completo da pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal contínua ambulatoria;
- Observar, pelo menos, um programa de treino completo da pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal automática;
- Participar na realização do penso/cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal da pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal;
- Observar em bloco operatório a colocação de um cateter Tenckhoff/peritoneal;
- Colaborar na realização dos procedimentos de, pelo menos, um teste de equilíbrio peritoneal;
- Assistir a, pelo menos, uma consulta de primeira vez à pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal;
- Assistir a, pelo menos, uma consulta subsequente à pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal;
- Observar todas as vertentes de uma consulta de esclarecimento à pessoa com doença renal crónica terminal com necessidade eminente de terapêutica substitutiva da função renal.

A lista que apresentei não invalidou, naturalmente, o cumprimento das atividades propostas para a aquisição e desenvolvimento de competências. Antes, serviu de complementaridade, verificando-se uma ferramenta fundamental no caminho percorrido.

Antes de descrever as atividades do estágio, importa referir-me ao modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à Enfermagem por Benner. Na fase de projeto, situei-me no estadio de *iniciado avançado* com a justificação de que, apesar de não ter qualquer experiência profissional em diálise peritoneal, apenas alguns conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, não podia ignorar conhecimentos prévios relativos ao doente renal. Venho agora reafirmar essa posição. De facto, os conhecimentos teóricos e experiência profissional, com pessoas com doença renal crónica são fundamentais para fazer face a algumas situações, e transpor alguma da experiência, em hemodiálise, que seja transponível para a diálise peritoneal. Porém, a inexperiência com a técnica, as vicissitudes e o programa, propriamente ditos, remetem-me para esta classificação (Benner, 2001).

Durante as quatro semanas de estágio, tive a oportunidade de assistir a algumas consultas. No que diz respeito aos objetivos práticos, assisti a uma consulta de primeira vez na qual se avaliam parâmetros como a tensão arterial, pulso e peso. Procedeu-se igualmente à realização do penso e observação do orifício de saída do

cateter de Tenckhoff. A escala aplicada no momento da avaliação era a escala de Twardowski. A avaliação do orifício de saída baseia-se na observação direta do local, tendo em conta características como a cor, presença de dor ou sensibilidade, edema/tumefação, presença de tecido de granulação, presença de crosta, e presença de exsudado. No final da avaliação, ao orifício de saída poderá ser atribuída uma classificação desde perfeito, bom, equívoco, infeção aguda, infeção crónica, ou ainda traumatizado. O campo de estágio onde estive usava a escala de Twardowski modificada que contempla o trauma do orifício de saída (Payton e Kennedy, 2018).

Foi ainda possível assistir e, sob supervisão da Enfermeira orientadora, participar em consultas de seguimento da pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal. Nesta consulta, a pessoa traz registos com balanços hídricos da diálise peritoneal e registo de diurese, das últimas 24 horas. É necessário igualmente que a pessoa se faça acompanhar de uma amostra de dialisado, cuja colheita para contagem de células é mandatória. Após a avaliação de Enfermagem, teve lugar a consulta médica, com os necessários ajustes ao regime terapêutico, mercê do estado geral da pessoa, eventuais queixas, valores analíticos, balanços hídricos, ou ainda testes de *body composition monitoring* (BCM). A realização destes testes, os quais tive oportunidade de efetuar, sempre sob supervisão, permite avaliar o estado hídrico da pessoa mediante bioimpedância (Kelman e Watson, 2018). Se assim se preferir, é a quantidade de água corporal da pessoa, avaliada num intervalo de 1 a -1, em que 0, seria o valor indicativo de euvolemia, sem excesso de líquidos. Apesar de ser o mais fiável no que diz respeito à avaliação do estado hídrico, o BCM é sempre contextualizado com a observação física da pessoa, o peso, a tensão arterial e o confronto com os registos, em termos de balanço hídrico, da pessoa no domicílio. Após a consulta médica, a pessoa regressa ao gabinete de Enfermagem, onde procede às novas indicações relativamente à adequação do regime terapêutico.

Durante o período de quatro semanas, tive ainda oportunidade de assistir a uma consulta de esclarecimento. Inicialmente tinha programado assistir a todas as vertentes desta consulta. Quando falo em “vertentes” refiro-me à equipa multidisciplinar, isto é, médico, enfermeiro, técnico de serviço social e nutricionista. Neste campo de estágio cada interveniente tem o seu espaço e tempo de consulta, pelo que esta ocorre em diversos momentos. Apenas consegui assistir à consulta de Enfermagem. A norma nº 017/2011 da Direção-Geral de Saúde, atualizada em 2012, dá alguma liberdade aos serviços para a implementarem, permitindo ajustes à realidade. Assim, a norma tem o objetivo de informar a pessoa relativamente à

existência de todas as modalidades de tratamento para a doença renal crónica em estadio 5 (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal ou tratamento médico conservador), esclarecendo cada uma delas. Esta deve ser individualizada (portanto, personalizada), dispendo de registo próprio e equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social e nutricionista) com o devido material informativo. Esta consulta não se define por um momento único, necessariamente. A decisão da pessoa é sempre reversível, após o consentimento livre e esclarecido, ficando esta com cópia assinada do esclarecimento e do consentimento.

Outra das atividades, que não posso deixar de referir, foi a observação em bloco operatório da colocação de um cateter de Tenckhoff. A técnica de implantação foi técnica cirúrgica aberta (Payton e Kennedy, 2018). Após incisão supra umbilical, passando o tecido subcutâneo e o músculo (recto abdominal), o cirurgião procedeu à exposição do peritoneu. Inseriu o cateter garantindo que este estava na cavidade peritoneal com a lavagem do mesmo e diversas drenagens – confirmando o posicionamento. A técnica foi escolhida mercê de alguns antecedentes da pessoa como: hérnia incisional corrigida, cateter de Tenckhoff no passado e transplante renal. Após corrigir algumas aderências entre os folhetos do peritoneu, o cirurgião iniciou o encerramento das estruturas com sutura, até ao tecido subcutâneo deixando o primeiro *cuff* de *dacron* na parede muscular. Criou um túnel até um orifício de saída criado naquele momento. O segundo *cuff* de *dacron* ficou situado no tecido subcutâneo. Foi realizada nova instilação de soro fisiológico e verificou-se que o cateter estava funcionando pela drenagem do instilado. A equipa procedeu à colocação do prolongador do dispositivo. Foi realizado penso abdominal e procedido ao encaminhamento da pessoa para a unidade de cuidados pós-anestésicos.

Foi possível constatar que, apesar do recomendado na literatura, o orifício de saída não foi previamente marcado, facto que depois confirmei, tendo obtido a informação que o hábito de o fazer se tinha vindo a perder. De acordo com Payton e Kennedy (2018), existindo vários cateteres peritoneais, com diversas configurações, a escolha deve ser feita mediante as características físicas da pessoa. Os autores preconizam que o orifício de saída seja marcado com a pessoa de pé e em posição sentada, que este esteja em local visível para a pessoa, com acesso confortável e a uma distância de dois centímetros acima ou abaixo da linha do cinto (evitando traumatismos).

Algumas complicações envolvendo cateteres de Tenckhoff ocorreram durante a minha permanência no campo de estágio. Uma delas, imediata, foi a da pessoa cuja

colocação acabei de descrever. Após a alta, a pessoa apresentava hemorragia considerável do túnel, com repercussão na hemoglobina sérica e necessidade de suporte transfusional. As principais complicações da colocação de cateteres peritoneais são a perfuração de órgãos abdominais, como o intestino ou a bexiga, a hemorragia e a peritonite. No que concerne a hemorragia, os autores descrevem-na como uma complicação diretamente relacionada com a técnica cirúrgica, mas que raramente é grave (Payton e Kennedy, 2018). Contudo, esta teve seriedade suficiente para atrasar o processo de cicatrização e conseqüentemente o início da diálise peritoneal.

Outra complicação que, infelizmente, tive oportunidade de observar, foi o *leak*. Este fenômeno caracteriza-se por “fuga” de efluente do espaço intraperitoneal para outras cavidades abdominais ou para fora do abdômen, pelo túnel. Esta complicação é por vezes mediada por atrasos na cicatrização associada a obesidade, diabetes, fraqueza da parede abdominal, e toma de esteroides. No caso observado a pessoa dirigiu-se à unidade de diálise peritoneal para realizar o penso. Estava no final da segunda semana, após implantação cirúrgica, e era dia de retirar pontos. Depois da avaliação a Enfermeira considerou que a evolução cicatricial permitia retirar o material de sutura, procedendo em conformidade. Iniciou lavagem peritoneal com dialisante de baixa concentração em glicose e baixo volume, sem incidentes. A pessoa regressou ao domicílio com indicação de voltar na semana seguinte para iniciar programa de treino.

Uma semana passada, a Enfermeira realizou o penso do orifício de saída do cateter, que apresentando boa cicatrização, tinha pequeno repasse de líquido claro. A médica assistente foi informada e a pessoa iniciou o programa de treino. Verificou-se que nas duas sessões seguintes o problema se mantinha, com fugas maiores, uma vez que o volume intra-abdominal ia aumentando, mercê das necessidades da diálise peritoneal. No segundo dia, o líquido visível era o suficiente para se testar a presença de glicose com tiras reagentes – o que confirmou o *leak*. A pessoa ficou internada por outros motivos e suspendeu-se a diálise peritoneal. Houve necessidade de colocação de cateter não tunelizado para realização de hemodiálise, dando um período de duas semanas ao peritoneu para que este completasse a cicatrização.

As estratégias indicadas no caso de *leak* podem ir desde a suspensão temporária do tratamento ou, na eventualidade de haver necessidade de manter diálise peritoneal, realizá-la com a infusão de volumes mais baixos de dialisante, em posição supina. Algumas pessoas podem mesmo passar para cicladora, fazendo

diálise peritoneal automática, pelos volumes melhor tolerados em posição supina, pela diminuição da pressão intra-abdominal, e menor tempo de permanência. A opção de correção cirúrgica é raramente necessária (Kelman e Watson, 2018).

Outro objetivo era assistir ao programa de treino de pessoas em diálise peritoneal contínua ambulatoria e diálise peritoneal automática. O campo de estágio possibilitou ambas as experiências.

O programa de treino tem como objetivo capacitar a pessoa para a transição para o domicílio. Para tal, é necessário que o Enfermeiro seja perito em diálise peritoneal, mas também no que diz respeito aos princípios da educação de adultos. De acordo com Kelman e Watson (2018) o programa de treino é muitas vezes condicionado pela sintomatologia de síndrome urémica, que entre outros se traduz em cansaço, dificuldade em concentrar-se, e *stress* associado à nova situação de vida. Estes fatores parecem contribuir para uma variabilidade na duração do programa de treino entre 2.5 a 21 dias (Kelman e Watson, 2018, citando Bernardini *et al*, 2006; Firanek *et al.*, 2013; e Figueiredo *et al.*, 2016). Os mesmos autores dão ainda conta que um programa de treino baseado em princípios de educação para adultos aumenta a duração do treino estando, contudo, associado a uma diminuição das infeções do orifício de saída do cateter de Tenckhoff e a um menor número de peritonites.

O decorrer do tempo proporcionou-me a hipótese de participar na realização de alguns testes de equilíbrio peritoneal (TEP). O protocolo da unidade exige que, para testar a capacidade que o peritoneu tem de equilibrar uma solução, a pessoa com doença renal crónica se faça acompanhar de uma colheita de urina das 24 horas e a, ou as, respetivas amostras de dialisado do dia anterior. Antes de mais, importa clarificar que o TEP se refere ao padrão de transporte de água e solutos para aquele indivíduo (Kelman e Watson, 2018). Este teste permite ainda perceber as características basais do peritoneu, planear o tratamento mais adequado, modificar planos terapêuticos e monitorizar a estabilidade da membrana (Sánchez-Tomero e García, 2005).

No início da avaliação, a chamada hora zero, procede-se à colheita de uma amostra de sangue para bioquímica em que se pesquisam níveis séricos de glicose, marcadores da função renal (creatinina e ureia) e ionograma. É efetuada a drenagem da solução que a pessoa tem no peritoneu e procede-se à pesagem, com vista à realização de um balanço hídrico das últimas 24 horas. Também é necessária a colheita de uma amostra desse efluente para juntar às outras amostras de dialisado para obter uma amostra de líquido peritoneal das 24 horas.

Após a drenagem e os procedimentos acima explicados, a pessoa infunde uma solução hipertónica, com alta concentração de glicose, cuja permanência será de quatro horas. É igualmente necessária a colheita de uma amostra da solução hipertónica, para efeitos de controlo. Finda a primeira hora, a pessoa deverá retornar à unidade para nova colheita de sangue para tubo de bioquímica. Nesse momento, a chamada hora um, a pessoa procede a nova drenagem do líquido peritoneal, sendo colhida amostra de líquido da primeira hora. Verifica-se também, através de balança, se e qual o volume de ultrafiltração conseguido ao fim desse período de tempo com o dialisante hipertónico. É reinfundido o efluente, para a cavidade peritoneal.

Na segunda hora, realiza-se nova e última colheita de sangue para bioquímica e colheita simples de líquido peritoneal. A pessoa é instruída para regressar à unidade de diálise peritoneal passadas duas horas. Nessa altura, a quarta hora, a pessoa drena o efluente, avaliando o volume drenado e ultrafiltração conseguida e infunde uma solução dialisante correspondente ao seu esquema de diálise. É colhida a última amostra de efluente.

Depois do laboratório analisar os espécimes, e obtidos os resultados, que de acordo com a minha observação chegavam no dia seguinte, o cálculo do teste de equilíbrio peritoneal efetuava-se com *software* próprio. Dois dados importantes eram obtidos. A eficácia dialítica, na forma de Kt/V semanal (com valor de referência mínimo de 1,7) e, a capacidade que o peritoneu da pessoa tinha de equilibrar soluções, culminando na classificação do peritoneu da pessoa em baixo transportador, médio-baixo transportador, médio-alto transportador e alto transportador.

Ainda sobre o estágio na unidade de diálise peritoneal, realço duas atividades desenvolvidas que tiveram lugar por sugestão e desafio lançado pela Enfermeira orientadora. Dado que o tema que pretendo estudar se insere no âmbito das medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise, foi-me proposta a realização de um folheto informativo dirigido à pessoa acerca do tema, no contexto da diálise peritoneal. A restrição hídrica começou a parecer-me um título repetitivo, na medida em que se trata do meu tema, do tema da formação em serviço que no campo de estágio anterior tinha feito e, um foco muito importante da minha atenção nos últimos meses. Por outro lado, a elevada taxa de má adesão destes indivíduos à restrição hídrica levou-me a acreditar que o título “restrição hídrica” fosse demasiado restritivo. Assim, ocorreu-me chamar-lhe “gestão de líquidos na pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal”.

A principal causa de morte de pessoas com doença renal crónica em diálise peritoneal entre 2014 e 2017 foram as doenças cardiovasculares (Macário et al., 2018). Sabe-se atualmente que 43,2% desta população de doentes morre de patologia do foro cardiovascular que a *International society of peritoneal dialysis* (ISPD) relaciona com sobrecarga hídrica. Aparentemente, o eventual surgimento ou agravamento de hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias ou doenças arteriais cerebrais está associado a quadros de sobrecarga de líquidos (ISPD, 2015).

Se a capacidade de eliminação de líquidos está comprometida, diminuída ou impossibilitada, por via renal, a pessoa fica condicionada pela necessidade de uma terapêutica substitutiva da função renal que permita restaurar o equilíbrio hídrico. Contudo, a regulação de fluidos nem depende exclusivamente da técnica que substitua a função renal (independentemente da técnica usada), nem do regime terapêutico, ao qual a pessoa está sujeita. Assim, não é possível uma eficaz gestão de líquidos sem adesão da pessoa a esse regime terapêutico.

O folheto informativo e a reflexão crítica apresentam a mesma problemática. Ambas apresentam um conjunto de medidas de autocuidado com o objetivo de auxiliar a pessoa na gestão dos líquidos. Em apêndice, encontrar-se-ão os respetivos documentos para prova e consulta do que acabei de mencionar (Apêndice IV e Apêndice V).

2.3. Unidade de Hemodiálise

O campo de estágio na valência de hemodiálise, à semelhança dos dois anteriores, teve a duração de quatro semanas. Apesar de considerar ter alguma experiência profissional na área, visto desempenhar funções em hemodiálise há cinco anos, considero ter tido a oportunidade de observar e participar neste contexto a um nível muito diferente daquele a que estou habituado.

No hospital em questão, não existe propriamente um serviço de Nefrologia com internamento, mas um hospital de dia médico com diálise. O serviço conta com gabinetes médicos para consulta de nefrologia; gabinete de enfermagem para consultas de esclarecimento; gabinete de diálise peritoneal; e por último, um hospital de dia para a realização de tratamentos em ambulatório com carboximaltose férrica endovenosa e, profilaxia da Nefropatia Induzida por Contraste (devido ao uso de

contrastes em exames), com bicarbonato de sódio 1,4% endovenoso e acetilcisteína endovenosa. Aqui funcionam duas salas de hemodiálise. A sala principal conta com treze máquinas de hemodiálise, duas das quais para pessoas com necessidade de isolamento, para a prevenção de transmissão de infeções bacterianas. Contudo, se por indisponibilidade, ou necessidade, as pessoas que ocupariam esses postos podem realizar o seu tratamento junto de outras, desde que se cumpram as medidas gerais de prevenção de transmissão de infeções e as medidas adicionais de prevenção de transmissão de infeções. Estas últimas podem passar pelo uso de bata adicional para prestar cuidados à pessoa em isolamento (descartada imediatamente depois), dialisar a pessoa num extremo da sala e pela desinfeção com solução detergente/desinfetante de todas as superfícies com as quais a pessoa entrou em contacto. A sala pequena dispõe de quatro máquinas, com todas as condições para isolamento de utentes com serologias positivas para alguns vírus (vírus da imunodeficiência humana, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C (VIH, VHB, VHC, respetivamente)). A unidade de hemodiálise na qual estagiei apenas recebe indivíduos com serologia positiva para VIH e serologia positiva para VHB. No caso do VIH, as orientações recomendam que as pessoas façam o seu tratamento separadamente da restante população com serologias negativas. No entanto, se o indivíduo VIH apresentar baixo risco epidemiológico ou de contágio (mediante cargas virais) poderá realizar diálise junto da restante população, desde que cumpridas as medidas adicionais de prevenção de transmissão de infeções. Por outro lado, pessoas com serologia positiva para VHB têm obrigatoriamente que ser dialisadas em isolamento e em monitor dedicado, dado elevado risco de contágio (Ordem dos Médicos, 2017).

O serviço dá resposta a utentes, na maioria em regime ambulatorio. Verifiquei, nestas quatro semanas, que o serviço trata cerca de 50 pessoas em programa de hemodiálise crónica e recebe doentes internados em outros serviços que carecem de hemodiálise. Para garantir tudo isto, o serviço dispõe ainda de uma sala de técnicas para colocação de cateteres de hemodiálise não tunelizados e tunelizados, e apoio por parte da cirurgia para construção, revisão e intervenção a acessos vasculares em bloco operatório.

Dos 54 utentes com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, a grande maioria era diabética tipo II e/ou tinha hipertensão arterial. De acordo com Macário *et al.* (2018), 49,2% dos indivíduos que iniciaram hemodiálise em 2017 tinham como doença primária diabetes tipo II ou hipertensão arterial (com 33,4% e 15,8%,

respetivamente). A grande maioria tinha idade superior a 65 anos. Em relação à distribuição por sexo, existia um número discretamente superior de mulheres por oposição aos homens, contrariamente às estatísticas nacionais. Verificou-se que os internamentos em pessoas com doença renal crónica eram motivados principalmente por disfunções do acesso vascular.

