

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Autor

Adriano José Barros Azevedo

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Clemente Neves de Sousa
Professor Adjunto, Doutor

Maria Alice Correia De Brito
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Adriano José Barros Azevedo

Porto, 2024

RESUMO

A Doença Renal Crónica (DRC) é um importante problema de saúde pública, com um peso considerável nos sistemas de saúde. Em Portugal, é estimado que mais de 800 mil pessoas sofram de DRC, com tendência crescente na ordem dos 4 a 5% ao ano.

Viver com a DRC e com os tratamentos associados tem um forte impacto nas vivências da pessoa e na sua qualidade de vida. É uma doença incurável e progressiva e tem efeitos na vida dos doentes e das famílias, com implicações fisiológicas, psicológicas e socioeconómicas.

O enfermeiro desempenha um papel importante na gestão da DRC ao fornecer intervenções preventivas, educacionais e práticas no cuidado da pessoa e família/cuidador, como a avaliação e monitorização, educação sobre autocuidado, gestão da terapêutica medicamentosa, regime alimentar, regime de exercício físico e o suporte emocional.

Neste relatório descrevo o percurso nos dois contextos clínicos, para o desenvolvimento das competências especializadas, tendo por base as orientações da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o regulamento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Através das experiências desenvolvidas, foi possível desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa e da família/cuidador na gestão da DRC; na promoção de intervenções especializadas facilitadoras do processo de transição saúde/doença e na monitorização dos resultados dessas intervenções; na liderança no desenvolvimento de intervenções de prevenção, intervenção e controlo de infeção. No âmbito da maximização do ambiente terapêutico, desenvolvi competências de gestão dos processos terapêuticos, com maior preponderância no desenvolvimento de capacidades na promoção do autocuidado da fístula arteriovenosa (FAV) na pessoa com DRC; na gestão das circunstâncias que potenciam a ocorrência de eventos adversos; e na promoção de estratégias de prevenção de risco e desenvolvimento da cultura de segurança.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica, Enfermeiro Especialista, Competências, Autocuidado.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is an important public health problem with a considerable burden on health systems. In Portugal, it is estimated that more than 800 thousand people suffer from CKD with an increasing trend of around 4 to 5% per year. On December 31, 2022, according to the Portuguese Society of Nephrology, 21198 people are dependent on renal replacement therapy to survive, including hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation.

Living with CKD and associated treatments has a strong impact on a person's experiences and quality of life. It is an incurable and progressive disease and has effects on the lives of patients and families, with physiological, psychological, and socioeconomic implications.

The nurse plays an important role in the management of CKD by providing preventive, educational and practical interventions in the care of people with CKD and their families, among others, assessment and monitoring, education on self-care, management of medication therapy, diet, physical exercise and emotional support for the person and the family/caregiver.

This report seeks to describe the journey in clinical contexts, based on a refined and well-founded critical reflection, demonstrating the development of specialized skills acquired based on the activities carried out and the guidelines of the Ordem dos Enfermeiros in the regulation of common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing in nursing for people with chronic conditions.

Through experiences developed in clinical contexts, it was possible to develop skills in identifying the needs of the person and the family/caregiver in management of CKD; in promoting specialized interventions with the person and family/caregiver, helping in the health/disease transition process, and monitoring the results of these interventions; and leading the development of infection prevention and control interventions. In the context of maximizing the therapeutic environment, I developed skills in management of therapeutic processes, with emphasis on developing skills in promoting AVF self-care in people with CKD; in management of environmental circumstances that increase the occurrence of adverse events; and promoting risk prevention strategies and developing a safety culture.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Specialist Nurse, Skills, Self-care.

ABREVIATURAS

AV - Acesso Vascular

BSC - Balanced ScoreCard

CDC - Center for Disease Control and Prevention

CVC - Cateter Venoso Central

DM - Diabetes Mellitus

DP - Diálise Peritoneal

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FAV - Fístula Arteriovenosa

HD - Hemodiálise

HLA - Human Leucocyte Antigen (Antígeno Leucocitário Humano)

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

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

MDRO - Multidrug Resistant Organisms

NIgA - Nefropatia IgA

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAV - Prótese Arteriovenosa

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

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

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TA - Tensão Arterial

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. ESTUDO DE CASO 1: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC EM PROGRAMA REGULAR DE HD	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	32
3.3. Medicação	32
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	33
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	34
3.5. Domínios	35
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	35
3.6. Conceção de Cuidados	38
3.7. Especificação das intervenções	44
3.8. Síntese relativa ao caso	46
4. ESTUDO DE CASO 2: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC PÓS TRANSPLANTE RENAL	49
4.1. Enquadramento teórico	49
4.2. Clientes	55
4.3. Medicação	55
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	55
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	57
4.5. Domínios	58
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	58
4.6. Conceção de Cuidados	62
4.7. Especificação das intervenções	66
4.8. Síntese relativa ao caso	68
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	71
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	107
7. BIBLIOGRAFIA	111
ANEXOS	121

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 Esquema de Doação Renal Cruzada com 3 Pares Dador-Recetor	51
Figura 2 Cadeia de transmissão das IACS (Pina et al., 2010)	90

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Atualmente, o perfil epidemiológico das populações tem sido marcado por um aumento do número de pessoas idosas com aumento das necessidades e da morbilidade, exigindo uma abordagem integrada de cuidados centrada na pessoa. Em Portugal, apesar da população viver mais tempo, apresenta uma ou mais doenças crónicas, conduzindo a uma maior utilização dos recursos de saúde e sociais (Belo, et al., 2021).

A doença crónica é definida, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma doença de longa duração, geralmente de progressão lenta e que exige cuidados de saúde ao longo do decorrer da doença (OMS, 202). O Center for Disease Control and Prevention (CDC), entende que a doença crónica é uma condição de saúde que dura um ano ou mais, que requer cuidados médicos contínuos e que pode limitar as atividades de vida diária (CDC, 2022). Estas duas definições centram-se na duração da doença e nas necessidades de cuidados de saúde ao longo do decorrer da doença. Contudo, as doenças crónicas podem, ainda, ser caracterizadas não só pelo prolongamento no tempo, mas, também, por não se resolverem espontaneamente e não existir uma remissão completa da doença (Stanton, Revenson & Tennen, 2007).