Com cerca de cinco anos de experiência profissional em hemodiálise, as minhas necessidades formativas e desenvolvimento de competências nesta área, serão diferentes dos outros estágios. Considero encontrar-me no estadio *proficiente*, dada a capacidade de antever acontecimentos com base numa perceção das situações como uma globalidade e não em eventos isolados. Acima de tudo, considero-me capaz de distinguir o acessório do essencial (Benner, 2001). Assim sendo, apresento seguidamente as atividades que me propus a desenvolver neste campo de estágio de acordo com as competências de Enfermeiro especialista.

Para desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei: integrar-me na equipa de Enfermagem do serviço de hemodiálise; desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente; participar na construção da tomada de decisão em equipa; promover o exercício profissional de acordo com o código deontológico; promover o respeito pelo direito das pessoas à informação, à confidencialidade, à segurança da informação escrita e oral, e à privacidade; promover o respeito do utente à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; adquirir e adotar medidas apropriadas, com recurso a competências especializadas; e analisar informação pertinente, com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

Para as competências que dizem respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, as atividades de estágio passaram pelo: desenvolvimento de aptidões de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; aquisição de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da melhoria contínua; a incorporação dos conhecimentos adquiridos na qualidade na prestação de cuidados; consulta de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; a identificação de oportunidades de melhoria; a sensibilização para o respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; e a demonstração de conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes, promovendo a adesão ao regime terapêutico.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi competências mediante a colaboração com a equipa de Enfermagem para a melhoria da informação para o processo de cuidar – diagnósticos e enfermagem; variedade de soluções eficazes a prescrever; avaliação do processo de cuidar; avaliação de eventuais riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos; utilizar recursos de forma eficiente no sentido de promover a qualidade; e promover estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

Finalmente, o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais baseou-se no aprofundamento do auto conhecimento, facilitador da identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa e/ou a equipa multidisciplinar; no reconhecimento de recursos e limites pessoais e profissionais; na aprendizagem da gestão emocional em ordem a uma resposta eficiente; na atuação eficaz sob pressão; no aprofundamento de conhecimentos e sua aplicação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; na rentabilização das oportunidades de aprendizagem de situações clínicas; e na consulta de bibliografia pertinente.

A hemodiálise depende de aspetos como o abastecimento de água, o equipamento (máquinas de hemodiálise), circuito de dialisante, circuito extracorporal, o dialisador, a prescrição do tratamento e o acesso vascular.

O tratamento não começa na sala de hemodiálise com a pessoa. Para que a hemodiálise ocorra, o tratamento começa muito antes. Na realidade, há que considerar que três vezes por semana, o sangue da pessoa com doença renal crónica terminal estará em contacto com o dialisante através da membrana porosa de um filtro, para que a diálise ocorra. O dialisante é maioritariamente composto por água. E é pela água que pretendo começar para explicar todo o processo de diálise até chegar ao utente. De acordo com Hellebrand *et al.* (2018), a pessoa é exposta a cerca de 300 a 600 litros de água, ou de 560 a 860 litros, no caso da diálise noturna. Deste modo, é fundamental garantir a qualidade da água e do seu abastecimento.

O abastecimento de água é assegurado pelo município em questão para depois ser tratado ulteriormente numa estação anexa ao serviço de hemodiálise. Aí, após um pré-tratamento e pressurização, com passagem pelos filtros de carbono e multimédia, a água sofre um processo de osmose inversa, garantindo a remoção de matéria orgânica e eletrólitos na sua quase totalidade. Um pós-tratamento é ainda necessário para que não restem agentes patogénicos na água tratada. Esse tratamento é feito mediante a emissão de luz ultravioleta e ultrafiltros. Só aí, a qualidade está

assegurada e a água pronta para ser distribuída de forma estanque e segura para cada máquina de hemodiálise.

O equipamento, ou máquina de hemodiálise, é um *interface* essencial, não só para a realização do tratamento, como entre o Enfermeiro e a pessoa que o recebe. Saliente-se que não está entre o Enfermeiro e a pessoa como obstáculo, mas antes como ferramenta útil e necessária. Sem máquina o Enfermeiro não realiza hemodiálise à pessoa. Segundo Nagle (1998), citado por Polaschek (2003), o que aqui afirmo parece ir ao encontro do que as pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise sentem. Isto é, conceptualizar a pessoa num processo de parceria relutante com a tecnologia da qual passam a depender. Este pensamento, que considero quase automático nos Enfermeiros que trabalham em hemodiálise, parece contribuir, de acordo com os autores, para a ambiguidade das pessoas em relação aos Enfermeiros.

O dialisante resulta da mistura de água tratada e concentrados, sendo composto essencialmente por eletrólitos e glucose, com o fim de possibilitar trocas de solutos com o sangue. Paralelamente, o circuito extracorporal é composto por material biocompatível, preenchido pelo sangue da pessoa, estendendo-se desde o acesso vascular da pessoa, contando com cateter ou agulhas, passando pelo dialisador, bomba de sangue, linha e bomba de heparina e leitores de pressões. O dialisador é também chamado rim artificial. Trata-se de um conjunto de fibras ocas e semipermeáveis (membrana) dentro das quais circula o sangue, enquanto no compartimento externo do dialisador circula o líquido dialisante (Hellebrand *et al.*, 2018).

Caracterizar o programa regular de hemodiálise é uma tarefa mais complexa do que seria de esperar à primeira vista. Enquanto o programa de hemodiálise visa substituir a função renal das pessoas com doença renal crónica terminal, os centros de diálise procuram igualmente substituir o rim nas funções que a hemodiálise por si só não consegue. São exemplos disso, a manutenção da matriz óssea, a produção da eritropoietina ou o controle da tensão arterial. Assim, partindo do pressuposto que não existem dois tratamentos iguais, como não existem duas pessoas iguais, a complexidade da definição do conceito mantém-se. Os autores Hellebrand *et al.* (2018), apontam entre 10 a 48 horas de tratamento semanais. Em Portugal, a maioria dos doentes realiza 12 horas de hemodiálise por semana, organizadas em três sessões de quatro horas cada, realizadas em dias alternados.

O sucesso da hemodiálise parece, contudo, repousar em mais do que estes conceitos. Depende, em grande medida de outro, do qual pouco foi abordado até então – o acesso vascular. Sendo este, a “linha de vida” da pessoa em programa regular de hemodiálise e dependendo do mesmo a eficácia do tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2016), este constitui também uma das principais causas de internamento e de mortalidade nas pessoas em programa de hemodiálise nos primeiros 90 dias (Macário et al., 2018). Existem três tipos de acesso vascular para hemodiálise: a fístula arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso (EAV) e o cateter venoso central para hemodiálise (CVCHD). Cada um destes acessos tem a mesma finalidade: levar o sangue da pessoa em hemodiálise ao dialisador, para que retorne, já dialisado à pessoa. Porém, nem todos os AV são iguais no que diz respeito aos riscos. As recomendações da National Kidney Foundation (NKF - K/DOQI), (2006) consideram a FAV como AV de eleição, uma vez que apresenta taxas mais baixas de infeção, trombose, intervenções cirúrgicas e/ou radiológicas, morbilidades e internamentos (Romyn, Rush & Hole, 2015).

Durante o período de estágio tive a oportunidade de me concentrar na prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. Isto é, se na valência de internamento desenvolvi uma atividade formativa e na valência de diálise peritoneal, além das restantes atividades de estágio, tive oportunidade de desenvolver uma reflexão relativa à restrição hídrica e um folheto informativo acerca do tema, no contexto de então; no estágio de hemodiálise foquei-me na prestação de cuidados. Poder-se-á pensar, numa primeira instância, e dado o título deste relatório “Medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica terminal de em programa Hemodiálise”, que seria de esperar algum tipo de trabalho académico nesta valência. Contudo, dado que o terceiro capítulo deste relatório irá tratar o tema na forma de uma revisão *scoping*, considereei redundante enveredar por esse caminho.

Sempre sob o olhar atento do Enfermeiro Orientador, colaborei na prestação de cuidados aos utentes da unidade, procurando integrar-me na equipa de Enfermagem. Uma vez que caracterizei a hemodiálise desde o abastecimento de água até à pessoa com necessidade na terapêutica substitutiva da função renal, usarei a mesma lógica para descrever as atividades desenvolvidas, para adquirir competências de Enfermeiro especialista, com especial enfoque na vigilância e monitorização de acessos vasculares.

Na sala principal encontravam-se três a quatro enfermeiros a prestar cuidados a doze a treze pessoas com necessidade de hemodiálise. Cada utente chega ao Hospital de Dia Médico onde se efetiva o seu registo administrativo. Após a preparação da sala e do equipamento de diálise, os utentes cumprem uma avaliação pré-hemodiálise. Esta avaliação caracteriza-se pela determinação do peso, de modo a aferir qual o ganho ponderal interdialítico. A observação tem ainda em conta a avaliação de sinais vitais, o despiste de edemas periféricos, hemorragias no momento, ou no domicílio, e ainda presença de sintomatologia urémica como cansaço, anorexia ou sintomas gastrointestinais. Também a história entre sessões de hemodiálise fornece informação importante que permite contextualizar os achados clínicos da avaliação preliminar (Hellebrand *et al.*, 2018).

Ao iniciar o tratamento, procedi sempre ao exame físico do acesso vascular, não deixando de verbalizar, quer o tipo de observação aplicada, quer os achados que daí resultassem. Grande parte da minha atenção, neste campo de estágio, incidiu sobre a vigilância e monitorização de acessos vasculares. Sob a supervisão do orientador procurei sistematizar e mecanizar esta prática de vigilância pelo exame físico.

De acordo com Sousa (2012), a vigilância do acesso vascular consiste no exame físico do mesmo, passando pela vigilância dos parâmetros intradialíticos, punção, hematomas/infiltrações, monitorização hemodinâmica e retirada de agulhas no final da sessão. O exame físico consiste na observação direta do acesso vascular. No caso da FAV, esta observação é feita desde a cicatriz do local da anastomose arteriovenosa à veia de drenagem. Verifica-se a presença de sinais inflamatórios locais, edemas e hematomas. Também a coloração da pele é tida em consideração desde a ponta dos dedos até à raiz do membro. O mesmo se aplica no despiste de edema, desenvolvimento de circulação colateral ou outros sinais de alarme. A auscultação é também uma prática do exame físico para verificação do tipo de sopro (contínuo/sisto diastólico ou descontínuo/sistólico). Saber caracterizar este sopro como contínuo ou descontínuo pode ajudar a prevenir complicações ou levar a referenciar um acesso vascular para intervenção e correção de um problema presente. De igual modo, a palpação a partir da anastomose do acesso, ao longo da veia de drenagem é fundamental. O tipo de frémito deve ser avaliado como parte integrante do exame. Tendo sido caracterizados os achados resultantes do exame físico, alguns testes mais específicos devem ser aplicados a estes acessos vasculares, que oferecem uma explicação hipotética para as potenciais alterações encontradas aquando da observação, palpação e auscultação. São eles, o teste da elevação do braço e o teste

de aumento do pulso. A estenose da veia de drenagem é uma complicação comum e pode ser despistada por estes testes. No caso do teste de elevação do braço, o resultado esperado seria o colapso total da veia de drenagem. A não drenagem da veia pode indicar estenose a montante. Por outro lado, a estenose a jusante ou pós anastomótica, pode ser suspeita quando, ao pressionar a veia de drenagem a meio do trajeto, esta não se torna híper pulsátil (teste de aumento do pulso) (Hellebrand *et al.*, 2018). A híper pulsatilidade é um achado normal e expectável na medida em que a interrupção do trajeto simularia uma estenose a montante, contribuindo assim para o incremento da intensidade de pulso no local. Na ausência deste achado, considera-se provável que a estenose seja justa anastomótica, comprometendo o aporte de sangue ao local.

Outro conceito, que também tive oportunidade de observar e na realização do qual também colaborei, foi a monitorização de acessos vasculares. A avaliação de fluxo intra acesso (Qa) era realizada na unidade mediante termo diluição, comparando a ureia sérica e a ureia do líquido dialisante. Débitos normais de um AV devem situar-se entre os 1500ml/min e 2000 ml/min. Acessos cujo Qa é inferior a 500ml/min requerem avaliação diferenciada. A unidade utilizava um dispositivo, ao qual chamavam “*twister*”, acoplado entre as agulhas do AV e as linhas do circuito extracorporeal, para inverter o fluxo de sangue do AV, permitindo assim calcular a taxa de recirculação (Hellebrand *et al.*, 2018).

Outras complicações com os acessos vasculares podem ocorrer, como a trombose, infeção, síndrome de roubo ou até síndrome hiperdébito. Contudo, não tive oportunidade de verificar nenhum destes.

Conectada a pessoa ao equipamento, dando início ao seu tratamento de hemodiálise, a necessidade de vigilância não diminui. Apesar de atualmente as sessões de hemodiálise serem mais suaves, na medida em que são mais fisiológicas e o material se verifica mais biocompatível, um sem número de intercorrências intradialíticas pode ter lugar. O tratamento inicia-se com a administração do *priming* (conforme protocolo vigente na unidade de hemodiálise). É fundamental monitorizar o estado hemodinâmico da pessoa dada a oscilação de volémia, quer pelo preenchimento do circuito extracorporeal com o sangue da pessoa, quer pela ultrafiltração imposta pela diferença entre o peso seco da pessoa e o ganho ponderal interdialítico. A hipotensão arterial é a complicação mais frequente com uma ocorrência de 10% a 50% dos tratamentos. Esta caracteriza-se pela descida abrupta da tensão arterial em 30 mmHg ou mais relativamente à tensão arterial inicial. Trata-se de um fenómeno multifatorial que não

pode ser explicado de modo simplista. Contudo, na origem estão frequentemente taxas de ultrafiltração altas, mercê de ganhos ponderais interdialíticos consideráveis (acima de 5% do peso seco) ou insuficiências cardíacas que se caracterizem por baixo débito cardíaco. Também cãibras, náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas podem acompanhar a hipotensão arterial, ou ocorrer isoladamente por desequilíbrio hidro eletrolítico. O risco de coagulação do circuito extracorporeal está também latente pelo desencadear de componentes de ativação, quando o sangue entra em contacto com o material do circuito extracorporeal. É, portanto, necessário vigiar as características do circuito, monitorizando a elevação de pressões transmembranária e venosa e, na eventualidade de se verificar que a anticoagulação é insuficiente, efetuar lavagens de circuito com bólus de solução salina.

No final do tratamento, a pessoa é desconectada, mantendo a vigilância hemodinâmica. Procede-se à selagem o cateter de hemodiálise pela lavagem com solução salina e bólus de heparina correspondente ao volume de cada ramo. Na presença de uma FAV ou EAV, retiram-se as agulhas respeitando o mesmo ângulo usado aquando da punção, procedendo-se de imediato à hemóstase. Esta técnica consiste na aplicação de pressão digital, pela pessoa ou pelo profissional responsável, que se quer variável ao longo do tempo nos locais de punção. O intervalo de tempo correspondente à hemóstase é variável, mas não deve ser superior a 10 minutos.

Findo este processo, avalia-se novamente o peso no fim do tratamento. É posteriormente encaminhada para a sala de espera, de onde se dirigirá para o domicílio até à próxima sessão de hemodiálise.

Em suma, este estágio possibilitou um contacto com outra realidade, numa valência já conhecida. O programa de hemodiálise tem traços comuns a todas as unidades. Porém, a diversidade de experiências permitiu enriquecer-me enquanto Enfermeiro de nefrologia e desenvolver competências de Enfermeiro especialista. Este estágio permitiu contactar com um número de pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise em ambulatório superior ao que estava habituado. Permitiu igualmente observar que as características sociodemográficas destes indivíduos correspondem aos dados nacionais da SPN em 2017. O programa de vigilância e monitorização de acessos vasculares possibilitou que me concentrasse nessa temática, dado que não existe protocolo para o efeito no meu contexto de prática clínica. O foco da minha atenção foi motivado pelo facto de o acesso vascular ser considerado a “linha de vida” da pessoa em programa de hemodiálise, dependendo do mesmo, a eficácia do tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Por outro lado, este constitui também uma

das principais causas de internamento e de mortalidade nas pessoas em programa de hemodiálise nos primeiros 90 dias (Macário *et al.*, 2018).

2.4. Estágio opcional – Unidade de Diálise Peritoneal

Este estágio teve uma duração um pouco superior aos estágios anteriores. Além da particularidade de ter tido a duração de seis semanas, este caracteriza-se também pela sua vertente opcional. A seleção deste campo de estágio deveu-se à necessidade de aprender a estar mais à vontade com a diálise peritoneal.

Uma vez que em outubro-novembro 2018 visitei esta valência num hospital, fiz então questão de a repetir noutra, traçando necessariamente objetivos e planeando atividades diferentes. Sendo o objetivo geral desenvolver e reforçar competências de Enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em contexto de diálise peritoneal, delineei algumas atividades, ainda na fase de projeto, que pudessem servir de guia ao desenrolar deste período. Para o desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nesta valência, propus-me desenvolver: estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa; participar na construção da tomada de decisão em equipa, promovendo o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem; promover o respeito pelo direito da pessoa à informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, e à privacidade; promover o respeito da pessoa à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; e adotar medidas apropriadas, com recurso a competências especializadas, desenvolvendo estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa.

Reforçar competências no domínio da melhoria contínua da qualidade passou pelo: desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; pela aquisição de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área para a melhoria contínua dos cuidados; pela integração de conhecimentos adquiridos na qualidade na prestação de cuidados; pela busca de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; pela identificação de oportunidades de melhoria; pela sensibilização para o respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; pelo conhecimento e compreensão de questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes; e pela promoção da adesão ao regime terapêutico.

As competências do domínio da gestão dos cuidados foram desenvolvidas colaborando com a equipa de Enfermagem: na melhoria da informação do processo de cuidar; nos diagnósticos, na variedade de soluções eficazes a prescrever e na avaliação do processo de cuidar; na avaliação de riscos na prestação de cuidados; na eficiente utilização dos recursos para promover a qualidade; e na promoção de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

Por último, as competências do domínio das aprendizagens profissionais tiveram por base o planeamento de atividades como: o aprofundamento do auto conhecimento, facilitador da identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa e ou a equipa multidisciplinar; o reconhecimento de recursos e limites pessoais e profissionais; a gestão emocional em ordem a uma resposta eficiente; a atuação eficaz sob pressão; o aprofundamento de conhecimentos e sua aplicação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; a rentabilização das oportunidades de aprendizagem; a interpretação, organização e divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Foi igualmente para este período que planeei uma revisão *scoping* subordinada ao tema “Medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise”.

Os princípios de diálise peritoneal, a fisiologia do tratamento e outros tópicos foram desenvolvidos no quadro conceptual pelo que não serão novamente descritos. Deste modo, passarei a descrever em concreto as atividades nas quais tive a oportunidade de participar sob supervisão de uma Enfermeira orientadora.

Cabe-me, antes de mais, fazer uma breve descrição da unidade de diálise peritoneal que me recebeu durante seis semanas. Trata-se de uma valência recente, com menos de dois anos, num hospital central. Como projeto em desenvolvimento, apresenta um número reduzido de pessoas com doença renal crónica em diálise peritoneal – dez apenas. Porém, isso não impediu a riqueza da experiência formativa.

Em Portugal, em 2017, 9.6% das pessoas que iniciaram TSFR optaram por diálise peritoneal, sendo que da totalidade de pessoas em TSFR, 3.7% realiza diálise peritoneal. Um universo relativamente modesto quando comparado a outras modalidades de TSFR. Saliento que a maioria dos indivíduos que iniciou (37.3%) ou está atualmente (39.6%) em diálise peritoneal tem menos de 65 anos. Sabe-se que, em 2017, as principais causas primárias da doença renal crónica foram a hipertensão arterial e a diabetes. Porém, no programa de diálise peritoneal nesse ano, a hipertensão

parece ter tido um papel menos preponderante (7.6%) do que a diabetes (21.3%) e a segunda maior causa a glomerulonefrite crónica (20.4%) (Macário et al., 2018).

Na unidade de diálise peritoneal, num universo de dez pessoas em programa, oito pessoas têm menos de 65 anos, apenas duas têm idade igual ou superior. Todos os indivíduos eram hipertensos *a priori*, metade eram diabéticos e três entraram em DP por glomerulonefrite. Estes dados contrariam parcialmente os achados nacionais, o que se compreende pela dimensão da amostra. Pude colaborar nos cuidados prestados a estas pessoas, mas realço algumas atividades como as consultas mensais, as consultas de esclarecimento, a prestação de cuidados à pessoa com infeção do orifício de saída do cateter de Tenckhoff, a participação nos cuidados à pessoa com peritonite, a realização de treino a uma pessoa que acabara de entrar em programa de diálise peritoneal contínua ambulatoria, a realização de um teste de equilíbrio peritoneal e a colaboração na formação de pares, relativamente à técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria. Pude ainda conhecer e treinar o funcionamento de cicladoras, de ambas empresas com as quais Portugal trabalha.

O programa de diálise peritoneal pressupõe um acompanhamento contínuo da pessoa com DRC. Durante o programa de treino, a pessoa é informada das circunstâncias que exigem diálise peritoneal de urgência. Essas circunstâncias podem incluir febre, dor abdominal, efluente turvo, hemoperitoneu, sinais de sobrecarga hídrica, rutura do cateter ou do prolongamento. Na dúvida, sobre a necessidade de recorrer ou onde a pessoa se deve dirigir, a unidade de diálise peritoneal disponibiliza um contacto telefónico para encaminhar adequadamente algumas situações. Não se verificando nenhum destes cenários, a unidade de diálise peritoneal obriga a uma consulta mensal, com a Enfermeira e com o médico. Neste contacto, o Enfermeiro procede a uma avaliação geral, incluindo os sinais vitais, eventualmente a glicémica, e o peso. A avaliação do estado hídrico não é feita por bioimpedância por falta de equipamento. No entanto, é realizada mediante a tensão arterial, pela avaliação de edemas periféricos e balanços hídricos efetuados pelas pessoas no domicílio, confirmados pelos registos manuais ou eletrónicos da diálise (seja manual ou automática). É feito o penso do orifício de saída, conforme características do mesmo, sendo classificado na escala de Twardowski, com registo em processo clínico. A pessoa é questionada acerca de eventuais queixas, sobre as características do efluente e outras intercorrências no domicílio. Finalmente, procede-se às colheitas de sangue mensais e urina tipo II. Depois ocorre a consulta médica, que poderá resultar em alterações terapêuticas ou do

esquema de diálise, que se traduzem na necessidade de regressar ao gabinete de Enfermagem para ensino e validação da informação recebida.

Além das atividades da unidade de diálise peritoneal, somam-se as consultas de esclarecimento. Estas ocorrem duas vezes por semana e funcionam nesta fase em dois formatos: consultas de esclarecimento individuais, com médico e enfermeiro, marcando-se consulta para o nutricionista, e eventualmente para assistente social; e consultas de esclarecimento em grupo. Este formato pressupõe uma sessão de esclarecimento com a Enfermeira acerca das modalidades de tratamento para a DRC em estadio 5, seguida de uma consulta individual com nefrologista.

Ambos os formatos da consulta pretendem ir ao encontro das orientações da norma 017/2011 da Direção-Geral de Saúde (atualizada em 2012) que estabelece que todas as pessoas com doença renal crónica em estadio 4 conheçam as modalidades terapêuticas para o tratamento da doença em estadio terminal, sendo devidamente informadas e esclarecidas acerca dos mesmos. Deve ser individualizada, dispor de material didático adequado e de registo próprio e ter equipa multidisciplinar com médico, enfermeiro, nutricionista e assistente social. Pretende-se ainda que a pessoa opte por uma modalidade assinando esclarecimento e consentimento. A vontade da pessoa é soberana e a escolha pode ser alterada pela pessoa a qualquer momento.

Porém, notei que algumas vezes apenas está presente médico e/ou enfermeiro. Obrigando a uma equipa multidisciplinar mais ampla, a norma prevê a intervenção de profissionais que não estão presentes na consulta. Contudo, a norma não refere a necessidade da consulta se desenrolar deste modo, deixando alguma liberdade aos contextos de prática clínica para ajustar as orientações à realidade das instituições. No caso presente, a referenciação é feita para os outros profissionais, pelo que o direito ao esclarecimento em todas as vertentes está assegurado, apenas não é em simultâneo, ou pelo menos não encadeado como estava no meu imaginário.

Outro dos pressupostos é a consulta de esclarecimento ser individualizada, pelo que se pode questionar as consultas em grupo. É certo que se conseguem mais marcações no mesmo dia e que a intenção é responder a um problema crescente em Portugal e no mundo, mas a antevisão das limitações deste formato foi, numa fase inicial, considerável. Podemos questionar o significado de individual e individualizado, mas talvez possamos argumentar com a fragmentação desta consulta em dois momentos: a sessão de esclarecimento em grupo realizada pela enfermeira, com esclarecimento de dúvidas a todas as pessoas e familiares, sem prejudicar a privacidade do utente; a consulta individual com o nefrologista para esclarecimento

final e assinatura dos documentos. Assim os direitos ficam resguardados e os deveres cumpridos.

Apesar das minhas reservas em relação a este assunto, a Enfermeira orientadora e a nefrologista muniram-me sempre de alguma liberdade para auscultar as opiniões dos doentes e familiares no final de cada sessão. Procurei perceber se consideravam necessário repetir consulta de esclarecimento em formato individual; e se prefeririam uma em detrimento da outra. Concluí que, em doze pessoas apenas uma pediu para remarcar consulta de esclarecimento individual. As outras preferiram a consulta de grupo, uma vez que “as dúvidas de uns são as dúvidas de outros” (sic). No entanto, há que ter em consideração que quando realizei as perguntas, estas foram igualmente em grupo. Assim, enquanto futuro Enfermeiro especialista, sou levado a pensar na necessidade de refletir melhor acerca do funcionamento dos contextos de prática clínica nos quais opero.

Outras atividades desenvolvidas ao longo do estágio merecem igualmente destaque. Durante o estágio, notei que duas em dez pessoas tinham infeção do orifício de saída. Ambas apresentavam rubor e presença de exsudado no orifício de saída, sem febre.

No domicílio as pessoas executam a limpeza do orifício de saída com soro fisiológico e aplicam penso respirável, após inspeção do local. Esta técnica é ensinada aquando do programa de treino da pessoa com doença renal crónica em programa de diálise peritoneal (Payton & Kennedy, 2018). Na unidade de diálise peritoneal o orifício de saída é observado sempre que a pessoa apresente queixas, ou em consulta de Enfermagem mensal. A escala de Twardowski é uma ferramenta útil para classificar um orifício de saída quanto ao seu estado. De um modo genérico, é possível classificar o orifício como perfeito, bom, equívoco ou infetado. No caso presente, ambas as pessoas apresentaram sinais inflamatórios e presença de exsudado. O rubor local em torno do cateter apresentava dimensão superior a 2 centímetros, com pele sensível e dor local. À inspeção, verificou-se crosta entre o cateter de Tenckhoff e o orifício de saída e à expressão drenagem de exsudado hemato-purulento em moderada quantidade, o que preenche os critérios de infeção aguda na escala de Twardowski (Payton & Kennedy, 2018). Num dos casos, a pessoa apresentava uma pequena comunicação entre o túnel e o meio exterior com emissão purulenta. Realizou-se uma troca com solução dialisante de baixa concentração de glucose, e verificou-se de imediato que o efluente se apresentava límpido. Tendo sido em primeiro tempo excluída a hipótese de peritonite, realizou-se colheita de exsudado em ambas as pessoas para exame bacteriológico. A

recomendação inicial para os dois casos foi manter a realização de penso diário ao local com aplicação de gentamicina tópica em gotas. Às 72 horas, o resultado do exame bacteriológico foi positivo para *mycobacterium chelonae*. De acordo com a literatura encontrada, este agente patogénico raramente provoca infeções e encontra-se habitualmente associado a infeções refratárias ao tratamento com antibióticos (frequentemente gentamicina tópica), havendo poucos casos descritos. No entanto, encontrou-se um estudo que afirma que a remoção do cateter é imperativa (Hauch, Ory, & Paramesh, 2014). Nos restantes artigos, a infeção foi tratada sem remoção do cateter, recorrendo apenas a antibioterapia. A *mycobacterium chelonae* parece ser sensível à claritromicina, doxiciclina, amicacina e nalguns casos quinolonas (Lo et al., 2013; Hauch et al., 2014). Além destas medidas farmacológicas, um estudo foi encontrado em que foram utilizadas medidas não farmacológicas para o tratamento da *mycobacterium chelonae*, combinando a antibioterapia, com penso ao orifício de saída com solução de iodopovidona e aplicação de calor local a temperaturas entre os 50° e os 60°C (Siu, Leung, Tong & Lee, 2005).

Outra oportunidade de aprendizagem foi a participação na prestação de cuidados à pessoa com peritonite em diálise peritoneal, em três situações distintas. A peritonite caracteriza-se pela saída de líquido peritoneal (efluente) turvo e febre ou dor abdominal. Contudo, o diagnóstico faz-se mediante a contagem de células nucleadas e células polimorfonucleares, e exame cultural do efluente.

No caso presente, a pessoa apresentava efluente turvo sem outra sintomatologia. Foram realizadas colheitas de líquido peritoneal para exame citológico e cultural, bem como colheita de sangue para hemograma e bioquímica. De imediato se deu início à toma de antibiótico intraperitoneal. De acordo com o protocolo do serviço foi realizada uma diluição de cefazolina e ceftazidima 20mg/Kg peso uma vez ao dia, num ciclo de permanência superior a seis horas. A pessoa recebeu treino e realizou a antibioterapia no domicílio na troca da noite. O protocolo prevê ainda a administração, em todas as trocas, de heparina sódica na dose de 500U/L para prevenção de formação de fibrina e disfunção de cateter de Tenckhoff. Cerca de três dias após as colheitas de efluente, o resultado do exame cultural isolou uma bactéria sensível à antibioterapia empiricamente instituída, pelo que a pessoa manteve o tratamento até à resolução do mesmo.

Colaborei no programa de treino de um homem de 45 anos. O Sr. R. tinha DRCT e optou por DP após consulta de esclarecimento. Apresentava como antecedentes pessoais HTA, enfarte agudo do miocárdio em 2017 e diabetes *mellitus*

tipo II, mal controlados por baixa adesão ao regime terapêutico. O Sr. R. foi colocar cateter de Tenckhoff ao bloco operatório, tendo sido a técnica de implantação linear, no intra e pós-operatório imediato. Porém, 48 horas depois, ao realizar o penso ao orifício de saída, surgiram rubor e exsudado purulento locais. Após colheita de exsudado para exame bacteriológico, foi identificado *pseudomona aeruginosa*. O tratamento realizado permitiu a completa cicatrização do orifício de saída, possibilitando a classificação de Bom na escala de Twardowski. O Sr. R. iniciou o programa de treino para diálise peritoneal ambulatoria contínua (técnica manual) e concluiu-o com sucesso numa semana. Durante esse período questões como a higiene das mãos, a técnica, as condições domiciliares, as complicações mecânicas e as complicações infecciosas foram exploradas. Todas estas questões foram abordadas na presença e com a ajuda da Enfermeira orientadora. No final, para evitar vieses, a Enfermeira orientadora avaliou o Sr. R. quanto aos conhecimentos e à destreza. Apesar destas últimas linhas aparentarem um treino linear, esta não é a realidade. De salientar que no quarto dia de treino, numa das trocas, a pessoa apresentou um efluente consideravelmente turvo. Prontamente se iniciou a antibioterapia intraperitoneal empírica e heparina intraperitoneal 500 U/L, conforme descrição anterior e mediante protocolo do serviço, que realizou durante o restante período do programa de treino e, posteriormente, terminou no domicílio de forma autónoma. Até ao final da toma de antibiótico, o exame cultural nunca isolou nenhum agente infeccioso, contudo, o efluente tornou-se cada vez mais límpido ao longo do tempo, até à resolução da peritonite.

De um modo geral, este campo de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro especialista e de competências específicas na valência de diálise peritoneal. Não posso deixar de referir experiências enriquecedoras como a elaboração de um documento de carácter reflexivo relativo às competências de Enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade (apêndice VI), a colaboração na prestação de cuidados a estas pessoas, realçando atividades como as consultas mensais, as consultas de esclarecimento (a cargo da Enfermeira responsável pelo programa de DP), a participação nos cuidados à pessoa com infeção do orifício de saída do cateter de Tenckhoff, a participação nos cuidados à pessoa com peritonite, a realização de treino a uma pessoa que acabara de entrar em programa de diálise peritoneal contínua ambulatoria, a realização de um teste de equilíbrio peritoneal e a colaboração na formação de pares, relativamente à técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria. Contudo, não vou explanar acerca

do TEP, uma vez que já o fiz em **2.2.** e é certo que colaborei na formação de pares, mas também não irei descrevê-la uma vez que tive um papel menor e que a formação não era “minha”. Foram, porém, experiências enriquecedoras às quais me sinto na obrigação de fazer menção.

3. ESTUDO SOBRE “MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA A RESTRIÇÃO HÍDRICA NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE”

3.1. Título

“Medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica terminal em programa de Hemodiálise – revisão *scoping*”

3.2. Introdução

A doença renal crónica caracteriza-se pelo compromisso do normal funcionamento do rim por um período superior a três meses (KDIGO, 2013). Na ausência de doença, este órgão é responsável por manter o equilíbrio ácido-base, assegurar o equilíbrio hidro eletrolítico, eliminar produtos do metabolismo, contribuir para a regulação da tensão arterial e eritropoiese, bem como para manutenção da matriz óssea (Hellebrand *et al.*, 2018). A evolução da DRC, inicialmente silenciosa, pode ser classificada em função da sua etiologia, da taxa de filtração glomerular (TFG) e/ou da albuminúria. Contudo, quando atingido o estadio 5 ou de doença renal crónica terminal (DRCT), há grave diminuição da TFG (<15 ml/min/1,73m²) condicionando assim a eliminação dos solutos e líquidos, entre as restantes funções, e requerendo, para manutenção da vida, o início de uma TSFR (KDIGO, 2013).

A DRC é um problema crescente no mundo (Elliot, 2012 citado por O’Shaughnessy, 2014), apresentando, em Portugal, uma prevalência bastante acima da média Europeia (Macário *et al.*, 2018). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2017), 59.2% das pessoas com DRCT e necessidade de TSFR, estão sob hemodiálise (HD), sendo que em 2017, 89.1% dos indivíduos com DRCT iniciaram esta técnica.

As pessoas com DRC em programa de HD lidam, não só com a questão da doença, como também com o fardo do tratamento, tornando difícil a gestão do seu regime terapêutico, particularmente no que respeita à restrição hídrica (Cristóvão, 2016). Adequar a restrição hídrica às necessidades de hidratação da pessoa e à sua eliminação continua a constituir um desafio (Crown *et al.*, 2017). Na prossecução deste objetivo, variáveis como a diurese residual, as perdas insensíveis, perdas extra renais, a correta gestão de fluidos e a restrição de sódio na dieta devem ser

considerados (Caswell Pace, 2007). Contudo, a adesão à restrição hídrica continua a verificar-se difícil para as pessoas com DRCT em programa regular de HD. Estes indivíduos apontam como principal obstáculo a sede. A não-adesão à restrição hídrica varia, de acordo com estudos identificados, entre 41% a 93% das pessoas em HD (Betts & Cotty, 1988; Cummings, Becker, Kirscht, & Levin, 1982; Welch, 2001; Welch, Perkins, Evans, & Bajpai, 2003, citados por Dowell & Welch, 2006).

É fundamental compreender alguns dos fatores que dificultam a adesão às medidas de autocuidado direcionadas para a restrição hídrica. Grande parte desta população refere queixas como sede, xerostomia e/ou redução espontânea da saliva. Estes sintomas estão relacionados com a ingesta de sódio, a depleção de potássio, o aumento sérico da ureia, o aumento da glicémia, os níveis elevados de angiotensina, bem como fatores psicológicos (Fan, Zhang, Luo, Niu, & Gu, 2013).

Capacitar para o autocuidado com vista à restrição hídrica na pessoa em programa regular de HD é um dever do Enfermeiro de nefrologia. Este, deve ser motor de educação para a saúde, ajudando a pessoa a modificar estilos de vida, manter estados de euvolemia e prevenir as morbilidades associadas (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Para Orem (2001) o autocuidado é uma função humana regulatória, deliberada e aprendida, desempenhada pelo próprio com vista à manutenção do funcionamento físico e psíquico, e da integridade do funcionamento e desenvolvimento do indivíduo. Quando os requisitos de autocuidado não estão assegurados estamos perante um défice de autocuidado, que deve ser diagnosticado e suprido pelo enfermeiro. (Orem, 2001).

O enfermeiro pode resolver esse défice de autocuidado substituindo integralmente o indivíduo (sistema totalmente compensatório) substituindo-o em parte (sistema parcialmente compensatório) ou prestando orientações (sistema de apoio-educação) (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

O Enfermeiro de nefrologia deve então, conhecer as medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, selecionando as medidas mais adequadas às características da pessoa, orientando, instruindo e capacitando-a para que se torne num agente de autocuidado.

Dada a importância das medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica na pessoa com DRCT em programa regular de HD, este trabalho pretende responder à seguinte questão: “De que medidas de autocuidado para a restrição hídrica dispõem as pessoas com doença renal crónica terminal em programa de Hemodiálise?”.

Numa pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando a plataforma EBSCO Host, assim como no *Joanna Briggs Institute (JBI) of Systematic Reviews and Implementation Reports* não foram encontradas revisões *scoping* relativas ao tópico em estudo. A importância do autocuidado para gerir a restrição hídrica e prevenir a sobrecarga de líquidos, sustenta a necessidade de explorar a temática. Esta revisão *scoping* irá adotar a metodologia do *Joanna Briggs Institute* conforme descrito no Manual do Revisor 2015.

Esta revisão tem como objetivo: identificar as medidas de autocuidado para a restrição hídrica de que dispõem as pessoas com doença renal crónica terminal em programa de Hemodiálise.