A OMS, no documento intitulado Cuidados Inovadores para as Condições Crónicas, define que a pessoa portadora de doença crónica necessita de cuidados planeados, capazes de prever as suas necessidades e proporcionar uma abordagem integrada. Esta abordagem requer tempo, prestadores de cuidados e contextos de saúde adequados, focados no desenvolvimento de competências do doente e família para lidar com o processo de transição e suporte na gestão eficaz da doença crónica (OMS, 2003).

Na Europa, em 2005, a OMS estimou que, de um total de 9.783.000 de mortes, 8.414.000 (86%) se deveram de doenças crónicas e prevê um aumento da mortalidade por doença crónica em cerca de 4% ao ano. No mesmo relatório afirma que uma redução de 2% na mortalidade por doença crónica pouparia, nos próximos 10 anos, 8 milhões de vidas (OMS, 2005).

O enfermeiro assume um papel fundamental na contribuição para a otimização da qualidade dos serviços e dos cuidados à pessoa com doença crónica e família. Podemos dizer que, o enfermeiro é um dos profissionais, senão o profissional de saúde, mais interpelado neste contexto pois: a Enfermagem constitui a maior força de trabalho em saúde, estando na primeira linha de contacto direto com o doente-família-comunidade; o enfermeiro é, por excelência, o profissional formado para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, visando a passagem adequada por todos os setores de saúde; e, o enfermeiro é formado para lidar com todas as esferas que compõem o bem-estar da pessoa, os aspetos físicos/clínicos, emocionais, sociais,

cognitivos e espirituais, considerando a singularidade da experiência do indivíduo ao longo do processo saúde-doença (Gallani, et al., 2015).

A pessoa que enfrenta uma doença crónica tem de lidar com diversos desafios, nomeadamente o uso diário de medicamentos, de produtos e de materiais de desgaste rápido, que são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao seu tratamento e à manutenção da qualidade de vida. Desse modo, os cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crónica são cuidados contínuos prestados, ora em ambiente hospitalar, ora em contexto domiciliar e/ou comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida saudáveis e na promoção de processos de adaptação e de gestão do regime terapêutico. Estes cuidados especializados tem o objetivo de capacitar a pessoa, a família e o cuidador, para a vivência com doença crónica e da alteração de um projeto de saúde, de acordo com a influência da doença na pessoa e na sua qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018).

A pessoa que enfrenta uma nova condição de doença crónica, depara-se com imperativos de mudanças de estilo vida, de comportamentos e na forma de lidar consigo e com os outros, com o objetivo de ultrapassar as dificuldades. Para Meleis e Chick, este processo é designado por transição e decorre num determinado tempo, envolve as mudanças na forma como a pessoa percebe o seu mundo e está frequentemente associado a sentimentos de perda e alienação, a novas relações e à necessidade de desenvolver estratégias de coping (Chick e Meleis, 1986).

Em Portugal, uma das doenças crónicas mais incidentes e que impõe grandes dificuldades na transição saúde-doença, é a Doença Renal Crónica (DRC). No nosso país, é estimado que mais de 800 mil pessoas sofram de DRC com tendência crescente na ordem dos 4 a 5% ao ano (Pereira, 2008).

A DRC é uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, na perda da função renal de forma progressiva, com uma taxa de filtração glomerular (TFG) de 60 ml por minuto mantida por um período superior a três meses, e que afeta o estado de saúde geral dos indivíduos (Levin et al., 2013).

A diabetes mellitus e a hipertensão arterial são responsáveis por 46,8% dos casos de DRC em 2011 (31,7% diabetes e 15,1% hipertensão arterial). Em 31 de dezembro de 2022, segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), 21198 pessoas estão dependentes de uma técnica de substituição da função renal (TSFR) para sobreviver, destes 12878 encontram-se em Hemodiálise (HD), 881 em Diálise Peritoneal (DP) e 7439 transplantados com rim funcionante, 159 dos doentes em fase terminal da doença encontram-se em tratamento conservador (SPN, 2022). Estes números relatam a realidade epidemiológica da doença em Portugal e o aumento significativo da sua prevalência e incidência; no entanto, estes números não transmitem o verdadeiro impacto que a DRC tem na condição da vida das pessoas.

A DRC é uma condição médica grave e progressiva e com forte prevalência, que pode levar a complicações sérias e limitações na qualidade de vida das pessoas. A gestão da DRC requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde. Nesse contexto, a Enfermagem desempenha um papel fundamental nesse processo, pois fornece cuidados personalizados e holísticos à pessoa doente e família. O enfermeiro desempenha um papel importante ao fornecer intervenções preventivas, educacionais e práticas no cuidado de portadores de DRC e família, como a avaliação e monitorização, educação sobre autocuidado, gestão da terapêutica medicamentosa, regime alimentar, regime de exercício físico, estilo de vida, higiene e aconselhamento, coordenação de cuidados com a equipa de saúde, monitoriza a segurança e qualidade do tratamento e sinais de complicações, além de suporte emocional para a pessoa e para a família/cuidador (Coelho, 2023; da Silva, 2020).

O curso natural da DRC é a sua progressão desde os estádios iniciais até à DRCT, na qual há necessidade de implementação de uma TSFR. A pertinência e o desenho deste estágio teve em conta o curso natural da doença e o seu itinerário terapêutico, procurando contextos que me permitissem acompanhar a pessoa com DRC desde os seus estádios iniciais, durante a consulta de esclarecimento e de opção da modalidade de TSFR; nos tratamentos de substituição da função renal (HD, diálise peritoneal e transplante renal); nas intervenções técnicas, como a remoção e colocação de CVC's; e durante o internamento hospitalar por complicações de saúde no decurso da DRC.

Durante o módulo I do estágio, decorrido no ano letivo de 2022/2023, elaborei um projeto de desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com o objetivo de nortear as atividades realizadas durante o módulo II. Neste projeto, apresentei e justifiquei a escolha da temática do desenvolvimento de competências na área de Enfermagem à pessoa em situação de DRC, foi realizado um enquadramento do projeto e definido um planeamento, com os objetivos, as atividades e recursos utilizados, a avaliação da viabilidade do projeto, um cronograma e a sua monitorização.