3.3. Palavras-Chave

Autocuidado, restrição hídrica, doença renal crónica, hemodiálise

Self-care, fluid restriction, end stage renal disease, hemodialysis

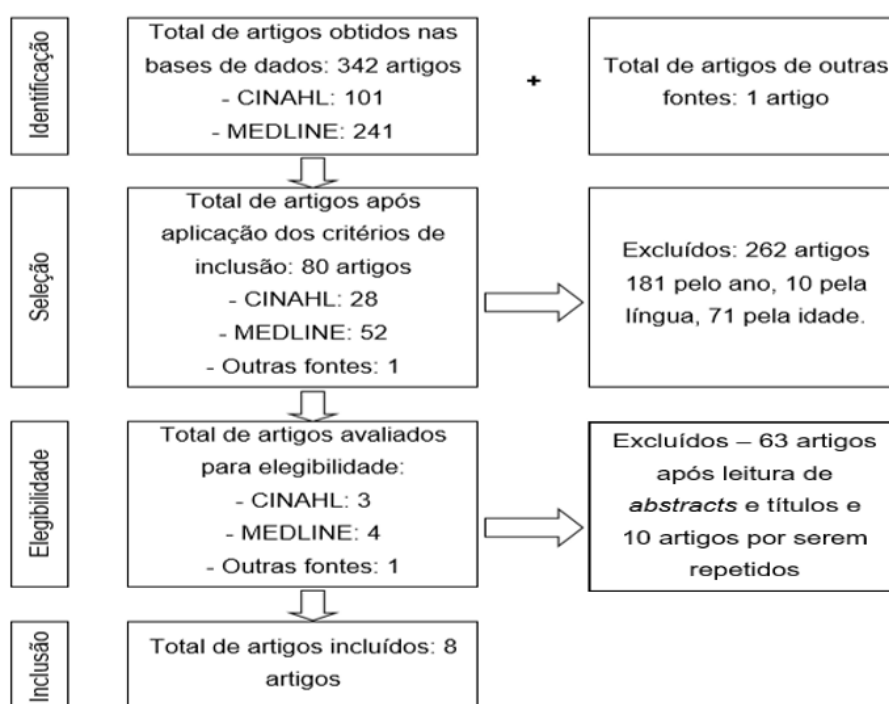
3.4. Metodologia

A seleção dos estudos para a redação desta revisão *scoping* baseou-se em critérios relacionados com dimensões como o tipo de participantes dos estudos, o conceito e os contextos nos quais estes foram realizados. Deste modo, apenas foram incluídos estudos ou outra literatura em que os participantes fossem adultos com 19 anos ou mais (independentemente do género, cultura ou etnia) com DRCT em programa de HD com necessidade de restrição hídrica. Centrado no autocuidado, apenas foram incluídos estudos com contributos para este objetivo, realizados em pessoas em programa regular de hemodiálise, tanto no âmbito hospitalar como em clínicas de hemodiálise. A abrangência a que se propõe uma revisão desta natureza não pode deixar de aceitar estudos quantitativos e qualitativos, com qualquer tipo de desenho ou metodologia implementada. A mesma, tem ainda em conta outras fontes de informação como literatura cinzenta, teses/dissertações, relatórios, bem como, diretrizes nacionais e internacionais.

A pesquisa de estudos para este trabalho teve lugar no final do ano de 2018, seguindo as orientações da *Joanna Briggs Institute*, Manual do Revisor 2015. Numa

primeira etapa, realizou-se uma pesquisa com linguagem natural nas bases de dados MEDLINE *with full text* e CINAHL *with full text* (via EBSCO). Do resultado dessa busca, seguiu-se uma análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos dos estudos, assim como à identificação dos termos de indexação. A segunda etapa contou com a utilização de todos os termos de indexação identificados, correspondendo à mnemónica PCC (população, conceito e contexto). Foram incluídos estudos cujos participantes fossem adultos com DRCT e em programa regular de hemodiálise, centrados no autocuidado para gerir a restrição hídrica. Por último, na terceira etapa identificaram-se estudos não publicados e literatura cinzenta, com recurso ao motor de busca Google Scholar, tendo sido identificado um estudo relevante. Na primeira fase da pesquisa foram identificados 342 artigos, 101 artigos na CINAHL *with full text* e 241 na MEDLINE *with full text*. Após imposição de limitadores de busca como o horizonte temporal (2013-2018), *all adults* (+19 anos) e idioma (apenas língua inglesa e portuguesa), a pesquisa contou com 80 artigos, 28 artigos na CINAHL *with full text* e 52 na MEDLINE *with full text*. Foram excluídos nesta fase 262 artigos, 181 pelo ano, 10 pela língua e 71 pela idade. Após leitura de título e *abstracts* excluíram-se ainda 63 artigos, dado não apresentarem relevância para a revisão e 10 artigos por estarem repetidos. No final, a revisão contou com a inclusão de 8 artigos, 3 artigos da CINAHL *with full text*, 4 artigos da MEDLINE *with full text* e 1 artigo do Google Scholar. A estratégia de pesquisa encontra-se demonstrada detalhadamente no APÊNDICE VII desta revisão.

Figura 2. Fluxograma da seleção de artigos



Os artigos incluídos foram sujeitos a leitura integral, retirando-se a informação relevante com a finalidade de os colocar num instrumento concebido especificamente para esta revisão (APÊNDICE VIII). Pretendeu-se elencar e resumir os principais resultados para dar resposta à questão de investigação.

De acordo com o manual do revisor (JBI, 2015) o instrumento de extração de dados selecionou as informações: autores; ano de publicação; país de origem; objetivos; população em estudo e dimensão da amostra (quando aplicável); metodologia; intervenções (quando aplicável); duração da intervenção (quando aplicável); resultados (quando aplicável); e resultados relevantes.

3.5. Apresentação e Discussão dos Resultados

A revisão da literatura disponibilizou um total de oito artigos (quadro 1) e mostra que as pessoas com DRC em programa de HD têm dificuldade em gerir a restrição hídrica. Os principais resultados dos estudos (quadro 2) revelam que as pessoas que mais se queixam de sede e xerostomia tendem a apresentar maior ganho ponderal interdialítico. As medidas de autocuidado para a gestão de líquidos são percebidas como restritivas, exigindo um esforço considerável dos doentes.

Pela análise da literatura, as medidas de autocuidado com vista à restrição hídrica para alívio da sede ou xerostomia e que levam a menor ganho ponderal interdialítico foram: mastigar pastilha elástica (sem açúcar), beber por uma palha, beber menos líquidos, diminuir o consumo de sal e reduzir o aporte hídrico a 500 ml além do volume de diurese. Outro estudo apontava como medidas a evicção de comida salgada, o limitar o sal na confeção da comida e espaçar a ingesta de líquidos ao longo do dia. Também a prática de bochechos com água parecia aumentar a produção de saliva, sendo que os bochechos efetuados com elixir apresentavam maior alívio da xerostomia (Fan et al., 2013; Kara, 2016; Trask et al., 2016; Wileman, Chilcot, Armitage, & Farrington, 2016; Yu, Tsai, Fang, Yeh, & Fang, 2016).

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão

Autores	Ano	País	Título do estudo	N	Tipo estudo	Objetivos
Fan, W., Zhang, Q., Luo, L., Niu, J. & Gu, Y.	2013	China	"Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis Patients"	42	Estudo observacional e crossover trial	Analisar a relevância clínica e os fatores relacionados com a sede e a xerostomia; Encontrar métodos de alívio da sede e xerostomia para as pessoas em programa de hemodiálise.
Roozbeh, J., Hashempur, M. & Heydari, M.	2013	Irão	"Use of Herbal Remedies Among Patients Undergoing Hemodialysis"	200	Estudo cross-sectional	Determinar qual prevalência, o tipo e os fatores associados ao uso de produtos herbanários por pessoas em programa de hemodiálise.
Trask, M. <i>et al.</i>	2016	Canadá	"The evaluation of an orientation program of self-care abilities for patients on hemodialysis"	28	Estudo quasi-experimental	Avaliar um programa de orientação para o autocuidado em pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise.
Wileman, V. <i>et al.</i>	2016	UK	"Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomized controlled trial"	91	RCT	Determinar se uma intervenção baseada na Teoria da autoafirmação reduz a resistência à informação relacionada com a saúde e melhora a adesão à gestão de líquidos.
Kara, B.	2016	Turquia	"Determinants of thirst distress in patients on hemodialysis"	203	Estudo cross-sectional	Avaliar o stress provocado pela sede e as suas causas; Explorar as estratégias para a gestão de líquidos usadas pelas pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise.
Yu <i>et al.</i> , I.	2016	Taiwan	"Effects of mouthwash interventions on xerostomia and unstimulated whole saliva flow rate among hemodialysis patients: A randomized controlled study"	122	RCT	Investigar o uso de bochechos enquanto meio para a redução da xerostomia e melhoria da taxa de saliva nas pessoas em programa de hemodiálise.
Cristóvão, A.	2016	Portugal	"Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crónicos em hemodiálise"	254	estudo descritivo e correlacional com análise de clusters	Identificar as medidas de autocuidado usadas na restrição hídrica e dietética e para avaliar a eficácia do autocuidado.
Crown, S., Vogel, J. & Hurlock-Chorostecki, C.	2017	Canadá	"Enhancing self-care management of interdialytic fluid weight gain in patients on hemodialysis: A pilot study using motivational interviewing"	18	Estudo piloto	Determinar se a abordagem centrada na pessoa com entrevista motivacional estimula a mudança comportamental, no sentido de reforçar o autocuidado na gestão de líquidos.

Quadro 2. Resultados relevantes para o estudo

Autores	Ano	Título do estudo	Resultados
Fan, W., Zhang, Q., Luo, L., Niu, J. & Gu, Y.	2013	"Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients"	Quanto mais sede e xerostomia têm as pessoas, maior o ganho ponderal interdialítico (GPI); Volume de urina residual negativamente correlacionado com sede (-0.402) e xerostomia (-0.403); Sede, xerostomia e GPI eram significativamente reduzidos por mascar pastilha elástica ou beber por uma palha.
Roosbeh, J., Hashempur, M. & Heydari, M.	2013	"Use of Herbal Remedies Among Patients Undergoing Hemodialysis"	O compromisso renal sujeita a pessoa em hemodiálise a riscos relacionados com produtos herbanários, pelo que não se aconselha; A sede é a segunda maior causa dos doentes recorrerem a estes produtos, além do seu efeito diurético.
Trask, M. <i>et al.</i>	2016	"The evaluation of an orientation program of self-care abilities for patients on hemodialysis"	Um programa centrado na capacitação para o autocuidado em pessoas em hemodiálise tem efeitos positivos; as categorias em que se verificaram mais mudanças positivas foram o autocontrolo do GPI e a diminuição da ingestão de líquidos.
Wileman, V. <i>et al.</i>	2016	"Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomized controlled trial"	Após a intervenção as pessoas em hemodiálise diminuíram significativamente o GPI ao longo dos 12 meses; Para tal, os participantes diminuíram a ingestão de líquidos, mas também o aporte de sal; Os autores definem a restrição hídrica como a ingestão de 500 ml de líquidos mais o volume correspondente à diurese residual.
Kara, B.	2016	"Determinants of thirst distress in patients on hemodialysis"	Indivíduos com mais sede e xerostomia apresentavam maior GPI; as estratégias mais utilizadas para restringir líquidos eram evitar os salgados (70.9 %), limitar o sal na comida (70.9 %), e espaçar a ingestão de líquidos ao longo de todo o dia (57.6 %).
Yu <i>et al.</i> , I.	2016	"Effects of mouthwash interventions on xerostomia and unstimulated whole saliva flow rate among hemodialysis patients: A randomized controlled study"	Os bochechos com água aparentam aumentar a produção de saliva; os bochechos com elixir aumentam a produção de saliva e aliviam consideravelmente a xerostomia, contrariamente à água.
Cristóvão, A.	2016	"Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crónicos em hemodiálise"	Organiza o autocuidado para gerir a restrição hídrica em duas dimensões: redução do consumo de sal e controlo da ingestão hídrica; evitar refeições muito condimentadas (-0.229), evitar expor-se ao sol (-0.153) e evitar o álcool (-0.132) tinham correlação negativa com o GPI; medidas para reduzir o sal como evitar usar sal à mesa (-0.138) e verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos (-0.141), eram as mais negativamente correlacionadas com o GPI; outras medidas para restringir líquidos eram: evitar alimentos com muita água, evitar doces, evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitido por dia, colocar a quantidade de líquido para todo o dia numa garrafa; controlar a glicemia; evitar consumir sopa; beber apenas às refeições; bochechar com água morna; beber só para tomar os comprimidos; controlar o peso em casa; chupar rebuçados e mascar pastilha elástica sem açúcar; chupar limão; ajustar a ingestão hídrica à diurese e registar a quantidade de líquido bebido durante o dia; medidas para reduzir o sal eram: evitar usar produtos instantâneos; evitar o molho de soja e picantes; evitar molhos e condimentos; evitar enlatados e enchidos, usar ervas aromáticas ao cozinhar; as medidas mais usadas para controlar a ingestão hídrica são restritivas, revelando grande esforço adaptativo dos pacientes.
Crown, S., Vogel, J. & Hurlock-Chorostecki, C.	2017	"Enhancing self-care management of intradialytic fluid weight gain in patients on hemodialysis: A pilot study using motivational interviewing"	A entrevista motivacional é uma ferramenta útil, mas que isoladamente não é suficiente para garantir que a pessoa faça uma correta gestão de líquidos e diminua o GPI; No final, tudo parece resumir-se à compreensão e decisão da pessoa em hemodiálise realizar uma restrição hídrica eficaz.

Cristóvão (2016) elencou as medidas de autocuidados mais usadas para gerir a restrição hídrica e a sua eficácia, em função do GPI e da eficácia dialítica. O autor dividiu essas medidas em dois grupos: as que visam reduzir o consumo de sal e as que visam controlar a ingestão hídrica. Para controlar a ingestão hídrica, o autor identifica medidas como: evitar comer refeições muito condimentadas; evitar expor-se ao sol; evitar o álcool; evitar comer alimentos com muita água; evitar comer doces; evitar

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

No que respeita às medidas para reduzir o sal, Cristóvão (2016) identificou como mais eficazes medidas como: evitar usar sal à mesa; verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos; evitar usar produtos instantâneos; evitar usar molho de soja na comida, ou comida asiática; evitar molhos e condimentos; evitar enlatados e enchidos, usar ervas aromáticas ao cozinhar.

Algumas pessoas sob hemodiálise recorrem a produtos herbanários na crença do alívio de queixas várias. A sede é a segunda maior causa de procura destes produtos (21%) pelos efeitos potencialmente diuréticos em indivíduos com diurese residual. Contudo, o compromisso da função renal torna a pessoa em hemodiálise suscetível a riscos relacionados com desequilíbrios hidro eletrolíticos, pelo que não se aconselha (Roozbeh & Hashempur, 2013).

Um último estudo deu conta de que a pessoa em hemodiálise pode beneficiar de uma entrevista motivacional para reforçar o autocuidado, nomeadamente na gestão de líquidos. No entanto, isoladamente esta ferramenta motivacional parece não ter a tradução esperada no GPI. De acordo com conclusões do autor, tudo parece resumir-se à compreensão e decisão da pessoa em hemodiálise realizar uma restrição hídrica eficaz (Crown *et al.*, 2017).

3.6. Conclusões do estudo

Esta revisão traz potenciais implicações para a Enfermagem, mostrando que as medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica passam pela diminuição da ingestão da quantidade de líquidos, diminuição do consumo de sódio e pela decisão da pessoa em aderir às medidas, gerindo eficazmente os líquidos. Ajuda a capacitar para gerir a restrição hídrica na pessoa em programa de hemodiálise, que é um desafio para o enfermeiro de nefrologia. Este estudo pode contribuir para que o enfermeiro consiga ajudar a pessoa a modificar estilos de vida, manter a volémia e prevenir complicações associadas a quadros de sobrecarga hídrica, dando mais um

passo no sentido de adequar a restrição hídrica às necessidades de hidratação da pessoa e à sua capacidade de eliminação.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o número reduzido de estudos conseguido para a sua realização, como também a metodologia propriamente dita. A revisão *scoping* tem o objetivo de abranger toda a literatura, inclusivamente a literatura cinzenta, deixando latente a possibilidade de reduzir o nível de evidência do estudo, o que se procurou que não acontecesse.

4. CONCLUSÃO

O relatório de estágio teve como finalidade última fazer prova do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Nefrológica, a que me propus.

Prestar cuidados à pessoa com doença renal crónica permanece um desafio, independentemente do estadio da doença. Porém, ao estadio terminal crescem as vicissitudes das terapêuticas substitutivas da função renal e de todo o regime terapêutico ao qual está sujeita a pessoa. Assim sendo, a pessoa com DRCT está sujeita ao fardo da doença, à pressão do tratamento e das restrições inerentes, como a restrição hídrica. A restrição hídrica, por si só, representa uma necessidade e um sofrimento adicional. É certo que é uma necessidade associada ao compromisso da necessidade de eliminação, nomeadamente de líquidos, mas de igual modo um sofrimento manifesto que se reflete nas taxas de não adesão a estas medidas. Em matéria de restrição hídrica o autocuidado no indivíduo deverá permitir a manutenção de estados de euvolemia e a prevenção de complicações futuras, inerentes a quadro prolongados de sobrecarga hídrica.

Enquanto futuro Enfermeiro especialista tornou-se, para mim, clara a necessidade de intervenção no sentido de ajustar comportamentos e modificar estilos de vida, ajudando a pessoa a adequar as necessidades hídricas à capacidade residual de eliminação renal, mercê do défice para o autocuidado evidenciado.

A redação deste relatório verificou-se particularmente exigente, quer pela complexidade do trabalho, quer pelas condições inerentes ao contexto de trabalhador-estudante nas quais foi realizado. Contudo, ao longo deste percurso foi possível contar com a disponibilidade e paciência dos Docentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Caswell Pace, R. (2007). Fluid management in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 557–560. Disponível em: <http://www.annanurse.org/download/reference/journal/JA2003/30468469.pdf>

Cristóvão, A. (2016). Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(6):1154-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680622i>

Crown, S., Vogel, J. A. & Hurlock-Chorostecki, C. (2017). Enhancing Self-Care Management of Interdialytic Fluid Weight Gain in Patients on Hemodialysis: A Pilot Study Using Motivational Interviewing. *Nephrology Nursing Journal*, 44(1), 49–56. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=121353762&site=ehost-live>

Dowell, S., and Welsh, J. (2006). Use of Electronic Self-Monitoring for Food and Fluid Intake: A Pilot Study. Continuing Education. *Nephrology Nursing Journal*. 33 (3), 271-278. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=59ae16ee-e875-4584-ba09-b02e79ee76e4%40sessionmgr120>

EDTNA/ERCA. (2007). Competency Framework. Education Board of EDTNA/ERCA and ENRCA.

EDQM. (2016). *Guide to the quality and safety of Organs for Transplantation*. European Directorate of the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), 6ª Edição. Council of Europe. Disponível em: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Tekstovi%20razni/ORGAN%20GUIDE%206th%20Edition.pdf>

Fan, W., Zhang, Q., Luo, L., Niu, J., and Gu, Y. (2013). Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients. *Kidney & Blood Pressure Research*. 37 (4-5), 464-74. MEDLINE. DOI: [10.1159/000355717](https://doi.org/10.1159/000355717)

Hauch, A., Ory, B. & Paramesh, A. (2014). Atypical Mycobacterial Infections of Peritoneal Dialysis Catheter Exit Sites - A Louisiana Issue. *Journal of the Louisiana State Medical Society*. 166, 213-216. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=7a442b5e-4c80-4cfe-a0f5-c76d40aa2f88%40sessionmgr4010>

Hellebrand, A., Allen, D. & Hoffman, M. (2018). Hemodialysis in American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp. 153-205). 3rd Edition.

Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 - Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute Subjects. Disponível em: www.joannabriggs.org

Kara, B. (2016). Determinants of thirst distress in patients on hemodialysis. *International Urology & Nephrology*. 48, 1525–1532. DOI10.1007/s11255-016-1327-7

KDIGO, (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 4–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>

Kelman, E., & Watson, D., (2018). Peritoneal Dialysis in American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp.209-267). 3rd Edition.

Lo, M., Mak, S., Wong, Y., Lo, K., Chan, S., Tong, G., ... Wong, A. (2013). Atypical mycobacterial exit-site infection and peritonitis in peritoneal dialysis patients on prophylactic exit-site gentamicin cream. *Peritoneal Dialysis International*. 33, 267–272. Doi: 10.3747/pdi.2011.00184

Macário F., Filipe, R., Carvalho, M., Galvão, A., Lopes, J., Amoedo, M. e Silva, G. (2018, março). Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Vila Moura-Algarve. pdf.

Mahaffey, L. (2018). Kidney Disease *in* American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp.79-100). 3rd Edition.

National Kidney Foundation (2006). K/DOQI 2006 Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations. *National Kidney Foundation. K/DOQI Disclaimer*.

Disponível em:

https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/12-50-0210_jag_dcp_guidelines_hd_oct06_sectiona_ofc.pdf

Norma nº 017/2011 de 28/09/2011, (Atualizado a 14/06/2012) (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Direção-Geral de Saúde. 1–35.

Ordem dos Enfermeiros, (2016) Guia Orientador de Boa Prática - *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Hemodialise_GuiaOrientador.aspx.

Ordem dos Médicos (2017). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos. Edição de 2017. Disponível em:

http://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing - Concepts of Practice*. 5ª Edição. Mosby.

O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's Theory of Self-Care to the Elderly Patient on Peritoneal Dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 41(5), 495-497.

Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=8f6c286a-c1f5-483d-a00f->

[7579dc060743%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103907592&db=ccm.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/303313)

Payton, J. e Kennedy, S. (2018). Peritoneal Dialysis Access *in* American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp.363-375). 3rd Edition.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – conceito central em Enfermagem*. 1ª Edição. Formasau.

Polaschek N. (2003) The Experience of Living on Dialysis - A Literature Review.pdf. *Nephrology Nursing Journal*. 30(3), 303-313.

Pryor, L., and Brouwer-Maier, D. (2018). Dialysis Access – Central Venous Catheter. *in* American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp. 349-362). 3rd Edition.

Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. 4744-4750. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Roosbeh, J., & Hashempur, M. H. (2013). Use of Herbal Remedies Among Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 7(6), 492–496.

Romyn, A., Rush, K., & Hole, R. (2015). Vascular access transition: Experiences of patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 42(5), 445-453. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=8f6c286a-c1f5-483da00f7579dc060743%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=110737889&db=ccm>

Sánchez-Tomero, J., e García, A., (2005). Avaliação funcional da membrana peritoneal. *in Manual prático de diálise peritoneal*. Fresenius medical care Portugal. 2006 Revisfarma

Siu, Y., Leung, K., Tong, M. & Lee, M. (2005). Mycobacterium chelonae exit site infection in a patient on peritoneal dialysis. Case Report. *Clinical Nephrology*, 63 (4), 321-324. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=5140a1bb-584e-4bbd-bd36-13fbb356dc43%40pdc-v-sessmgr05>

Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista portuguesa de saúde pública*. 30(1), 11-17. **Doi:** 10.1016/j.rpsp.2011.11.001

Thomas, Nicola (2005) – *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Tovazzi, M. E., & Mazzoni, V. (2012). Personal paths of fluid restriction in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 39(3), 207–215. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866360>

Trask, M.-A., Rozon, C., Puyat, J. H., Costantini, L., Mackay, M., Ocampo, L. L., & Marchuk, S. (2016). The Evaluation of an Orientation Program of Self-Care Abilities for Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 43(6), 501–510,534. Disponível em: https://search.proquest.com/docview/1850351838?accountid=11862%0Ahttp://openurl.ac.uk/ukfed:kcl.ac.uk?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Abritishnursingindex&atitle=The+Evaluation+of+an+Orientation+Pr

Wileman, V., Chilcot, J., Armitage, C. J., & Farrington, K. (2016). Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial. *Psychology and Health*. 31(1), 100–114. **Doi:** 10.1080/08870446.2015.1073729

Yee, A., Wang, M., Brimble, K. S., Brunier, G., Holt, S. G., Jha, V., ... Mehrotra, R. (2015). ISPD cardiovascular and metabolic guidelines in adult dialysis patients. *ISPD guidelines/recommendations*. 35, 379–387. **Doi:** 10.3747/pdi.2014.00279

Yu, I., Tsai, Y., Fang, J., Yeh, M., & Fang, J. (2016). Effects of mouthwash interventions on xerostomia and unstimulated whole saliva flow rate among hemodialysis patients: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*. 63, 9–17. **Doi:** 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.009

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Cronograma de Estágio

Local de Estágio	Ano	2018												Férias de Natal
	Mês	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro		
	Dias	24-28	1-5	8-12	15-19	22-16	29-2	5-9	12-16	19-23	26-30	3-7	10-15	

Local de Estágio	Ano	2019					
	Mês	Janeiro					Fevereiro
	Dias	2-4	7-11	14-18	21-25	28-1	4-8

- Internamento de nefrologia
- Diálise Peritoneal
- Hemodiálise
- Diálise Peritoneal

APÊNDICE II – PLANEAMENTO DA SESSÃO FORMATIVA

PLANO DE SESSÃO

Curso: 9º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Nefrológica

Unidade curricular: Estágio com Relatório

Tema: Restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica terminal (DRCT) em programa de hemodiálise (HD)

Objetivo geral	Objetivos específicos	Método	Público alvo	Duração da sessão
_ Promover um momento de partilha e reflexão relativo ao tema da “Restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise”	<ul style="list-style-type: none">_ Discutir a situação clínica de uma pessoa internada com DRCT em HD;_ Relembrar conceitos específicos da DRCT, relativamente ao compromisso da eliminação de fluídos, sobrecarga hídrica, sede e restrição hídrica;_ Abordar medidas de autocuidado terapêutico para à restrição hídrica na DRCT em HD	Expositivo (sem recurso a meios audiovisuais)	Enfermeiros do serviço de internamento de nefrologia	30 minutos

**APÊNDICE III – FORMAÇÃO SUBORDINADA AO TEMA
“RESTRIÇÃO HÍDRICA NA PESSOA COM DRCT EM PROGRAMA DE
HD”**

16 de outubro de 2018

Caros Colegas,

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Enfermagem Nefrológica, cumpro-me desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Assim, e de forma sucinta, serve o presente texto para dar corpo à prossecução desse objetivo, no que diz respeito às competências comuns do domínio das aprendizagens profissionais, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que passam inevitavelmente por uma prática clínica baseada em fortes conhecimentos científicos (OE, 2010). Por seu lado, a European Dialysis and Transplantation Nurses (EDTNA) definiu competências específicas para o Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Nefrologia, em contexto de internamento, ao encontro das quais esta redação pretende caminhar.

O caso clínico que discuto procura contribuir para o trabalho que a equipa de enfermagem realiza com a pessoa com doença renal crónica terminal (DRCT), fomentando o trabalho em equipa no sentido de avaliar e monitorizar a pessoa com DRCT, capacitando-a para a compreensão da doença e seu tratamento e, ajudando-a nas restrições necessárias e adesão ao regime terapêutico (EDTNA, 2007).

A situação clínica que abordo é conhecida de toda a equipa. A Senhora. D, mulher melanodérmica de 42 anos, evacuada por doença de um país do continente Africano, encontra-se internada por diagnóstico médico de lesão renal aguda e anemia, há 39 dias. Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial (HTA), diagnosticada desde 2011, com retinopatia hipertensiva, Gesta 3 Para 3, tendo sido diagnosticada a HTA na última gravidez, e Malária. Existe ainda a suspeita de uma nefropatia hipertensiva, o que remete para uma possível doença renal crónica prévia por diagnosticar.

No internamento, D apresenta humor deprimido, estando pouco comunicativa. Existe, latente, a barreira linguística e cultural aquando da comunicação entre profissionais de saúde e D. Este facto tem levado a equipa a precisar de manter uma comunicação mais aberta, menos técnica, na esperança de garantir a compreensão daquilo que se lhe pretende transmitir.

Após a admissão no serviço de nefrologia recebeu indicação para iniciar hemodiálise de urgência, e presentemente está em programa regular de hemodiálise (HD). Tem como acesso vascular (AV) um cateter de hemodiálise de longa duração na veia jugular interna direita.

Por episódios esporádicos de febre, sem foco identificável no momento, encontra-se sob antibioterapia, vancomicina 1 gr por via endovenosa, pós-hemodiálise.

A principal, senão única, queixa manifestada por D. é a sede. Refere querer beber água e ter uma sede incontrollável, estando indicado no seu caso a ingesta máxima de 500 ml de água nas 48 horas. O objetivo desta restrição severa é resolver o problema da sobrecarga hídrica, procurando garantir menor ganho ponderal interdialítico (GPI), uma vez que apresenta edemas da face e membros inferiores, HTA, abdómen ascítico, GPI constantemente elevado, apesar de eupneica, sem necessidade de aporte de oxigênio.

Uma das características da doença renal crônica terminal, especificamente em hemodiálise, é o compromisso da eliminação. A pessoa vê diminuída a sua capacidade de eliminar líquidos através da urina, conduzindo frequentemente à sobrecarga de fluídos. Limitar a ingesta de líquidos é apenas uma das muitas restrições às quais se devem sujeitar estas pessoas, dependendo disso, em parte, o sucesso da hemodiálise.

Uma restrição hídrica eficaz deverá passar pela adequação às necessidades hídricas da pessoa e à sua eliminação (Crown, Vogel & Hurlock-Chorostecki, 2017). Para tal, o Enfermeiro de nefrologia deverá ter em consideração fatores importantes como a diurese residual, as perdas insensíveis e perdas extra renais que ocorram (vômitos, diarreia, secreções nasogástricas). Uma correta gestão de fluídos deve também ter em consideração a restrição de sódio na dieta, dado o seu papel na osmolaridade (Caswell Pace, 2007).

Está bem documentada a dificuldade que pessoas com DRCT em programa regular de HD têm em cumprir a restrição hídrica. A maior dificuldade apontada, para justificar a não adesão, é a sede. Estima-se que a não-adesão à restrição hídrica varie entre 41% a 93% dos doentes em HD (Betts & Cotty, 1988; Cummings, Becker, Kirscht, & Levin, 1982; Welch, 2001; Welch, Perkins, Evans, & Bajpai, 2003, citados por Dowell & Welch, 2006).

Para compreender a importância das medidas de autocuidado para restrição hídrica, convém antes de mais conhecer alguns dos fatores que dificultam a adesão a essas medidas. Como já referido, grande parte desta população refere queixas como

sede, xerostomia e/ou redução espontânea da saliva. Para tal, contribuem fatores como a ingestão de sódio, a depleção de potássio, o aumento sérico da ureia, o aumento da glicémia, os níveis elevados de Angiotensina, e fatores psicológicos (Fan et al., 2013).

O ganho ponderal interdialítico exagerado encontra-se associado à não adesão à restrição hídrica, conduzindo a longo prazo a co morbilidades e aumento da mortalidade destes doentes (Caswell Pace, 2007), pela deterioração do sistema cardiovascular, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, edema agudo do pulmão, entre outras complicações (Dowell & Welch, 2006).

O papel do Enfermeiro de nefrologia passa pela educação para a saúde e capacitação para o autocuidado da restrição hídrica na pessoa em programa regular de HD, no sentido de ajudar a pessoa a modificar estilos de vida, manter estados de euvolemia e prevenir co morbilidades associadas (Tovazzi & Mazzoni, 2012), adequando as suas necessidades hídricas à capacidade de eliminação (Crown et al., 2017).

De acordo com a Teoria Geral do Défice de Autocuidado, se pretendemos capacitar um indivíduo, como D., para o autocuidado na restrição hídrica, é importante compreender antes de mais a restrição hídrica como uma função humana regulatória, deliberada e aprendida, desempenhada pelo próprio com vista à manutenção do funcionamento físico e psíquico. No caso de D., encontramos-nos na presença de um défice de autocuidado na medida em que a necessidade de autocuidado supera a capacidade do indivíduo de o prestar, nomeadamente pela limitação do conhecimento relativa ao assunto. É, portanto, fundamental compreender, no âmbito desta teoria, o sistema de Enfermagem que se pretende implementar. Na situação de D., no que ao autocuidado de restrição hídrica diz respeito, há que aplicar o sistema de apoio – educação, em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado, precisando do Enfermeiro apenas para orientação, apoio e instrução para a prática do autocuidado (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

O Enfermeiro de nefrologia deve então, conhecer as medidas de autocuidado para a restrição hídrica na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, selecionando as medidas mais adequadas às características da pessoa, orientando, instruindo e capacitando-a para que se torne num agente de autocuidado.

É chegada a altura de elencar as medidas de autocuidado para restrição hídrica ao alcance da pessoa com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise. Considerando que o serviço em questão dispõe de trabalhos acerca do tema da

restrição hídrica, já com informação bastante detalhada, procuro apenas lembrar alguns princípios e estratégias.

Diferentes autores apresentam recomendações distintas relativamente ao volume de água que a pessoa pode ingerir nas 24 horas. Kopple and Massry (2004), citados por Caswell Pace (2007), afirmam que a ingesta de água pode ir até 600 ml mais a diurese residual da pessoa com DRCT. Por outro lado, Bodin & Ray (2018) sugerem que a ingesta pode ir até 1000ml, mais diurese residual.

Apesar de ser relativamente clara a relação entre a não adesão à restrição hídrica e o ganho ponderal interdialítico, nem sempre o é a associação entre gestão de fluídos e restrição de sódio. Não é possível uma gestão de fluídos eficaz, no que à restrição hídrica diz respeito, sem uma restrição de sódio. Neste aspeto, os autores estão de acordo na ingesta de sódio limitada a 2gr/dia (Caswell Pace, 2007 e Bodin & Ray, 2018).

A restrição hídrica poderá assim passar por estratégias diretamente relacionadas com a ingesta hídrica ou por estratégias que procuram evitar a sede. As estratégias que pretendem evitar a sede são, por exemplo, a redução da exposição solar; a evicção de comidas muito condimentadas; a evicção de doces; o controle da glicémia capilar; mastigar pastilha elástica ou chupar rebuçados (sem açúcar) e, o reforço da higiene oral. As estratégias diretamente relacionadas com a ingesta hídrica passam pela evicção de alimentos com muita água, evicção de bebidas alcoólicas, a restrição do consumo de sopa, o uso de copos mais pequenos, beber só para tomar medicação, beber líquidos frios/gelados, apenas às refeições, fazer bochechos com água morna sem engolir e colocar a quantidade permitida de água por dia numa só garrafa. A pessoa pode ainda, controlar o peso (sem ser na sala de hemodiálise) e registar o volume de líquidos ingerido no dia, ajustando-o à diurese.

Por seu lado, a restrição de sódio poderá eventualmente passar por medidas como o não uso de produtos instantâneos, molhos ou preparados; a evicção de enchidos, salgados e conservas; o não uso de sal à mesa, procurando diminuir o sal aquando da confeção, substituindo-o por ervas aromáticas; preferir produtos sem sal ou com pouco sal, escolhendo-os mediante a leitura dos rótulos alimentares (Caswell Pace, 2007; Bodin & Ray, 2018; ¹ ESEL, 2018).

¹ (UNIDADE CURRICULAR DE Adaptação à doença renal crónica (Autocuidado na gestão do regime alimentar: a perspetiva do doente renal crónico em Hemodiálise). Prof. Filipe Cristóvão. ESEL, 2018)

Em síntese, o cliente com DRCT enfrenta o risco de excesso e volume de líquidos, impondo a necessidade de controlo da restrição hídrica e até da dieta; esta exigência implica um esforço e conhecimento que muitos clientes não são capazes de garantir, revelando défice de autocuidado em relação a desvio de saúde e necessitando do apoio e orientação prestados por enfermeiros competentes e experientes.

Entre as medidas que precisam ser ajustadas às características de cada cliente, figuram medidas para reduzir a sede e medidas para controlar a ingesta hídrica. Este documento sugere algumas dessas medidas.

Mickaël Lourenço

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bodin, S. & Ray, T., (2018). Alterations in fluid, electrolyte and acid-base balance in American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp. 465-477). 3rd Edition.

Caswell Pace, R. (2007). Fluid management in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 557–560. Disponível em: <http://www.annanurse.org/download/reference/journal/JA2003/30468469.pdf>

Crown, S., Vogel, J. A. & Hurlock-Chorostecki, C. (2017). Enhancing Self-Care Management of Interdialytic Fluid Weight Gain in Patients on Hemodialysis: A Pilot Study Using Motivational Interviewing. *Nephrology Nursing Journal*. 44(1), 49–56. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=121353762&site=ehost-live>

Dowell, S., and Welsh, J. (2006). Use of Electronic Self-Monitoring for Food and Fluid Intake: A Pilot Study. Continuing Education. *Nephrology Nursing Journal*. 33 (3), 271-278. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=59ae16ee-e875-4584-ba09-b02e79ee76e4%40sessionmgr120>

EDTNA/ERCA. (2007). Competency Framework. Education Board of EDTNA/ERCA and ENRCA

Fan, W.-F., Zhang, Q., Luo, L.-H., Niu, J.-Y., & Gu, Y. (2013). Study on the Clinical Significance and Related Factors of Thirst and Xerostomia in Maintenance Hemodialysis Patients. *Kidney and Blood Pressure Research*. 37(4–5), 464–474. **Doi:**10.1159/000355717

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem Dos Enfermeiros, 1–10. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/R regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing - Concepts of Practice*. 5ª edição. Mosby.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – conceito central em Enfermagem*. 1ª Edição. Formasau.

Tovazzi, M. E., & Mazzoni, V. (2012). Personal paths of fluid restriction in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 39(3), 207–215. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866360>

**APÊNDICE IV – FOLHETO “GESTÃO DE LÍQUIDOS NA PESSOA
COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE PERITONEAL”**

Referências Bibliográficas

Cristóvão, A. (2016). *Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise* (Tese de Doutoramento). Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Instituto de ciências da saúde.

Kelman, E., & Watson, D., (2018). Peritoneal Dialysis in *American Nephrology Nurses Association. Contemporary Nephrology Nursing*. (pág. 209-267). 3rd Edition.

Macário et al., 2017. (2017). Relatório SPN DRC 2018.pdf.

Nanovic, L., (2005). Electrolytes and Fluid Management in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. Invited Review. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. (págs 192-201). Retrieved from

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=odd6d1d3-4f99-4c30-81b8-941c398a6fbc%40ses-sionmgr4010&bdata=lmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=106328850&db=cem>

Schreiber, M. (2016). Peritoneal Dialysis : Understanding , Educating , and Adhering to Standards. *Med-surg Nursing*. 25(4) (pág 270-274). Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=odd6d1d3-4f99-4c30-81b8-941c398a6fbc%40ses-sionmgr4010&bdata=lmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=117499586&db=cem>

Yee, A., Wang, M., Brimble, K. S., Brunier, G., Holt, S. G., Jha, V., ... Mehrotra, R. (2015). ISPD Guidelines/Recommendations ISPD Cardiovascular and Metabolic Guidelines in Adult Peritoneal Dialysis patients. 35, 379–387. <https://doi.org/10.3747/pdi.2014.00279>

Elaborado por:

Mickael Lourenço, n.º 8397
9º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – Vertente Nefrológica

Unidade de Diálise Peritoneal

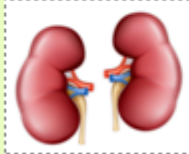
GESTÃO DE LÍQUIDOS NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE PERITONEAL



Novembro 2018

A doença renal e os líquidos

O rim é um órgão complexo que tem a função de regular, entre outros, a quantidade de solutos no sangue e a eliminação do excesso de líquidos. A doença renal crónica compromete todas estas funções.



O corpo é constituído por 60% de água. Para regular o equilíbrio de fluidos, a pessoa com doença renal crónica precisa de terapêutica substitutiva da função renal – no seu caso a diálise peritoneal (Nanovic, 2006).