O objetivo geral definido foi desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, nomeadamente:

- na identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à DRC;
- na promoção de intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da DRC;
- na liderança do desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;
- na avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a

vivenciar a DRC;

- no desenvolvimento de um ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRC através da gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição e adaptação à doença crónica;
- na gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos;
- e na promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança.

Este relatório tem como principal objetivo descrever o percurso realizado em ambos os contextos clínicos, tendo por base uma apurada e fundamentada reflexão crítica demonstrando, assim, o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas, tendo em conta as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O presente documento surge no âmbito do estágio realizado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EMCEPSC) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), integrado na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II em contexto de unidades de cuidados direcionadas para o acompanhamento de pessoas em situação crónica.

O estágio decorreu em dois momentos, num total de 540 horas, numa Unidade de HD na região norte do país e numa Serviço de Nefrologia/Unidade de Transplante Renal de um hospital central, igualmente na zona norte do país.

Este relatório reflete o percurso para obtenção do grau de enfermeiro especialista que defini para o meu estágio, assente no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, enunciados pela OE em 2010, nos seus quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica: cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018). Em todos os domínios, o enfermeiro deve apoiar a sua intervenção na melhor evidência científica, nomeadamente no âmbito específico da Enfermagem, para disponibilizar sempre à pessoa/família cuidados de qualidade (OE, 2010).

Desta feita, este relatório está estruturado em três partes; na primeira parte, é feita a caracterização dos contextos clínicos, onde se realizou o estágio; na segunda parte, são

descritas as atividades desenvolvidas e os contributos para a aquisição de competências especializadas comuns e específicas, no âmbito do cuidado da pessoa em situação crónica; na terceira e última parte, é realizada uma síntese do relatório com as principais conclusões.

Por último, apresentam-se os anexos a este relatório, onde são apresentados os documentos e os trabalhos, desenvolvidos durante os estágios, que se constituíram como um contributo para a desenvolvimento das competências especializadas durante o estágio.

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

Este estágio de natureza profissional realizou-se em dois momentos: o primeiro momento decorreu de 19 de setembro a 10 de novembro de 2023 numa Unidade de HD; e, o segundo momento decorreu de 13 de novembro de 2023 a 19 de janeiro de 2024 no Serviço de Nefrologia e na Unidade de Transplante Renal de um hospital central. Seguidamente, apresento uma breve descrição desses contextos.

Unidade Convencionada de Hemodiálise

A atividade da unidade de HD, nas atuais instalações, tem como objetivo de promover o acesso a cuidados de excelência à população com DRCT residentes no conselho, que abrange mais de 300 km² e engloba mais de 85000 habitantes (Pordata, 2021). Como o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes em programa regular de HD, a área de abrangência da unidade varia de acordo com a distância à unidade.

A unidade tem um horário de funcionamento das 7:00 às 23:00 horas, de segunda a sábado, com seis turnos de tratamento: dias pares (segundas, quartas e sextas) de manhã, à tarde e à noite e dias ímpares (terças, quintas e sábados) de manhã, à tarde e à noite.

A equipa de cuidados da unidade é constituída por vinte enfermeiros (oito em regime de contrato por conta de outrem e doze em prestação de serviços), doze assistentes operacionais, oito médicos, uma assistente social, uma nutricionista, um farmacêutico, um técnico auxiliar de manutenção e duas secretárias, uma clínica e outra administrativa.

Como já referi, a equipa de Enfermagem apresenta esta diversidade quanto ao vínculo contratual dos indivíduos pois, historicamente, as unidades periféricas de HD eram um local onde os enfermeiros prestavam serviços em acumulação de funções. Todavia, nos últimos anos, a unidade tem investido na contratação de enfermeiros para as suas equipas e a constituição de um quadro próprio, com o objetivo de melhorar a continuidade de cuidados. Segundo Mendes et al (2017), a continuidade de cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, concorre para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia a seguir pelos serviços de saúde (Mendes et al., 2017).

A continuidade de cuidados tem como objetivo melhorar o papel do enfermeiro junto da pessoa com DRC em HD e família/cuidadores, na implementação de intervenções educacionais como a educação para o autocuidado da fístula arteriovenosa (FAV), que se afigura uma condição essencial à pessoa com DRC em HD. É fundamental que a pessoa compreenda a natureza do autocuidado, para saber lidar e planear novas formas de harmonizar a presença da FAV com o

seu quotidiano e o seu estilo de vida (Sousa, 2009).

No que concerne à formação dos enfermeiros, existe uma enfermeira especialista em Enfermagem médico-cirúrgica e dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação. Com o surgimento da especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, três enfermeiros encontram-se a frequentar esse curso de mestrado. Segundo o guia orientador da OE que define os cuidados à pessoa com DRCT em HD, face ao contexto específico da intervenção dos enfermeiros em técnicas dialíticas, recomenda-se que as unidades evoluam no sentido de 50% dos enfermeiros possuam competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica ou pessoa em situação crónica (OE, 2016).

Neste momento, a unidade presta cuidados a cento e treze pessoas com DRCT em programa regular de HD distribuídas pelos seis turnos existentes. A capacidade máxima por turno é de vinte pessoas a realizar tratamento, divididas por quatro ou cinco enfermeiros, dependendo do número de postos ocupados, respondendo à norma das dotações seguras em cuidados de Enfermagem, publicada no Diário da República n.º 743 de 25 de setembro de 2019, que define o número mínimo de enfermeiros para as unidades de diálise. O número de enfermeiro por posto deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de Enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, tendo como referência, no mínimo, um enfermeiro por quatro doentes.

Esta unidade tem como missão criar um futuro digno de ser vivido para os doentes renais, procura apoiar a prevenção e abrandar a progressão da DRC, prestar os melhores cuidados aos doentes renais com base nas diretrizes nacionais e internacionais. Assim como, promover uma colaboração estreita e transparente entre os nefrologistas, os clínicos gerais, os fornecedores de cuidados médicos e os doentes e capacitar os doentes com DRC para os ajudar a enfrentar um futuro melhor.