Dada dificuldade de atingir esse equilíbrio, grande parte das pessoas com doença renal crónica pode sofrer de excesso de líquidos (Kelman & Watson, 2018), habitualmente designada como retenção de líquidos. Esse líquido não é mais do que sobrecarga de água.



O risco do excesso de líquidos

A sobrecarga de líquidos, na doença renal crónica, está associada a maior risco cardiovascular, com o surgimento, ou agravamento, de hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias ou doenças arteriais cerebrais (ISPD, 2015).

Entre 2014 e 2017, verificou-se que a principal causa de morte de pessoas com doença renal crónica em diálise peritoneal eram as doenças cardiovasculares (43,2%), (Macário et al., 2017).

Como pode gerir os líquidos

No sentido de diminuir o risco cardiovascular, torna-se assim fundamental, que faça uma gestão eficaz de líquidos (ISPD, 2015).

Está indicado, no caso de urinar, que a quantidade máxima de água a ingerir perfaça um total de 500 a 700ml mais o volume de urina das 24horas (Schreiber, 2016). Algumas pessoas não urinam – são anúricas – pelo que apenas podem ingerir 500-700ml de água por dia.

Além disso, para evitar a retenção de líquidos, é necessário diminuir a quantidade de sal que ingere diariamente (Nanovic, 2005).

Medidas para gerir os líquidos

Medidas para evitar a sede:

- Reduzir a exposição solar;
- Evitar comidas muito condimentadas;
- Evitar doces;
- Controlar a glicémia capilar;
- Mastigar pastilha elástica ou chupar rebuçados (sem açúcar);
- Reforçar higiene oral

Medidas para diminuir a água que bebe:

- Evitar alimentos com muita água;
- Evitar bebidas alcoólicas,
- Usar copos mais pequenos;
- Beber só para tomar medicação;
- Beber líquidos frios/gelados;
- Fazer bochechos com água morna sem engolir;
- Colocar a quantidade permitida de água por dia numa só garrafa;
- Controlar o peso;
- Registrar o volume de líquidos ingerido no dia;
- Registrar o volume de urina nas 24h.

Medidas para reduzir o sal:

- Não usar produtos instantâneos, molhos ou preparados;
- Evitar enchidos, salgados e conservas;
- Não usar sal à mesa, procurando diminuir o sal aquando da confeção;
- Substituir o sal por ervas aromáticas;
- Preferir produtos sem sal ou com pouco sal, escolhendo-os mediante a leitura dos rótulos alimentares. (Cristóvão, 2016)



**APÊNDICE V – REFLEXÃO CRÍTICA “GESTÃO DE LÍQUIDOS NA
PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE
PERITONEAL”**

INTRODUÇÃO

O presente texto surge no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Enfermagem Nefrológica, mais concretamente no estágio em diálise peritoneal.

Com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, foi-me sugerida a redação de uma reflexão crítica subordinada ao tema “Gestão de Líquidos na pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal”. Serve o presente para dar corpo à prossecução desse objetivo.

Nas próximas páginas, numa lógica mais descritiva, procurarei discutir a principal causa de morte de pessoas em diálise peritoneal – as doenças cardiovasculares – relacionando a problemática com a sobrecarga hídrica e a ineficaz gestão de líquidos, não podendo deixar de formular uma questão. Posteriormente, na fase da análise, serão discutidos conceitos incontornáveis à compreensão desta problemática como a doença renal crónica, a diálise peritoneal e o autocuidado na gestão do regime terapêutico. Por fim, tecerei algumas considerações pessoais, em que procurarei deixar clara a minha posição pessoal face à situação e onde serão reagrupadas as principais ilações do texto, na esperança de conseguir dar algum contributo pessoal.

1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A principal causa de morte de pessoas com doença renal crónica em diálise peritoneal entre 2014 e 2017 foram as doenças cardiovasculares (Macário et al., 2018). Sabe-se atualmente que 43,2% desta população de doentes morre de patologia do foro cardiovascular que a *International society of peritoneal dialysis* (ISPD) relaciona com sobrecarga hídrica. Aparentemente, o eventual surgimento ou agravamento de hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias ou doenças arteriais cerebrais está associado a quadros de sobrecarga de líquidos (ISPD, 2015).

Se a capacidade de eliminação de líquidos está comprometida, diminuída ou impossibilitada, por via renal, a pessoa fica condicionada pela necessidade de uma terapêutica substitutiva da função renal que permita restaurar o equilíbrio hídrico. Contudo, nem a regulação de fluidos depende exclusivamente da técnica que substitua a função renal (independentemente da técnica usada), nem o regime terapêutico, ao qual a pessoa está sujeita, se esgota na técnica depurativa. Assim, não é possível uma eficaz gestão de líquidos sem adesão da pessoa a esse regime terapêutico.

O conceito de adesão parece trazer consigo anexada a noção de autocuidado. Conhecer as medidas de autocuidado para a restrição hídrica ou para a realização de uma eficaz gestão de líquidos é um desafio para a pessoa como para o Enfermeiro de nefrologia. Apesar dos esforços realizados nos programas de treino para capacitar a pessoa para a gestão dos aspetos da sua doença, como a gestão de líquidos, os dados estatísticos anteriormente apresentados continuam a demonstrar que o problema persiste.

Impõe-se o levantamento de uma questão, partindo das seguintes premissas:

- os programas de treino procuram capacitar a pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal para aspetos como a gestão de líquidos;
- apesar disso, grande parte destas pessoas apresentam quadros de sobrecarga hídrica mantida;
- a sobrecarga leva ao surgimento, ou agravamento de doenças cardiovasculares;
- as doenças cardiovasculares traduzem-se na maior causa de morte desta população.

A questão que levanto é: “Que aspetos do treino da pessoa em diálise peritoneal devem ser tidos em conta para que esta faça uma eficaz gestão de líquidos?” Esta questão servirá de base à restante reflexão, tendo esperança de que no final me permita emitir algumas sugestões, caminhando no sentido de um dia lhe responder objetivamente.

2. ANÁLISE À LUZ DA LITERATURA

Os próximos parágrafos pretendem analisar e clarificar os conceitos chave do capítulo anterior. Procurando facilitar a leitura, em antecipação às linhas seguintes, pretendo descrever conceitos como a doença renal crónica, a diálise peritoneal, o autocuidado, a gestão de líquidos, analisando a relação entre estes elementos.

Se queremos discutir questões relativas à “Gestão de líquidos na pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal” importa ter em consideração a doença renal crónica como fenómeno central. De acordo com a Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) a doença renal crónica caracteriza-se pela deficiente estrutura ou função do rim, por um período superior a três meses, com implicações para a saúde do indivíduo (KDIGO, 2013). A classificação desta patologia pode ser feita tendo em conta a sua etiologia, a taxa de filtração glomerular e/ou a albuminúria. A classificação é feita mediante estadios, compreendidos entre 1 e 5, sendo o último estadio também chamado *terminal*. A doença renal crónica condiciona a eliminação de solutos e líquidos, entre outras funções, e requer, para manutenção da vida, início de uma terapêutica substitutiva da função renal.

No caso particular da diálise peritoneal, que se apresenta como o contexto desta reflexão, o filtro utilizado para a depuração de toxinas e eliminação do excesso de líquidos é o peritoneu. A técnica realiza-se mediante a introdução de uma solução dialisante adequada no espaço peritoneal, através de um cateter de Tenckhoff, sendo posteriormente recolhido com as substâncias nocivas (Direção-Geral de Saúde, 2012). A remoção de líquidos acontece por osmose, pela presença de um agente osmótico na solução dialisante, habitualmente a glicose, tornando possível a ultrafiltração.

Uma parte considerável das pessoas em diálise peritoneal tem função renal residual. Alguns indivíduos são anúricos, outros apresentam diurese residual. Estas diferenças individuais ditam que o regime terapêutico seja adaptado à pessoa. Porém,

nem sempre a diurese residual, ou a ultrafiltração conseguida são suficientes para regular o equilíbrio hídrico no organismo. O conceito de gestão de líquidos advém precisamente desta vicissitude. Ter a capacidade de gerir este aspeto da doença é algo que tentarei explicar à luz da Teoria Geral do Défice de Autocuidado.

A gestão de líquidos deve ser entendida como uma função humana regulatória, deliberada e aprendida – o autocuidado. O autocuidado é uma ação desempenhada pelo próprio, para o próprio, com vista à manutenção do seu funcionamento. A pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal apresenta, inicialmente, défice de autocuidado. Este défice verifica-se quando a necessidade de autocuidado supera a capacidade do indivíduo de o prestar, quer por limitação do conhecimento relativo ao assunto, quer por outras condicionantes.

Esclarecidos acerca do conceito autocuidado e da presença de um défice, resta-nos considerar o terceiro ramo da Teoria geral, a Teoria dos sistemas de Enfermagem que procura nortear a intervenção do Enfermeiro tendo em conta a capacidade da pessoa para o autocuidado. Assim, três sistemas constituem a Teoria dos sistemas de Enfermagem: o Sistema totalmente compensatório, o Sistema parcialmente compensatório e o Sistema de apoio – educação. A indicação para o sistema totalmente compensatório é quando se verifica que o indivíduo é incapaz de autocuidado; o Sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa se envolve no autocuidado, mas necessita da intervenção do Enfermeiro em cuidados que envolvam tarefas de manipulação ou deambulação; o Sistema de apoio – educação, em que a pessoa tem capacidade para o autocuidado, precisando do Enfermeiro apenas para orientação, apoio e instrução para a prática do autocuidado (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

É possível que algumas pessoas em diálise peritoneal que apresentem défice de autocuidado se verifiquem incapazes de participar no autocuidado. Contudo, habitualmente esta técnica, nestes indivíduos, faz-se com recurso a um cuidador familiar ou informal. Por essa razão, apesar de algumas pessoas não conseguirem envolver-se totalmente no autocuidado, naquilo que à gestão de líquidos diz respeito, o sistema de Enfermagem aplicado, para colmatar esse défice de autocuidado, é o sistema de apoio – educação.

Para tal, compete ao Enfermeiro personalizar e adaptar as intervenções à pessoa que tem à sua frente. Mais do que procurar administrar informação, o Enfermeiro deve procurar despertar o interesse da pessoa para a compreensão da necessidade

de gestão de líquidos e garantir a compreensão da informação. Não são poucas as vezes em que nos focamos no que queremos transmitir ou ensinar e pouco no aprendente ou no modo pelo qual o outro aprende.

Zabala e Arnau (2010), teorizaram acerca dos dez princípios psicopedagógicos da aprendizagem significativa. Quem ensina deve ter em consideração esquemas de conhecimentos e conhecimentos prévios, garantir vínculo entre os conhecimentos anteriores e os novos conteúdos e, ter a percepção do nível de desenvolvimento da pessoa em relação ao tipo de informação. Há que ter em consideração a questão da zona de desenvolvimento proximal, que dita a “distância” entre os conhecimentos que o indivíduo já adquiriu e aqueles que o Enfermeiro pretende que este atinja. Não se pode negligenciar a disposição da pessoa para a aprendizagem e a relevância e funcionalidade que aqueles conteúdos têm ou podem representar para o outro. O conflito cognitivo que se forma entre conteúdo novo e prévio pode ser potenciador de ansiedade, mas pode também facilitar a aprendizagem em todo o seu significado. É fundamental procurar manter no outro uma atitude favorável e motivação, fomentando autoestima, melhorando o autoconceito e indo ao encontro das suas expectativas. Por último, e mais difícil, os autores acrescentam como processo facilitador a reflexão sobre a metacognição. Isto é, se a pessoa começar a ter consciência da forma como constrói o conhecimento e aprende, esse autoconhecimento pode ser facilitador da aprendizagem.

O Enfermeiro deve então, conhecer as medidas de autocuidado para a gestão de líquidos na pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal, capacitando a pessoa para que esta se torne num agente de autocuidado diminuindo assim o risco cardiovascular, mediante uma gestão eficaz de líquidos.

A gestão de líquidos passa por restrições hídricas, ajustes na ingesta de água em função do tratamento e diurese residual, e também restrições de sódio (Nanovic, 2005). Relativamente à ingesta de água, está indicado que a quantidade máxima permitida perfaça um total de 500 a 700ml mais a diurese (Schreiber, 2016). Em pessoas anúricas a ingesta não deve ultrapassar os 500-700ml de água por dia. É importante referir que a ingesta de água diária pode e deve ser ajustada em função da ultrafiltração conseguida nas 24 horas.

Não posso deixar de referir algumas das medidas de autocuidado eficazes na gestão de líquidos em pessoas com doença renal crónica em diálise peritoneal, sendo estas um dos grandes focos desta reflexão. Deste modo, apresentá-las-ei em três grupos: as medidas que visam evitar a sede, as medidas que visam diminuir a ingesta de água e as medidas que visam reduzir o sódio. No que diz respeito às medidas que visam evitar a sede, podem referir-se estratégias como a redução da exposição solar, a evicção de comidas muito condimentadas, evicção de doces, o controle da glicémia capilar, mastigar pastilha elástica ou chupar rebuçados (sem açúcar) e, o reforço da higiene oral. Relativamente às medidas que visam diminuir a ingesta de água encontraram-se estratégias como a evicção de alimentos com muita água, a evicção de bebidas alcoólicas, o uso de copos mais pequenos, beber só para tomar medicação, beber líquidos frios/gelados, fazer bochechos com água morna, beber líquidos mornos, colocar a quantidade permitida de água por dia numa só garrafa, controlar o peso, registar o volume de líquidos ingerido no dia e, registar o volume de urina nas 24h. Por último, quanto às medidas que visam reduzir o sódio recomenda-se não usar produtos instantâneos, molhos ou preparados, evitar enchidos, salgados e conservas, não usar sal à mesa, procurando diminuir o sal aquando da confeção, substituir o sal por ervas aromáticas e preferir produtos sem sal ou com pouco sal, escolhendo-os mediante a leitura dos rótulos alimentares (Cristóvão, 2016).

É fundamental a compreensão da doença renal crónica, na medida em que o compromisso da eliminação de líquidos é um problema. Ter conhecimento e dominar uma técnica como a diálise peritoneal é indispensável para dar resposta ao problema suscitado pela doença. Dispomos, na atualidade, de teorias de Enfermagem sustentadas e de medidas de autocuidado estudadas e comprovadamente eficazes. No entanto, e a despeito do programa de treino e do acompanhamento à pessoa em diálise peritoneal, o problema das doenças cardiovasculares associadas a questões de sobrecarga hídrica mantém-se. O que falta compreender? Que aspetos não estão a ser considerados? A informação que temos estará a ser corretamente interpretada? Será a sobrecarga hídrica tão preponderante na ocorrência de doença cardiovascular em pessoas em diálise peritoneal? Existirão outros fatores para as doenças cardiovasculares específicos da diálise peritoneal? Estas são perguntas retóricas que, apesar de tentadoras pela curiosidade que possam suscitar, não podem deixar de ser consideradas.

Em suma, e reagrupando agora a principal informação, a doença renal crónica condiciona, entre outras funções, a eliminação, nomeadamente de líquidos. Algumas pessoas com esta patologia mantêm função renal residual e alguma diurese. A diálise peritoneal é uma terapêutica substitutiva da função renal que permite a depuração de substâncias nocivas e ultrafiltração variável, mercê das diferentes concentrações de agentes osmóticos, como a glicose. A gestão de líquidos é um aspeto integrante do regime terapêutico destes indivíduos, sendo um requisito de autocuidado. Esta população apresenta défice no que diz respeito ao autocuidado para a gestão de líquidos. O Enfermeiro tem o dever de instruir, capacitar e orientar a pessoa tornando-o num agente de autocuidado, nesta vertente do regime terapêutico.

A questão mantém-se: “Que aspetos do treino da pessoa em diálise peritoneal devem ser tidos em conta para que esta faça uma eficaz gestão de líquidos?”

3. POSICIONAMENTO PESSOAL

Persistindo o problema, não posso deixar de apontar potenciais motivos. Motivos esses, que não se encontram necessariamente suportados pela literatura e que mais não são do que a estrutura de uma opinião enraizada na experiência profissional, na observação do quotidiano e nas minhas crenças pessoais.

Posso “culpar” as naturais mudanças climáticas pela persistência do problema da gestão de líquidos. Talvez possa mesmo, se de facto procuramos “culpados”, apontar o dedo a alguns alimentos sazonais, ou da época, que a natureza dotou de maior teor de água. Se quem lê prefere, posso igualmente acompanhar a tendência da literatura, que até agora apresentei, e insinuar (porque para mim é uma insinuação, mesmo que latente) que o Enfermeiro deve colmatar todas as falhas nesta questão. Sim, porque a história desta profissão (a Enfermagem) está imbuída de sacrifício e encontra-se profundamente associada à necessidade de se fazer valer pela culpa. Ter culpa é ser responsabilizável. Diria responsável, mas parecem existir diferenças entre os termos. Contudo, estou convencido que culpa, responsabilidade e responsabilização são constructos humanos e, portanto, artificiais. Assim, na dúvida daquilo pelo qual somos responsáveis, a “culpa” é um lugar seguro que garante a nossa existência.

Confesso que a divagação já vai longa e que corro o risco de me afastar do cerne da questão (já aconteceu no passado). Portanto, não. Também não acredito na culpabilização do Enfermeiro em relação a ensinamentos e programas de treino. Resta-me apenas um interveniente no qual posso depositar a responsabilidade. Mas, a pessoa com doença renal crónica também “goza” da libertação emprestada pelo papel social de doente, que a libera de alguns deveres. Quem “culpar”, então? Porque é que a gestão de líquidos nestas pessoas aparenta ser ineficaz?

Antes de mais, a “culpa” é a metáfora para a razão ou o motivo, como anteriormente lhe chamei, para ineficácia da gestão de líquidos. Esclarecido isto, recapitemos. Se a problemática que até então tenho vindo a desenvolver, não pode ser totalmente atribuível ao clima, nomeadamente às oscilações e períodos de maior calor; nem à abundância de alimentos com maior teor de água em alturas do ano mais quentes; se, para desgosto de muitos Enfermeiros, a responsabilidade pelo insucesso destes doentes não lhes pertence em exclusivo; e se, a própria pessoa afetada pela doença renal crónica não pode, por si só, ser responsabilizada, uma vez que como

vimos, apresentando défice para o autocuidado precisa de ser capacitada; não me resta senão colocar-me na confortável posição que é – estar do lado de todos para não ter ninguém contra mim! Ou seja, e é nisto que acredito (apesar do aparente humor com que escrevo) – o problema é deveras multifatorial.

Possivelmente, a relação entre todos os elementos: doença renal crónica, diálise peritoneal, gestão de líquidos, doenças cardiovasculares, pessoa, Enfermeiro e, todas as outras variáveis impossíveis de controlar como a responsabilidade, o clima, a alimentação/hidratação (intimamente ligados a hábitos culturais), não está totalmente explicada. Não estando totalmente explicada, não pode ser plenamente compreendida. Impõe-se uma certa humildade perante o assunto, reconhecendo que não dominamos todos os fatores. Contudo, apesar do que anteriormente referi acerca dos programas de ensino, da Teoria Geral do Défice de Autocuidado e de tudo o que a literatura postula, creio que a doença renal crónica e o tratamento representam para a pessoa um fardo considerável no peso imediato e na antevisão de futuras complicações. Assim, defendo que este fardo possa estar na origem da ineficácia da gestão de líquidos de muitas destas pessoas, com todas as consequências de que exaustivamente já falei.

Cabe-me agora tomar uma posição mais sóbria e sugerir algo mais, do que só levantar problemas. Não se conseguindo isolar, por si só, um único foco para o problema em mãos e, sendo aceite, pelo menos por mim, que este é multifatorial, deixarei uma sugestão relativa a cada foco que considere relevante: clima, alimentação/hidratação, Enfermeiro e pessoa. No final, procurarei encerrar o texto com uma consideração que englobe todos estes focos.