Nesta unidade não existe um método de trabalho definido. Algumas tarefas são realizadas segundo o método funcional, que se baseia na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, que tendo proficiência nessas técnicas ficam responsáveis por essa função, como no caso da preparação dos kit's de conexão/desconexão e a preparação do anticoagulante. Já no cuidado à pessoa com DRC, é utilizado o método individual, no qual, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de pessoas doentes durante um turno.

Neste momento existe, por parte do enfermeiro-chefe, a intenção de implementar o método de trabalho por enfermeiro de referência, que será um dos próximos projetos de melhoria a implementar nesta unidade.

Serviço de Nefrologia e Unidade de Transplante Renal

A Unidade de Transplante Renal/Nefrologia tem como objetivo primordial, garantir cuidados altamente especializados em transplantação renal, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada bem como a investigação, respeitando aquilo que são os princípios da humanização, colocando o doente e a família/cuidadores no centro da tomada de decisões.

Enquanto centro de referência de transplante renal em Portugal, foram nele realizados, no ano de 2021, oitenta e cinco transplantes renais. Esta unidade inclui a unidade de internamento de transplante renal com nove camas e a consulta de transplante renal, que engloba as consultas de pré-transplante renal, dador vivo e pós-transplante.

A unidade de transplante renal tem um internamento hospitalar que funciona vinte e quatro horas por dia nos sete dias da semana e está integrada no serviço de Nefrologia. A equipa multidisciplinar é constituída por vinte e nove médicos, trinta enfermeiros, um assistente social, dois assistentes técnicos e catorze assistentes operacionais.

O internamento do serviço de Nefrologia possui doze camas com o objetivo de prestar cuidados de saúde hospitalares nefrológicos diferenciados, com a melhor qualidade assistencial aos doentes. A sua ocupação é gerida consoante as necessidades das diferentes unidades dos serviços, nomeadamente pela equipa de Nefrologia Clínica e da equipa de Transplantação Renal, que ocupam grande parte da enfermaria. O serviço garante, ainda, o acompanhamento nefrológico de doentes internados nos outros serviços do hospital.

O serviço de Nefrologia integra, também, a unidade de DP que acompanha mais de uma centena de doentes que optaram por esta técnica de diálise autónoma e domiciliária. Neste serviço é colocado o acesso peritoneal (cateter de Tenckhoff), efetuado o treino específico aos doentes e família/cuidadores, realizadas consultas programadas e não programadas, asseguradas visitas domiciliárias e prestada assistência no internamento hospitalar, aquando do internamento os doentes em DP. Os enfermeiros desta unidade são responsáveis pela consulta de esclarecimento e de opção da modalidade de TSFR, antes do início do tratamento.

Este serviço integra, igualmente, a unidade de HD que dispõe de doze monitores e faz o acompanhamento e a realização de tratamentos de HD, hemocarboperfusão e plasmaferese, aos doentes internados no hospital e no serviço de urgência. Os enfermeiros desta unidade podem ainda deslocar-se às unidades de cuidados intensivos e intermédios para realizar estes tratamentos.

Existe ainda uma sala de procedimentos técnicos, em funcionamento em regime de marcação, onde são realizadas a remoção e colocação de cateteres venosos centrais para HD e biópsias renais, de doentes internados e em regime de ambulatório, na qual um enfermeiro colabora com um médico nestes procedimentos.

Ao nível da formação dos enfermeiros existe quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem

Médico-Cirúrgica e dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. À semelhança do contexto anterior, com o surgimento da especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, uma enfermeira encontra-se a frequentar este curso de mestrado. O método de trabalho desta equipa é o método individual, no qual, à semelhança do que acontece na unidade de HD, um enfermeiro assume a total responsabilidade pelos cuidados a um grupo de doente durante um turno. Neste momento, a unidade de nefrologia não apresenta nenhum projeto de melhoria, mas existe a vontade do enfermeiro chefe, de desenvolver um projeto de gestão de casos, por forma a que uma equipa de Enfermagem possa acompanhar os doentes com DRC que não têm vaga no serviço e são colocados noutros serviços do hospital.

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

Mulher com 75 anos que vive com o marido. Diagnosticada com DRC desde 2013 e seguida desde então na consulta de Nefrologia. Iniciou HD no hospital de referência e foi transferida para esta unidade no segundo trimestre de 2023. Tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial e dislipidemia. Não sabe e não gosta de cozinhar, o marido é que prepara todas as refeições. Marido de 76 anos, reformado, coabita com a cliente e o responsável por gerir o regime dietético.

3.1. Enquadramento teórico

Neste enquadramento teórico pretende-se expor a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica, que consideramos mais relevante para a abordagem do caso clínico em estudo e a elaboração do plano de cuidados.

DOENÇA RENAL CRÓNICA: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

Os rins têm um papel preponderante na manutenção da homeostasia e na eliminação dos produtos resultantes do metabolismo celular e outros produtos tóxicos. São responsáveis, também, pela excreção de água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, hidrogénio e bicarbonato, mantendo constante o volume e a composição do líquido extra-celular. O rim tem ainda a função de manter o equilíbrio hidroelectrolítico e ácido - base. Excretam os produtos do metabolismo azotado como a ureia, a creatinina e o ácido úrico, e são responsáveis pela segregação endócrina da eritropoietina, renina e outros fatores, como as prostaglandinas e as quininas, pela ativação da vitamina D, assim como, pela degradação da insulina e outras hormonas (Pataca, 1997).

A DRC é definida como uma lesão renal ou taxa de filtração glomerular (TFG) <60 mL/min/1,73 m² registada durante 3 meses ou mais, independentemente da causa. A lesão renal em várias doenças renais pode ser detetada pela presença de albuminúria, definida numa relação albumina/creatinina >30 mg/g em duas de três amostras pontuais de urina (KDIGO, 2005).

A etiologia da DRC é multifatorial. As causas mais comuns e mais estudadas são a diabetes mellitus, hipertensão arterial, a glomerulonefrite e as doenças renais císticas. Existe uma estreita associação entre a DRC e a hipertensão, mas a hipertensão pode ser uma causa ou uma

consequência da DRC (Hung, et al, 2014).