Começarei, por conforto de quem escreve, pela pessoa com doença renal crónica. Apesar de acreditar que o programa de treino da diálise peritoneal fomente a autonomia da pessoa, creio necessário ir mais além. A autonomia não garante mudanças de atitude e autoconceito. Garante, isso sim, que o indivíduo seja livre e capaz para o autocuidado. Considero indispensável que sejam trabalhadas questões de autoconceito, perceção da doença e representações sociais da doença e do papel de doente. Este trabalho só pode ser levado a cabo com uma equipa multidisciplinar, contando com a presença de profissionais com competências nestas áreas. Apenas assim a pessoa poderá compreender o seu papel neste teatro.

Para o Enfermeiro (que também sou) recomendo alguma humildade. Naturalmente, a humildade não deve ser sinónimo de travão. O Enfermeiro deve continuar a procurar respostas que se traduzam em ganhos em saúde para as pessoas às quais presta cuidados. Não basta adaptar, personalizar ou incrementar a intensidade dos programas de treino. Devemos, na minha ótica, continuar a olhar para aquilo que não compreendemos completamente e, sem “culpabilizações” e sem “medos” encontrar a sinergia noutras áreas disciplinares em benefício de quem recebe os nossos cuidados de saúde.

As normais mudanças climáticas são algo de cíclico, desejável e expectável. Não o sendo, dispomos atualmente de uma ferramenta – a meteorologia. Mas pensemos para já no natural ciclo das estações do ano. Imagino possível que os ensinamentos relativos à gestão de líquidos sejam feitos de acordo com as estações. Ou pelo menos em função das estações mais extremas, naquilo que à temperatura diz respeito. Nunca antes me havia ocorrido esta ideia, até ao momento em que a escrevo, no entanto, parece-me algo a ter em consideração.

Por fim, a alimentação/hidratação. Chamemos-lhes alimentos sazonais, fruta da época, alimentos ricos em água, ou somente água. Todos sabemos do que falamos. A alimentação/hidratação não deve ser abordada independentemente dos hábitos culturais e pessoais. A natureza, conspirou de forma a que grande parte destes alimentos surgissem precisamente em épocas do ano mais quentes. Deste modo, e não querendo generalizar, grande parte destes alimentos deve ser associada à época do ano, aquando do ensino, fazendo compreender a perigosa relação entre períodos de maior sede e maior disponibilidade de alimentos ricos em água.

A título de conclusão, tenho o dever de relembrar que no sentido de potenciar que a pessoa com doença renal crónica em diálise peritoneal faça uma correta gestão de líquidos, reduzindo a sobrecarga e evitando doenças cardiovasculares (a principal causa de morte destas pessoas), quatro focos devem ser considerados: clima, alimentação/hidratação, Enfermeiro e pessoa.

De acordo com estes quatro focos considere útil que a alimentação/hidratação e o clima fossem associados pela relação natural que apresentam, devendo os programas de treino ter em conta as estações do ano com temperaturas mais extremas e que potencialmente influenciem a gestão de líquidos. A pessoa com doença renal crónica é educada no sentido de maior autonomia, apesar de não serem

trabalhados com profissionais competentes, como parte integrante do programa de treino, aspetos como o autoconceito, a perceção da doença e as representações sociais de doença e do papel de doente. Também o Enfermeiro pode transformar a sua perceção e autoconceito deixando de parte a ilusão de culpa e procurar nas equipas multidisciplinares a sinergia, com vista a beneficiar as pessoas a quem são prestados estes cuidados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cristóvão, A. (2016). *Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise* (Tese de Doutoramento). Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Instituto de ciências da saúde.
- Norma nº 017/2011 de 28/09/2011, (Atualizado a 14/06/2012) (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Direção-Geral de Saúde. 1–35.
- KDIGO, (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 4–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>
- Macário F., Filipe, R., Carvalho, M., Galvão, A., Lopes, J., Amoedo, M. e Silva, G. (2018, março). Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Vila Moura-Algarve. pdf.
- Nanovic, L., (2005). Electrolytes and Fluid Management in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. Invited Review. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. (pp.192-201). Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=cdd6d1d3-4f99-4c30-81b8-941c398a6fbc%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=106328850&db=ccm>
- Orem, D. (2001). *Nursing - Concepts of Practice*. 5ª edição. Mosby.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – conceito central em Enfermagem*. 1ª Edição. Formasau.

Schreiber, M. (2016). Peritoneal Dialysis: Understanding, Educating, and Adhering to Standards. *Medsurg Nursing*. 25(4), 270-274. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=cdd6d1d3-4f99-4c30-81b8-941c398a6fbc%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=117499586&db=ccm>

Zabala, A. e Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre, Artmed.

APÊNDICE VI – MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Ao contrário de outros textos que integram o relatório de estágio da unidade curricular “estágio com relatório” e, que pretendem demonstrar ou ilustrar o modo pelo qual desenvolvi competências diversas de enfermeiro especialista, este escrito arroga-se de algo ligeiramente diferente. Claro que, nas entrelinhas estarão implícitas a aquisição de algumas competências, no entanto o objetivo será outro.

O meu objetivo na redação deste trabalho é procurar compreender algumas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade do Enfermeiro especialista num serviço de nefrologia, num contexto de prática clínica, cuja identidade se quer, por força da ética, que permaneça incógnita.

Sem introdução, nem conclusão, pretendo que este escrito seja uma peça no meio de tantas outras, que à semelhança do seu lugar no mar de palavras que é o relatório, este se irmane em paralelismo ao lugar que as competências na melhoria contínua da qualidade ocupam, enquanto parte integrante, de algo mais vasto, como as competências comuns do Enfermeiro especialista. Inserir este texto numa estrutura formal poderia, a meu ver, retirar-lhe a dimensão interdependente e dar uma falsa perspetiva daquilo que julgo ser o seu foco. Assim, proibi-lo dos limites daquilo que o definiria pelas barreiras impostas pelo tradicional “princípio, meio e fim”, poderá permitir a quem lê, compreender a forma pela qual procurei tornar inteligível a mim próprio o papel do Enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade no contexto de prática clínica de um serviço de nefrologia.

A diferenciação e especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, é cada vez mais uma necessidade resultante das exigências técnico científicas crescentes em matéria de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Mas, o que dita a exigência dessa diferenciação/especialização? De que modo esta se interliga com a temática da qualidade? E por último, como é o Enfermeiro implicado neste processo? Para responder a estas questões irei, antes de mais, referir-me a um serviço de nefrologia que era constituído de internamento, sala de hemodiálise e consultas de nefrologia, não estando dimensionado para as necessidades da população que servia no âmbito da doença renal crónica.

Porém, antes de chegar a esse ponto da narrativa, e para evitar o *in medias res* numa redação que já corre o risco de ser confusa pelo seu objetivo, é necessário

começar pelo princípio. Sabe-se que em 2016, o XXI governo constitucional definiu prioridades como o “reforço” do poder do cidadão no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a contribuição para a melhoria da gestão dos hospitais e da governação do SNS. Se se pode começar a especular acerca do incremento da exigência no que aos cuidados de saúde diz respeito, pela primeira prioridade do governo, deixo ao critério de cada um. Para mim, o importante será o foco na melhoria da gestão dos hospitais e da governação do SNS. De recordar que, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020), desenhado para caminhar ao encontro do programa *Health 2020* da Organização Mundial de Saúde (OMS), define como um dos seus eixos prioritários a qualidade em saúde. Algumas orientações propostas no Plano passam pelo reforço da articulação dos serviços de saúde, que dependem da reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Estão dados os primeiros passos para trazer o conceito de “qualidade em saúde” como recomendação internacional para o palco nacional (Ministério da Saúde, 2016).

A portaria que esteve na génese do parágrafo anterior, Portaria n.º 147/2016 de 19 de maio, vem legislar o funcionamento da Rede de Referência Hospitalar. Esta rede pretende ser um sistema integrado, coordenado e hierarquizado com o objetivo de promover a satisfação das necessidades em saúde ao nível do diagnóstico e terapêutica, da formação, da investigação e colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares. Em relação à especialidade de nefrologia, as coisas não são diferentes. À semelhança de outras, a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR) de nefrologia permite a gestão e articulação em rede em função dos recursos disponíveis, promover sinergias entre especialidades ou dentro da mesma e, maximizar a rentabilização de recursos existentes (Nolasco *et al.*, 2016).

Retomando agora a narrativa que contava a história daquele serviço de nefrologia, que servirá de palco a grande parte desta redação, o mesmo estava especificamente mencionado numa das contingências do documento da RNEHR de nefrologia em 2016. Estando este serviço subdimensionado para as necessidades da população e articulando-se, por ordem a dar resposta a essas necessidades, com outro centro hospitalar, o documento sugere a “transformação” desse serviço em polo de funcionamento do centro hospitalar com o qual se articulava. De forma a evitar

tornar-se num Polo Hospitalar de Nefrologia, em antevisão da perspectiva de hierarquização hospitalar, este serviço precisou de realizar algumas modificações mencionadas nas contingências. Em 2017, o serviço de nefrologia aumentou a sua capacidade, embora ainda não totalmente ajustada à sua área de influência, dotando-se de maior cobertura assistencial, nefrologia em permanência e o arranque de um programa de diálise peritoneal (Nolasco *et al.*, 2017).

O percurso do que começou por ser um conjunto de políticas de saúde internacionais, com influência direta no Plano Nacional de Saúde (extendido a 2020), combinado com a vontade do governo de melhorar a gestão dos hospitais e a governação do SNS, através de RNEHR que permitam uma gestão e articulação em rede de recursos disponíveis, a promoção de sinergias entre especialidades ou dentro da mesma e, a maximização da rentabilização de recursos existentes, até à história singular deste serviço de nefrologia coloca em perspectiva o papel do Enfermeiro especialista nesse contexto. Apesar de estar a caminhar do todo para a parte, irei atomizar ainda mais a questão. Toda a questão da área de influência, da cobertura assistencial e da nefrologia em permanência neste serviço não me interessam. Interessa-me apenas, para o efeito, o programa de diálise peritoneal, dado ser o contexto do meu último campo de estágio e, portanto, a valência e o contexto de prática clínica que me oferecem material para desenvolver este tema.

O Enfermeiro especialista num serviço no qual se principia um programa de diálise peritoneal deve fazer prova de competências na melhoria contínua da qualidade, colaborando na conceção e operacionalização de projetos institucionais e participando até ao nível operacional. Este deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Na prática, a Enfermeira que deu início ao programa de diálise peritoneal precisou de mobilizar conhecimentos, garantindo a melhoria contínua da qualidade, fazendo igualmente prova de conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade.

O programa de diálise peritoneal é particularmente exigente pela sua especificidade. A Enfermeira teve em primeira instância que incorporar os conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, participando ativamente na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível

organizacional, com a equipa multidisciplinar e, colaborando na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos de atuação.

Outra das competências necessária, e seguramente evidenciada, foi reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas. Esta avaliação baseia-se nos resultados obtidos com vista a uma melhoria contínua da qualidade. Exemplo disso, é a aplicação da escala de Twardowski na avaliação das características do orifício de saída do cateter de Tenckhoff. A sua aplicação permite classificar devidamente o orifício de saída e determinar a melhor atitude terapêutica, baseada na evidência.

A garantia de um ambiente terapêutico e seguro é outra das competências. O Enfermeiro especialista deve ter em consideração a gestão do ambiente centrado na pessoa, tendo como finalidades a efetividade terapêutica e a prevenção de eventos adversos. No caso particular de diálise peritoneal, envolver a família ou pessoas significativas pode verificar-se uma mais valia, quer na adesão ao regime terapêutico, quer na sua efetividade.

Claro está que, um ambiente seguro passa pelo controlo de infeção. Assim, é imprescindível que a Enfermeira da diálise peritoneal tenha papel ativo na gestão do risco ao nível da unidade, reportando o número de infeções do orifício de saída e de peritonites; prestando cuidados à pessoa em diálise peritoneal com vista a evitar infeções, fazendo uso de *guidelines* internacionais mais recentes e; colaborando na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, sendo evidenciado no caso presente, pela participação na redação dos protocolos vigentes; sem esquecer, a coordenação, implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção (OE, 2019).

Em suma, a Enfermeira da diálise peritoneal demonstrou competências do âmbito da melhoria contínua da qualidade, conhecendo as políticas de saúde aplicáveis, conhecendo e atualizando os protocolos sobre as intervenções de enfermagem, promovendo e colaborando na formação dos pares, fundamentando a intervenção na evidencia científica, aplicando instrumentos de controlo da qualidade e, envolvendo a pessoa e família no processo de cuidados. Foi ainda possível verificar que a Enfermeira avaliava regularmente a situação clínica de enfermagem das pessoas, fazendo uso de instrumentos científicos atuais na prática clínica, que revelassem os resultados das intervenções, traduzindo-se em cuidados de qualidade.

Termino este trabalho com a sensação de compreender um pouco melhor a aplicabilidade prática das competências relativas à esfera da melhoria contínua da qualidade, ou pelo menos à operacionalização de algumas delas. A observação em campo de estágio revela-se uma ferramenta valiosa que não pode ser descurada em benefício do envolvimento exclusivo em atividades que, apesar de importantes, permanecem predominantemente práticas. Não só as experiências do aluno têm que ter relevo. É igualmente importante a partilha de experiências e o conhecer o mundo não só através dos nossos olhos, mas também a partir dos olhos do outro. De um ponto de vista fenomenológico, sair da esfera pessoal, interagir com um objeto e regressar a si, pode permitir a apreensão subjetiva dos conceitos. Porém, procurar olhar o objeto através dos olhos de outros, interagindo com os mesmos objetos, permite também uma intersubjetividade carregada de nuances, impercetíveis de outro modo, que enriquece e se traduz em ganhos na aprendizagem relativamente às realidades. De algum modo, contar a história da minha Enfermeira orientadora, que me foi contada pela mesma, possibilitou que eu percecionasse a nefrologia como parte integrante de algo muito maior, facto que tantas vezes e tão facilmente é esquecido. Subitamente vi outro serviço, outra Enfermeira, outros objetivos, outras razões e olhei de modo diferente para um conjunto de competências que, cansado de escrever, estava mais longe de compreender.

Apesar de tudo, este exercício resultou noutra constatação que, embora secundária e não programada, acabou por se verificar. Ficou clara a forma como as políticas de saúde, a legislação e as necessidades nacionais em matéria de saúde ditam aquele que deve ser o papel do Enfermeiro especialista nos contextos de prática clínica. Contudo, raras são as vezes em que se levanta a questão de *feedback* negativo. Ou seja, conhecemos e compreendemos facilmente o modo como as políticas e diretrizes de organismos competentes chegam aos Enfermeiros, e o impacto que têm na sua atuação, mas raramente se fala da necessidade de quem aplica na prática dar informação de retorno, com o potencial de ajustar essas que não deixam de ser pressões hierárquicas (necessárias) ao terreno e às necessidades reais da população, que como ninguém o Enfermeiro consegue perceber.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Oliveira Sá, H, ... Matias. A. (2016). Rede nacional e especialidade hospitalar e de referência – nefrologia. *República Portuguesa*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Nefrologia2.pdf>

Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Oliveira Sá, H, Matias. A. (2017). Rede nacional e especialidade hospitalar e de referência – nefrologia. *República Portuguesa*. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>

Portaria n.º 147/2016 de 19 de maio (2016). Estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, tendo como princípio a definição das Redes de Referência Hospitalar (RRH). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 97 — 19 de maio de 2016, 1616-1619.

Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/74483693/details/maximized>

Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

APÊNDICE VII – ESTRATÉGIA DE PESQUISA

PESQUISA INICIAL (LINGUAGEM NATURAL)

CINAHL with full text

1ª “Patients” AND “Fluid management” AND “Hemodialysis” – 38 artigos

2ª “Fluid management” AND “Self-care” AND “Hemodialysis” – 3 artigos

3ª “Fluid restriction” AND “Self-care” AND “Hemodialysis” – 5 artigos

TOTAL – 46 artigos. Procede-se à extração de termos indexados de 6 artigos selecionados mediante leitura de títulos e *abstracts*.

MEDLINE with full text

1ª “Patients” AND “Fluid management” AND “Hemodialysis” – TOTAL – 91 artigos

2ª “Fluid management” AND “Self-care” AND “Hemodialysis” – TOTAL – 4 artigos

3ª “Fluid restriction” AND “Thirst” AND “Hemodialysis” – TOTAL – 4 artigos

TOTAL – 99 artigos. Procede-se à extração de termos indexados de 6 artigos selecionados mediante leitura de títulos e *abstracts*.

PESQUISA SECUNDÁRIA (LINGUAGEM INDEXADA)

CINAHL with full text

Headings

Population	Concept	Context
S1 - Dialysis Patients - Education	S2 - <u>Patient Education</u> S3 - Drinking Behavior S4 - Attitude to Health S5 - <u>Fluid Intake</u> S6 - Fluid-Electrolyte Balance S7 - <u>Patient Compliance</u> S8 - Self_Care S9- <u>Self Care - Education</u> S10 - Self_Care - Psychosocial Factors S11 - <u>Weight Gain</u>	S12 - Hemodialysis S13 - Hemodialysis - Psychosocial Factors S14 - Kidney Failure, Chronic -- Therapy S15 - <u>Kidney Failure, Chronic -- Psychosocial Factors</u>

MEDLINE WITH FULL TEXT

Mesh2017

Population	Concept	Context
0	S1 - Patient Education <u>as Topic/*methods</u> S2 - <u>Thirst*</u> S3- <u>Xerostomia/*therapy</u> S4 - <u>Water-Electrolyte</u> <u>Imbalance*/etiology</u> S5 - <u>Water-Electrolyte</u> <u>Imbalance*/prevention &</u> <u>control</u> S6 - Fluid Therapy/*methods	S7 - <u>Renal</u> <u>Dialysis/*adverse effect</u>

PROTOCOLO DE PESQUISA PARA CINAHL WITH FULL TEXT

<u>Número de ID</u>	Termo de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Dialysis patients/ED")	155
S2	(MH "Patient Education")	0
S3	(MH "Drinking Behavior")	1765
S4	(MH "Attitude to Health")	38116
S5	(MH "Fluid Intake")	2424
S6	(MH "Fluid-Electrolyte Balance")	2870
S7	(MH "Patient Compliance")	26669
S8	(MH "Self Care")	33236
S9	(MH "Self Care/ED")	2039
S10	(MH "Self Care/PF")	1094
S11	(MH "Weight Gain")	10457
S12	(MH "Hemodialysis")	13640
S13	(MH "Hemodialysis/PF")	536
S14	(MH "Kidney Failure, Chronic/TH")	6450

S15	(MH "Kidney Failure, Chronic/PF")	883
S16	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	160328
S17	S12 OR S13 OR S14 OR S15	16582
S18	S1 AND S16 AND S17	55

Impostos limitadores de busca: Horizonte temporal 2013 – 2018 (5 anos); All adult; portuguese and english language, que resultam em **8 artigos. Após leitura de títulos e abstracts – 3 artigos**

PROTOCOLO DE PESQUISA PARA MEDLINE WITH FULL TEXT

<u>Número de ID</u>	Termo de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Patient Education as Topic/MT")	16372
S2	(MH "Thirst")	3154
S3	(MH "Xerostomia/TH")	609
S4	(MH "Water-Electrolyte Imbalance/ET")	1698
S5	(MH "Water-Electrolyte Imbalance/PC")	336
S6	(MH "Fluid Therapy/MT")	5476
S7	(MH "Renal Dialysis/AE")	17121
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	27358
S9	S8 AND S7	142

Impostos limitadores de busca: Horizonte temporal 2013 – 2018 (5 anos); All adult; Portuguese and English language, que resultam em **28 artigos. Após leitura de títulos e abstracts – 4 artigos**

Inclusão de artigos de outras fontes: 1 artigo com proveniência do “Google scholar”, mediante pesquisa com linguagem natural, como descritores “medidas de autocuidado para a restrição hídrica em pessoas com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise”.