Em Portugal, a DRC tem uma tendência crescente, com a diabetes mellitus e a hipertensão arterial a assumir as causas dos casos em cerca de 46,8%, em 2011. Esta realidade epidemiológica da doença em Portugal e o aumento significativo da sua prevalência e incidência é preocupante, no entanto, estes números não transmitem o verdadeiro impacto que a DRC tem na condição tem na vida das pessoas (SPN, 2022).

FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÓNICA, SINAIS E SINTOMAS

A DRC é causada por uma variedade de condições subjacentes, no entanto, como se caracteriza pela perda de cerca de metade do total de nefrónios, a doença progride de forma semelhante, independentemente da etiologia. A etiologia subjacente como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a exposição a toxinas leva a diminuição do número total de nefrónios e a um aumento da permeabilidade glomerular, que por sua vez, leva a um aumento da filtração de proteínas, que são excretadas na urina (proteinúria) (Fatehi & Chi-yuan, 2020).

A resposta a esta diminuição do número de nefrónios é mediada por hormonas, citocinas e fatores de crescimento. O aumento da atividade intrarrenal do sistema renina-angiotensina parece contribuir para a hiperfiltração adaptativa inicial e a TFG pode aumentar durante este período. Embora inicialmente benéfico, este mecanismo compensatório, leva a um aumento da pressão capilar intraglomerular (hipertensão glomerular) e dos mediadores inflamatórios, que causa danos nos nefrónios remanescentes. Este dano de forma contínua leva a um ciclo de feedback positivo e leva à progressão da DRC (Fatehi & Chi-yuan, 2020).

No que diz respeito, a patogénese da hipertensão arterial como resultado da DRC, a HTA não é apenas uma das causas mais comuns de DRC, mas pode também resultar da DRC, pela retenção de sódio e de líquidos, pelo aumento do sistema renina-angiotensina-aldosterona, pelo aumento da atividade do sistema nervoso simpático, pela vasoconstrição devida ao aumento do cálcio sérico pelo hiperparatiroidismo secundário e disfunção dos vasomediadores, pela diminuição do óxido nítrico e pela vasodilatação mediada pelo endotélio (KDOQI, 2004).

- Patogénese do Hiperparatiroidismo Secundário

O hiperparatiroidismo secundário é uma complicação frequente e importante da DRC. Com a diminuição da TFG há uma excreção urinária de fosfato, que leva a um aumento do fosfato sérico e por sua vez ao aumento do fator de crescimento de fibroblasto 23 (FGF-23) que atua com um mecanismo regulador. O aumento do FGF-23 leva à diminuição de fosfato pelo aumento da excreção, para manter os níveis séricos normais. Este aumento contínuo do fosfato sérico leva a uma sobrecarga do sistema regulatório do FGF-23 e leva a secreção da hormona da paratiroide (PTH) - hiperparatiroidismo secundário. O aumento do FGF-23 leva igualmente à inibição da 1 α -hidroxilase que converte a 25-hidroxivitamina D em calcitriol. Com esta diminuição do calcitriol há uma diminuição da absorção do cálcio gastrointestinal e por sua vez

a diminuição do cálcio sérico e ao aumento da PTH. O hiperparatireoidismo secundário tem consequências graves ao nível da calcificação vascular, aumentando a morbidade por doença cardiovascular, osteodistrofia renal, aumentando a morbidade por fraturas trocântéricas, que pode apresentar-se como: osteomalacia, osteíte fibrosa, doença óssea urémica mista e doença óssea adinâmica (iatrogénica pela supressão terapêutica excessiva de PTH) (Delmez & Slatopolsky, 1992).

- Fisiopatologia da anemia na DRC

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

- Sinais e Sintomas

A DRC permanece assintomática até os estádios finais, apesar de uma diminuição significativa na TFG durante os estádios iniciais. A DRC costuma ser descoberta de forma acidental em análises laboratoriais ou quando se apresenta já com complicações. À medida que a função renal diminui, os sintomas vão-se exacerbando, acompanhando a redução da TFG (Roso et al., 2013).

As complicações mais significativas e que tendem a aparecer e agravar com o avançar da DRC, pela redução da TFG, são: a anemia, a HTA, a má nutrição (associada a estados de anorexia), a osteodistrofia, o edema, a dispneia, os distúrbios do metabolismo do cálcio e do fósforo, a neuropatia e a diminuição do bem-estar geral. Pela sua progressão heterogénea, a DRC nem sempre progride de forma inevitável para o estágio 5, ou DRCT (GID, 2014). Todavia, quando atinge o estágio 5, o rim apresenta uma TFG incompatível com a manutenção de vida, e surgem sinais e sintomas exacerbados em diversos órgãos, denominado de “síndrome urémico”. O tratamento nesta fase passa pelo início de uma modalidade de TSFR (Fresenius Medical Care, 2011).

CLASSIFICAÇÃO DA DRC

Para realizar o diagnóstico da DRC, são habitualmente utilizados três parâmetros: o valor da TFG, que deve ser reduzido, o valor de albuminúria, que deve ser elevado e as alterações no estado geral de saúde, como a apresentação de edemas e dispneia. Estas alterações podem manifestar-se como resultado de complicações cardiovasculares, endócrinas, metabólicas, toxicidade medicamentosa, aumento da suscetibilidade a infeções, fragilidade ou declínio cognitivo (KDIGO,2012).

A classificação da DRC é estabelecida segundo os valores da TFG e permite estabelecer um prognóstico. Assim, no estágio 1, a TFG é maior ou igual a 90 ml/min/1,73m², considerada normal ou elevada; no estágio 2, a TFG é de 60-89 ml/min/1,73 m², considerada ligeiramente reduzida; no estágio 3a, com a TFG 45-59 ml/min/1,73 m², considerada de leve a

moderadamente reduzida; no estágio 3b com a TFG 30-44 ml/min/1,73 m², considerada de moderada a severamente reduzida; no estágio 4, com a TFG 15-29 ml/min/1,73 m², considerada severamente reduzida; e, por último, no estágio 5, com TFG <15 ml/min/1,73 m², considerada DRC terminal (DRCT) com necessidade de TSFR (KDIGO,2012).

TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA DOENÇA CRÓNICA

Brito (2009) evidencia que o diagnóstico de uma doença crónica tem um impacto capaz de interferir na vida do indivíduo como um todo. Uma condição de doença exige mudanças no estilo vida, nos seus comportamentos e na forma de lidar consigo e com os outros. Os hábitos são alterados em função do tipo e gravidade da doença e do seu tratamento, levando a pessoa a uma necessidade de adaptação às novas exigências, na tentativa de ultrapassar as dificuldades (Santos e Sebastiane, 1996).

Chick e Meleis (1989) designaram tal processo de adaptação de transição, que decorre num determinado tempo e que envolve mudanças na forma como a pessoa percebe o seu mundo interno e externo, frequentemente associado a sentimentos de perda e alienação, novas relações e necessidade de desenvolver estratégias de coping face às mudanças (Chick e Meleis, 1986).

O conceito de transição foi definido por Chick e Meleis, como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de auto redefinição. No domínio da Enfermagem, as transições aplicam-se quando se relacionam com a saúde ou doença, ou quando as respostas da transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde (Chick e Meleis, 1986).

A teoria das transições identifica cinco propriedades comuns às experiências de transição e sobre as quais deve recair a atenção do enfermeiro. Sendo elas:

- a consciencialização do processo, definido como o grau de consciencialização por parte da pessoa no processo de transição, que é variável, podendo até não existir;
- o envolvimento/compromisso, que é definido como o grau de envolvimento no processo de transição, através, por exemplo, da procura de apoio profissional, social, económico ou de informação. A demonstração evidente de envolvimento relaciona-se com a disposição da pessoa para o autocuidado, assumindo, se não os cuidados, pelo menos a tomada de decisão para a sua consecução;
- a mudança e diferença: cada processo de transição implica mudanças e diferenças. No processo de transição saúde/doença, as pessoas, através de processos cognitivos, decidem mudar;
- o tempo de vida, definido como o fluxo e movimento através do tempo, que se inicia aquando do diagnóstico de doença, mas que pode variar ao longo do tempo e pode resultar num estado

de estabilidade desejável, mas com risco de reativação;

- os pontos e acontecimentos críticos: o processo de saúde/doença, é muitas vezes marcado por pontos críticos como a consciencialização do diagnóstico ou das implicações que a doença terá na vida. Igualmente, as exigências da doença em termos de autocuidado e a necessidade de tomada de decisões, para as quais a pessoa pode não estar preparada ou motivada, constituem um momento crítico no processo de transição e aceitação.

Segundo Meleis (2000) existam condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição, que é necessário compreender para adequar as estratégias a implementar. Nesse sentido, devemos ultrapassar os fatores que interagem negativamente e salientar os favoráveis. Exemplo destas condições são o significado atribuído, as crenças, atitudes pessoais, o nível socioeconómico, a preparação e conhecimento prévio à transição (Meleis, 2000).

O IMPACTO DA DRC NA CONDIÇÃO DE VIDA E VIVER COM A DRC

Viver com a DRC e com os tratamentos associados tem um forte impacto nas vivências da pessoa e na sua qualidade de vida, visto que tanto a doença como o tratamento induzem na pessoa limitações de carácter físico, psicológico e social. A DRC é uma doença incurável e progressiva e tem efeitos, não só na vida do doente, mas também um forte impacto na vida familiar (Talas & Bayraktar, 2004; Jaar, 2013).

A HD é a TSFR mais utilizada na DRCT e é acompanhada de inúmeras restrições de vida tais como, restrições alimentares, de atividades de vida diárias e sociais. O tratamento pode ser realizado em regime de ambulatório em hospital ou unidades periféricas, onde o doente segue um regime de tratamento de quatro horas por dia, três dias por semanas, com forte impacto na sua qualidade de vida. As repercussões no estilo de vida pelo tratamento hemodialítico e pela DRC conduzem a limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais (Ribeiro et al.,2020). As pessoas com DRC em tratamento de HD expressam sentimentos negativo, como medo do prognóstico e da incapacidade, da dependência económica e a alteração da imagem (da Silva et al.,2020).

Ao nível fisiológico, a DRC causa entre outros problemas, disfunção cardiovascular, anemia, desnutrição, fraqueza muscular, neuropatia, intolerância à glucose e redução da densidade óssea. Estas desafios causados pela doença criam no doente uma incerteza em relação ao futuro e a falta de energia, o prurido e a dor contribuem em grande parte para baixa qualidade de vida dos doentes com DRC (Rocco, et al., 2006; Morsch, et al., 2005).

- Regime Dietético

Outro especto importante enfrentado pelos doentes com DRC é a gestão do regime dietético. As restrições na dieta e na ingestão de fluidos são necessárias para evitar complicações cardiovasculares. A dieta em HD deve ser restritiva em sódio, potássio, fósforo e líquidos,

ajustada a condição clínica do doente (Riella e Martins, 2013).

O cálcio é outro mineral que requer uma gestão eficaz na DRC. A doença renal causa desequilíbrios no metabolismo ósseo e aumenta o risco de osteodistrofia renal. Esses desequilíbrios podem causar depósitos de cálcio nos vasos sanguíneos e contribuir para o aparecimento de doenças cardíacas. De acordo com a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), os níveis de cálcio para doentes em diálise de estar entre 8,4 a 10,2 mg/dL. Se os níveis de cálcio estiverem baixos, é necessária uma dieta rica em cálcio ou uso de quelantes de fósforo à base de cálcio e tratar ao mesmo tempo níveis baixos de cálcio e níveis elevados de fósforo. Se os níveis de cálcio estiverem elevados, então os alimentos ricos em cálcio, os suplementos de cálcio e quelantes de fósforo à base de cálcio devem ser limitados ou evitados para ajudar a controlar os níveis de cálcio (Wei et al., 2006).