Total de artigos para o estudo: 8 artigos

**APÊNDICE VIII – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DOS
RESULTADOS**

ANEXOS

**ANEXO I – JORNADAS DE NEFROLOGIA DA ESCOLA SUPERIOR
DE ENFERMAGEM DE LISBOA**



JORNADAS DE ENFERMAGEM DE NEFROLOGIA

Comissão Organizadora e Científica: Prof. Filipe Cristóvão (presidente), Profª Maria Saraiva
Profª Eulália Novais, Enfª Ana Freitas

Certificado

Mickaël Alexandre Neves Lourenço, esteve presente na Jornada de Enfermagem de Nefrologia realizada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 15 de outubro de 2018.



POLO ARTUR BAVARA

15 | OUTUBRO
2018

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Maria Filomena Mendes Caspar

Professora Doutora Maria Filomena Mendes Caspar

**ANEXO II – AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO DE
INTERNAMENTO EM NEFROLOGIA**

9º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ÁREA DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA
UC – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

HOSPITAL: [REDACTED]	SERVIÇO: NEFROLOGIA
ESTUDANTE: WICKAËL ALEXANDRE LOUREÇO Nº 8397	DURAÇÃO: 24.09.2018 a 19.10.2018
ORIENTADOR DOCENTE: FILIPE CRISTOVAS	ORIENTADOR CLÍNICO: [REDACTED]
AVALIAÇÃO FINAL: 19 Valores	Assinatura do Docente: [REDACTED]
Assinatura Estudante: Wickael Lourenço	Assinatura Orientador Clínico: [REDACTED]

A – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (Regulamento n.º 122/2011 – DR, 2.ª série; N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011)

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	AVALIAÇÃO
As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente	19
As decisões são guiadas pelo Código Deontológico	19
Reconhece a sua competência na área da sua especialidade	19
Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões	19
Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada	19
Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido	19
Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional	19
Promove o respeito do cliente à privacidade	19
Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde	19
Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos	19
Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco	19
Tem uma conduta preventiva, antecipatória	19
Domínio da melhoria contínua da qualidade	AVALIAÇÃO
Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições	NA
Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua	19
Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso	19
Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados	19
Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade	19
Aplica instrumentos de avaliação de resultado	19
Identifica oportunidades de melhoria	19
Seleciona estratégias de melhoria	19
Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes	19
Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo	19

Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas	19
Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes	19
Domínio da gestão dos cuidados	AValiação
Melhora a informação sobre os cuidados, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar	19
Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde	19
Conhece as orientações relativas á delegação de tarefas	19
Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados	19
Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos	19
Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade	19
Reconhece e compreende os distintos papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática	20
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	AValiação
Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais	19
Atua eficazmente sob pressão	19
Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade	19
Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.	19
Diagnostica necessidades formativas	19
Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros	19
Avalia o impacto da formação	19
Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação	19
Investiga e colabora em estudos de investigação	19
Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem	19
Discute as implicações da investigação	19
Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes	19
Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.	19

AVAlIAÇÃO:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
Raramente/ de forma superficial / muito incompleta / não integra orientações	Algumas vezes / pouco profundo / incompleto/ aceitável pouca integração de orientações	Frequentemente / com profundidade/ quase completo / integra a maioria das orientações	Quase sempre / muita profundidade / muito completo / grande capacidade de integrar orientações	Realiza sistematicamente / elevada profundidade / totalmente completo / integra orientações / elevada capacidade de aprendizagem

B – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**B1 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – INTERNAMENTO DE NEFROLOGIA**

Competência	AValiação
Trabalha com a equipa multidisciplinar	20
Conhece a legislação aplicável à pessoa com compromisso da função renal	19
Conhece a anatomia e fisiologia renal	19
Fundamenta a etiologia da doença renal	19
Fundamenta a evolução da Doença Renal Aguda e Crónica	19
Conhece os sinais e sintomas associados ao compromisso da função renal	19
Interpreta os resultados de exames complementares de diagnóstico à pessoa com doença renal	19
Justifica os diagnósticos de enfermagem em pessoas com compromisso da função renal	19
Fundamenta as intervenções de enfermagem para resolver as necessidades da pessoa internada com compromisso renal	19
Conhece a terapêutica farmacológica prescrita para a pessoa com compromisso da função renal	19
Executa com segurança e destreza as intervenções de enfermagem a pessoas com compromisso da função renal	19
Fundamenta a prática clínica na evidência científica	19
Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa internada com compromisso renal	19
Analisa o impacto físico e psicossocial da doença renal no doente e família	19
Desenvolve uma relação terapêutica de enfermagem com o cliente dos cuidados	19
Envolve o cliente e a família no processo cuidativo	19
Caracteriza a articulação de serviços hospitalares e na comunidade, para atender às necessidades da pessoa com compromisso renal	10

AValiação:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------	----------------------

O Enf. Mickael, demonstra estar capacitado de competências técnicas, cognitivas e relacionais que lhe permitem planejar, prestar e supervisionar cuidados de maior complexidade à pessoa com doença renal crónica sob internamento, bem como à sua família e/ou cuidadores informal. Durante o período de estágio, demonstrou interesse em conhecer realidades diferentes de prestação de cuidados. Estabeleceu quer com os doentes, quer com a equipa multidisciplinar, relações profissionais que revelam maturidade profissional, ponderação e responsabilidade. Contribuiu com considerações fundamentadas e criativas no processo de tomada de decisão.

**ANEXO III – AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO DA UNIDADE
DE DIÁLISE PERITONEAL**

9º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem Nefrológica
UC – Estágio com Relatório

HOSPITAL: [REDACTED]	SERVIÇO: [REDACTED]
ESTUDANTE: <i>Michael Alexandre Neves Lourenço</i> Nº <i>835A</i>	DURAÇÃO: <i>104H</i>
ORIENTADOR DOCENTE: <i>Flávia Cardoso</i>	ORIENTADOR CLÍNICO: [REDACTED]
AVALIAÇÃO FINAL: <i>17</i> Valores	Assinatura do Docente: <i>[Assinatura]</i>
Assinatura Estudante: <i>[Assinatura]</i>	Assinatura Orientador Clínico: [REDACTED]

A – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (Regulamento n.º 122/2011 – DR, 2.ª série; N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011)

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	AVALIAÇÃO
As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente	<i>B</i>
As decisões são guiadas pelo Código Deontológico	<i>MB</i>
Reconhece a sua competência na área da sua especialidade	<i>B</i>
Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões	<i>B</i>
Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada	<i>B</i>
Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido	<i>B</i>
Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional	<i>MB</i>
Promove o respeito do cliente à privacidade	<i>MB</i>
Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde	<i>B</i>
Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos	<i>B</i>
Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco	<i>MB</i>
Tem uma conduta preventiva, antecipatória	<i>B</i>
Domínio da melhoria contínua da qualidade	AVALIAÇÃO
Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições	<i>B</i>
Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua	<i>B</i>
Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso	<i>—</i>
Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados	<i>B</i>
Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade	<i>—</i>
Aplica instrumentos de avaliação de resultado	<i>—</i>
Identifica oportunidades de melhoria	<i>B</i>
Seleciona estratégias de melhoria	<i>B</i>
Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes	<i>—</i>
Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo	<i>—</i>

Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas	—
Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes	B
Domínio da gestão dos cuidados	AVALIAÇÃO
Melhora a informação sobre os cuidados, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar	—
Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde	MB
Conhece as orientações relativas á delegação de tarefas	—
Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados	—
Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos	B
Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade	—
Reconhece e compreende os distintos papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática	MB
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	AVALIAÇÃO
Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais	MB
Atua eficazmente sob pressão	B
Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade	MB
Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.	—
Diagnostica necessidades formativas	MB
Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros	—
Avalia o impacto da formação	B
Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação	B
Investiga e colabora em estudos de investigação	—
Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem	MB
Discute as implicações da investigação	MB
Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes	MB
Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.	MB

AVALIAÇÃO:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
Raramente/ de forma superficial / muito incompleta / não integra orientações	Algumas vezes / pouco profundo / incompleto/ aceitável pouca integração de orientações	Frequentemente / com profundidade/ quase completo / integra a maioria das orientações	Quase sempre / muita profundidade / muito completo / grande capacidade de integrar orientações	Realiza sistematicamente / elevada profundidade / totalmente completo / integra orientações / elevada capacidade de aprendizagem

B – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**B3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – DIÁLISE PERITONEAL**

Competência	AVALIAÇÃO
Trabalha com a equipa multidisciplinar	MB
Conhece a legislação aplicável à pessoa em programa de regular de diálise peritoneal	MB
Conhece os princípios físicos da diálise peritoneal;	MB
Caracteriza as diferentes modalidades de diálise peritoneal	MB
Explica os objetivos e o funcionamento do equipamento para diálise peritoneal	MB
Caracteriza a prescrição de um programa de diálise peritoneal	MB
Conhece as alterações endócrinas, nutricionais e do peritoneu associadas à diálise peritoneal	MB
Presta cuidados com segurança durante a diálise peritoneal	B
Realiza intervenções de enfermagem para resolver complicações do tratamento	—
Avalia a eficácia do tratamento	B
Conhece os teste de avaliação do equilíbrio peritoneal	MB
Analisa os requisitos de autocuidado para a realização de diálise peritoneal domiciliária	MB
Desenvolve o processo educativo à pessoa que vai iniciar programa de diálise peritoneal	—
Fundamenta a prática clínica na evidência científica	MB
Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em programa de diálise peritoneal	MB
Colabora na gestão de enfermagem de unidades de diálise peritoneal	MB
Colabora na formação de enfermeiros de unidades de diálise peritoneal	—

AVALIAÇÃO:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------	----------------------

--

**ANEXO IV – AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO DA UNIDADE
DE HEMODIÁLISE**

9º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ÁREA DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

UC – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

HOSPITAL: [REDACTED]	SERVIÇO: [REDACTED]
ESTUDANTE: <i>Michelle Alexandra Lourenço Nº 9397</i>	DURAÇÃO: <i>120 Horas - (19 Novembro a 17 de Dezembro 2018)</i>
ORIENTADOR DOCENTE:	ORIENTADOR CLÍNICO: [REDACTED]
AVALIAÇÃO FINAL: <i>18</i> Valores	Assinatura do Docente: <i>[Signature]</i>
Assinatura Estudante: <i>[Signature]</i>	Assinatura Orientador Clínico: [REDACTED]

A – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (Regulamento n.º 122/2011 – DR, 2.ª série; N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011)

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	AVALIAÇÃO
As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente	<i>17</i>
As decisões são guiadas pelo Código Deontológico	<i>18</i>
Reconhece a sua competência na área da sua especialidade	<i>18</i>
Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões	<i>18</i>
Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada	<i>18</i>
Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido	<i>18</i>
Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional	<i>18</i>
Promove o respeito do cliente à privacidade	<i>18</i>
Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde	<i>17</i>
Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos	<i>17</i>
Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco	<i>18</i>
Tem uma conduta preventiva, antecipatória	<i>18</i>
Domínio da melhoria contínua da qualidade	AVALIAÇÃO
Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições	<i>17</i>
Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua	<i>18</i>
Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso	<i>18</i>
Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados	<i>17</i>
Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade	<i>18</i>
Aplica instrumentos de avaliação de resultado	<i>18</i>
Identifica oportunidades de melhoria	<i>18</i>
Seleciona estratégias de melhoria	<i>18</i>
Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes	<i>18</i>
Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo	<i>18</i>

Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas	17
Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes	18
Domínio da gestão dos cuidados	AVALIAÇÃO
Melhora a informação sobre os cuidados, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar	18
Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde	18
Conhece as orientações relativas á delegação de tarefas	17
Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados	18
Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos	18
Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade	18
Reconhece e compreende os distintos papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática	18
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	AVALIAÇÃO
Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais	18
Atua eficazmente sob pressão	/
Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade	18
Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.	17
Diagnostica necessidades formativas	/
Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros	18
Avalia o impacto da formação	/
Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação	17
Investiga e colabora em estudos de investigação	/
Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem	17
Discute as implicações da investigação	17
Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes	18
Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.	18

AVALIAÇÃO:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
Raramente/ de forma superficial / muito incompleta / não integra orientações	Algumas vezes / pouco profundo / incompleto/ aceitável pouca integração de orientações	Frequentemente / com profundidade/ quase completo / integra a maioria das orientações	Quase sempre / muita profundidade / muito completo / grande capacidade de integrar orientações	Realiza sistematicamente / elevada profundidade / totalmente completo / integra orientações / elevada capacidade de aprendizagem

B2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – HEMODIÁLISE

Competência	AValiação
Trabalha com a equipa multidisciplinar	18
Conhece a legislação aplicável à pessoa em programa de regular de hemodiálise	17
Descreve os princípios físicos da hemodiálise	18
Caracteriza as diferentes modalidades de hemodiálise	18
Conhece o funcionamento do equipamento para hemodiálise	18
Caracteriza a prescrição de um programa de hemodiálise	18
Conhece a forma de avaliar a eficácia da sessão de hemodiálise	18
Avalia as necessidades da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise	18
Prepara a pessoa antes e após as sessões de hemodiálise	17
Presta cuidados com segurança, antes, durante e após as sessões de hemodiálise,	18
Revê e monitoriza a estratégia de tratamento	18
Conhece as complicações dos acessos vasculares para hemodiálise	18
Avalia a funcionalidade dos acessos vasculares para hemodiálise	18
Caracteriza os modos de punção dos acessos arteriovenosos para hemodiálise	18
Identifica as complicações associadas ao tratamento hemodialítico	18
Realiza intervenções de enfermagem para resolver complicações intradialíticas	18
Fundamenta os cuidados nutricionais da pessoa em programa regular de hemodiálise	17
Ajuda a pessoa com compromisso renal em programa de hemodiálise na gestão do regime terapêutico	17
Avalia os requisitos de autocuidado da pessoa com compromisso da função renal em programa de regular de hemodiálise	18
Analisa o controlo da hipertensão, diabetes e anemia na pessoa com compromisso da função renal em programa de regular de hemodiálise	18
Fundamentar a prática clínica na evidência científica	18
Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em programa regular de hemodiálise	18
Colabora na gestão de enfermagem de unidades de hemodiálise	/
Colabora na formação de enfermeiros de unidades de hemodiálise	/

AValiação:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------	----------------------

--

O Enf. Mickael efetuou a "Unidade Curricular – Estágio com Relatório" no Hospital [REDACTED], no período compreendido entre 19 de Novembro a 14 de Dezembro de 2018.

No período de tempo preconizado, procurou aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos previamente adquiridos no 9º curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mobilizando-os para a prestação de cuidados ao doente renal crónico a realizar técnicas de substituição da função renal no serviço Hospital e Dia Médico – Unidade de Diálise.

Neste campo de estágio, procurou cumprir com os objectivos delineados no seu Projeto, com especial enfoque no *desempenho* do Enfermeiro Especialista em Sala de Diálise, preconizando o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa com alteração da função renal e/ou família.

Conheceu a estrutura física e organizacional do serviço acima citado, bem como a dinâmica estabelecida pela equipa de profissionais de saúde, procurando integrar-se no período de tempo delineado.

Procurou esclarecer/discutir conceitos acerca da hemodiálise, incluindo os princípios físicos inerentes à mesma e as diferentes modalidades de existentes/praticadas nos HDM Unidade de Diálise. Procurou aprofundar conhecimentos acerca do equipamento utilizado e dos sistemas de informação existentes na Unidade atrás referida.

Promoveu um comportamento interventivo seguro nos cuidados prestados nas diferentes fases que constituem o tratamento dialítico, avaliando assertivamente as necessidades da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

Dirigiu especial atenção à temática dos acessos arteriovenosos internos, consolidando conhecimentos através de observação e intervenção direta nos cuidados prestados a nível da avaliação, manuseamento e complicações. Participou nos projetos de monitorização e avaliação dos acessos dialíticos existente na Unidade.

Pode também observar a realização da Consulta de Esclarecimento de Técnicas de Substituição da Função Renal existente no HDM e refletir sobre a mesma.

Durante o período de estágio desempenhou com supervisão as funções com o nível de exigência e especificidades da equipa que integrou, fundamentando a sua prática clínica na evidência científica, com crescente autonomia até ao término do mesmo.

Face ao exposto considera-se a atribuição da classificação quantitativa de 18 valores ("Excelente").

11 de Dezembro de 2018

Enfº

[Redacted]

[Redacted Signature]

**ANEXO V – AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO OPCIONAL DA
UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL**

9º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – ÁREA DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA
UC – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

HOSPITAL:	[REDACTED]	SERVIÇO:	[REDACTED]
ESTUDANTE:	Michael Alexandre Neves Lourenço Nº 8397	DURAÇÃO:	176 horas
ORIENTADOR DOCENTE:	Prof. Filipe Cristóvão	ORIENTADOR CLÍNICO:	[REDACTED]
AVALIAÇÃO FINAL:	18,5 Valores	Assinatura do Docente:	[REDACTED]
Assinatura Estudante:	Michael Alexandre Neves Lourenço	Assinatura Orientador Clínico:	[REDACTED]

A – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (Regulamento n.º 122/2011 – DR, 2.ª série; N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011)

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	AVALIAÇÃO
As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente	10
As decisões são guiadas pelo Código Deontológico	10
Reconhece a sua competência na área da sua especialidade	10
Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões	10
Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada	10
Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido	10
Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional	10
Promove o respeito do cliente à privacidade	18,5
Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde	18,5
Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos	18,5
Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco	10
Tem uma conduta preventiva, antecipatória	18,5
Domínio da melhoria contínua da qualidade	AVALIAÇÃO
Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições	18,5
Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua	10
Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso	10
Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados	10
Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade	10
Aplica instrumentos de avaliação de resultado	10
Identifica oportunidades de melhoria	10
Seleciona estratégias de melhoria	10
Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes	18,5
Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo	18,5

Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas	18,5
Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes	18
Domínio da gestão dos cuidados	AVALIAÇÃO
Melhora a informação sobre os cuidados, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar	18
Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde	7
Conhece as orientações relativas à delegação de tarefas	
Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados	
Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos	
Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade	
Reconhece e compreende os distintos papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática	
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	
Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais	18,5
Atua eficazmente sob pressão	18
Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade	18
Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.	18
Diagnostica necessidades formativas	18,5
Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros	18,5
Avalia o impacto da formação	18,5
Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação	18
Investiga e colabora em estudos de investigação	18
Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem	18
Discute as implicações da investigação	18,5
Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes	18
Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.	18

AVALIAÇÃO:

INSUFICIENTE (I) (<10)	SUFICIENTE (S) (10-13)	BOM (B) (14-15)	MUITO BOM (B) (16-17)	EXCELENTE (E) (≥ 18)
Raramente/ de forma superficial / muito incompleta / não integra orientações	Algumas vezes / pouco profundo / incompleto/ aceitável pouca integração de orientações	Frequentemente / com profundidade/ quase completo / integra a maioria das orientações	Quase sempre / muita profundidade / muito completo / grande capacidade de integrar orientações	Realiza sistematicamente / elevada profundidade / totalmente completo / integra orientações / elevada capacidade de aprendizagem

Avaliação do Orientador Clínico:

A concretização do papel do Enfermeiro Especialista enquanto promotor da qualidade de vida, o acompanhamento do Enfermeiro Micael na UOP-HFF foi exemplar. Apoiou os uterinos e família, transmite uma tranquilidade e segurança propiciadoras de bem-estar e sem as quais o auto-cuidado não seria possível. →