O objetivo é evitar a sobrecarga hídrica, manter o equilíbrio eletrolítico, proteico, mineral e vitamínico e melhorar os sintomas urémicos. Contudo, apesar destas restrições, a gestão ineficaz do tratamento acarreta complicações, como a desnutrição e pode condicionar a sobrevivência a longo prazo. As restrições dietéticas nos doentes em HD, interferem não só nos hábitos alimentares, mas também na vida social e económica de cada doente. (Riella e Martins, 2013).

- Regime Medicamentoso

A gestão do regime medicamentoso é um dos desafios mais prementes para a pessoa com DRC e pode ser multifatorial, não só por problemas físicos ou cognitivos, como também por problemas económicos. Para uma gestão eficaz do regime medicamentoso, a pessoa terá de entender a importância desse regime, assim como ter vontade de o seguir. Uma gestão ineficaz do regime terapêutico em HD inclui uma gestão ineficaz do tratamento medicamentoso, assim como faltar ou encurtar o tempo da sessão de HD. O enfermeiro deve procurar identificar as condições que levam ao compromisso da gestão do regime medicamentoso, de forma promover e capacitar a pessoa para o gerir e potenciar o autocuidado (Estrella et al., 2013).

-Regime de Exercício Físico

O doente com DRC apresenta fadiga, falta de energia e depressão, que por sua vez levam à disfunção músculo-esquelética e, por último, a um comportamento de inatividade física. Esta inatividade, leva à baixa aptidão física, verificada pela pouca flexibilidade, alterações na coordenação intermuscular e intramuscular, diminuição da força, diminuição da resistência muscular e também à diminuição da aptidão cardiovascular, que, por sua vez, levam a um aumento da dificuldade de realizar atividades de vida diárias e à diminuição da qualidade de vida (Nery & Zanini, 2009). A prática de exercício físico em doentes com DRC surge como uma condição de melhoria da condição física e de diminuição da inatividade e do sedentarismo. Esta melhoria tem ainda um impacto na prevenção de patologias secundárias, como a obesidade e a

patologia cardíaca, assim como, na progressão do agravamento da doença renal. A atividade física e o exercício nesta população proporcionam melhorias da força muscular, da resistência aeróbia, da capacidade motora, dos aspetos psicológicos e da qualidade de vida (Nery & Zanini, 2009; Nahas, 2006).

> Relação Familiar e Familiar Cuidador

Todas as situações inerentes à doença crónica são frequentemente fatores desestabilizadores, desencadeando na família alterações a diferentes níveis, pois vê-se confrontada com novas realidades e necessidades para as quais não estava preparada (Moreira, 2006). A presença de uma doença física ou emocional num dos membros da família causa fragilidades na sua dinâmica e, em grande parte, transforma-se numa crise e numa ameaça à segurança interna da mesma. Perante a inevitabilidade e a imprevisibilidade dos acontecimentos decorrentes da doença crónica, cada membro é afetado e a doença de um dos membros converte-se numa doença familiar (Moreira, 2006, Ribeiro, 2008).

A família desempenha várias funções, sendo uma das primordiais a proteção dos seus membros, particularmente traduzida no cuidar. É no seio familiar que se adquirem conceitos de saúde, estilos de vida saudáveis, valores, crenças e atitudes face à saúde e à doença. Socialmente, a família é o sistema básico no qual os cuidados de saúde são organizados, prestados e assegurados (Martins, 2002).

Para Stanhope e Lancaster (1999), a família tem como objetivo gerar afeto, proporcionar segurança e aceitação pessoal, proporcionar satisfação e sentimento de utilidade, assegurar continuidade das relações, proporcionar estabilidade e socialização e impor autoridade e sentimento do que é correto. Estes autores defendem ainda que, a família tem como função proteger a saúde dos seus membros, apoiando-os em situação de doença como uma unidade, desenvolvendo um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros (Stanhope e Lancaster, 1999).

Para Sequeira (2010), familiares cuidadores são aqueles que prestam cuidados a familiares de uma forma regular e não remunerada. No cuidado da pessoa e família/ cuidadores com doença crónica, o enfermeiro deve considerar as alterações nas vivências familiares, que se vão alterando com a progressão da doença (Benjumea, 2004).

A perceção de um suporte familiar por parte do doente com DRC está relacionado com uma melhor gestão do regime hídrico, níveis mais baixos de ganhos intradialíticos e níveis mais baixos de fósforo e potássio sérico. Verifica-se ainda, uma melhoria na gestão do regime hídrico e padrão alimentar, à medida que aumenta o sentimento de preocupação na família por o utente não aderir ao tratamento (Hailey e Moss, 2000; Boyer et al., 1990; Kara, Caglar e Kilic, 2007).

Ao nível conjugal, existe uma ansiedade manifesta a que os casais estão sujeitos relacionada com a fadiga física, psicológica e com a privação do contacto social regular, causada pelos repetidos tratamentos de diálise. Frequentemente, cada cônjuge omite o seu real estado psicológico de stress intenso, para o qual não é expectável redução ou compensação. Além disso, é frequente a projeção das frustrações no cônjuge dos desconfortos do doente, nomeadamente relacionados com a dieta, comunicação e também ao nível sexual. Outro aspeto, está relacionado com a vivência constante com o risco de morte precoce e do sentimento de viver uma vida inaceitável (Lume, 1986).

TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO da FUNÇÃO RENAL

A HD é um método de tratamento que permite que o sangue seja extraído do organismo através de um acesso vascular e circular através de um monitor de HD num dialisador que irá filtrar o sangue, e que atua como rim artificial. Dentro do dialisador, uma membrana artificial semipermeável separa as substâncias resultantes do metabolismo celular e toxinas do sangue purificado, que é devolvido ao corpo do doente através do mesmo sistema extracorporeal. A sessão de HD tem a duração de três a cinco horas consecutivas, três a quatro vezes por semana, de forma a substituir a função renal (Rodrigues, 2011).

Por sua vez, na diálise peritoneal há uma remoção das toxinas que o rim não é capaz de excretar, utilizando o peritoneu, que atua como um filtro fisiológico existente na cavidade abdominal. As toxinas e a água são transportadas para a solução de diálise através da membrana do peritoneu, num processo de difusão, durante um período. Depois dessa permanência, o fluido de diálise é drenado e substituído por um fluido limpo para mais um ciclo de diálise. A DP é habitualmente realizada no domicílio, e existem duas modalidades: a diálise peritoneal automática e a diálise peritoneal contínua ambulatoria. Em ambos os casos, os doentes são instruídos e treinados de modo a conseguirem realizar todo o processo de tratamento autonomamente (Fresenius Medical Care, 2011).

O transplante renal consiste na implantação cirúrgica de um rim de um dador (vivo ou cadáver). Este tratamento é visto como a abordagem mais completa para os doentes e profissionais, todavia é condicionado por diversos fatores como a indisponibilidade de dador e a condição clínica do recetor. Estas condicionantes levam a uma inacessibilidade dos doentes ao transplante e ao aumento do tempo em lista de espera. O transplante deve ser visto como um tratamento pelo doente, pois existe a possibilidade da falência do excerto renal e do conseqüente regresso à diálise (Mowatt, et al., 2003).

O tratamento conservador, é um tratamento médico que consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer a técnicas de substituição. As indicações para esta modalidade são, sobretudo, as situações em que o tratamento substitutivo não se encontra indicado, não há possibilidade de ser efetuado, ou quando não faculta uma melhoria na qualidade de vida, em relação à oferecida pelo tratamento conservador. Inclui como guias de tratamento as

orientações dietéticas, monitorização da terapêutica, controlo da tensão arterial, glicemia, distúrbios metabólicos e da sintomatologia urémica (DGS, 2011).

ACESSO VASCULAR PARA HD

A qualidade do tratamento de HD está relacionada com a quantidade adequada de sangue que é fornecido ao dialisador. Para isto, é necessário assegurar um acesso vascular funcional, criado ou implantado cirurgicamente, através do qual o sangue pode ser extraído do sistema vascular com segurança, transportado no circuito extracorporal e devolvido ao organismo pela mesma via (Fresenius Medical Care, 2011).

Neste momento, os acessos vasculares que são usados para HD são os arteriovenosos, como a Fístula Arteriovenosa (FAV), a Prótese Arteriovenosa e os venosos centrais, o Cateter Venoso Central (CVC) (KDOQI, 2020). Os CVC's podem ser classificados como temporários e definitivos. O CVC temporário para HD, deve ser usado em situações agudas em que é urgente realizar HD e em seguida substituído por um CVC permanente ou de longa duração.

As FAV's são os acessos preferencialmente utilizados, pela menor morbilidade associada, pela maior durabilidade quando comparadas com os outros acessos acima descritos, bem como pela menor taxa de eventos trombóticos, melhores taxas de fluxo e de menos complicações após maturação (Tordoir, 2004; Thomas, 2005).

As complicações mais frequentemente associadas ao AV para HD são a estenose, a trombose, a infeção, a formação de aneurismas e a síndrome de roubo. A estenose é a complicação mais frequente dos AV definitivos. As estenoses venosas podem ser na veia de drenagem da FAV ou em veias centrais. As estenoses no trajeto da FAV podem ocorrer logo após a construção ou numa fase mais tardia. Numa fase precoce, a causa pode estar relacionada com a técnica cirúrgica, não permitindo que a FAV se desenvolva corretamente, enquanto as causas tardias estão relacionadas com as punções repetidas no mesmo local, as flebites pós punções ou hiperplasia da íntima (Oliveira, 1997).

A trombose do AV pode estar igualmente associada a questões técnicas aquando da construção do AV ou estar relacionada com as características do património vascular da pessoa (Konner, 2005). A trombose do acesso, pode ocorrer prematuramente, muitas vezes relacionada com a técnica e com o património vascular, ou após o início do tratamento, onde pode estar associada aos quadros hipotensivos, como consequência da própria diálise, da desidratação ou da ocorrência de hematomas (Thomas, 2005).

As infeções bacterianas são, também, das complicações mais frequentes na pessoa em programa de HD e uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade. O risco de infeção varia consoante o tipo de acesso, sendo que na FAV as infeções são menos frequentes (1 a 5%), quando comparadas com a PAV, em que o risco pode ser cinco vezes superior (Colaço, 1997).

A formação de aneurismas corresponde a uma dilatação da parede do vaso sanguíneo decorrente das punções repetidas no mesmo local, mas que mantém a integridade. O aumento progressivo do aneurisma pode levar ao comprometimento da pele sobre o acesso vascular, o que poderá conduzir à sua rotura e infecção (KDOQI, 2020).

A síndrome de roubo é uma alteração na circulação periférica que se desenvolve na sequência da construção de um acesso vascular. Esta alteração da circulação leva à hipoperfusão dos tecidos mais distais à construção do AV. Esta complicação é mais frequente nas pessoas com insuficiência circulatória periférica pré-existente, com arteriosclerose oclusiva e alterações na circulação arterial devido a acessos vasculares anteriores (Schanzer e Eisenberg, 2004).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Feminino

Cuidador

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Parentesco: cônjuge.

02-10-2023 19:00 - Coabita com a pessoa dependente.

02-10-2023 19:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

02-10-2023 19:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

02-10-2023 19:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

31-10-2023 19:00

31-10-2023 19:00 - Parentesco: cônjuge.

31-10-2023 19:00 - Coabita com a pessoa dependente.

31-10-2023 19:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

31-10-2023 19:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

31-10-2023 19:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-02 19:00:00	Atorvastatina 40 mg 40mg, PO, 1x/dia	
2023-10-02 19:00:00	Furosemida 40mg, PO, 3comp 2x/dia	
2023-10-02 19:00:00	Bisoprolol 5mg, PO, 1x/dia	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

ATORVASTATINA

Antidislipidémicos: As estatinas são agentes hipolipemiantes que exercem o seu efeito através da inibição da HMG-CoA redutase, enzima fundamental na síntese do colesterol, levando a uma redução do colesterol tecidual e um conseqüente aumento na expressão dos recetores de LDL.

Indicação Terapêutica

As estatinas são um grupo de fármacos dotados de grande interesse no tratamento da hipercolesterolemia e da dislipidemia mista.

Reações Adversas

Dores abdominais, náuseas, obstipação, anorexia, flatulência, dispepsia, astenia. Pode causar eritema multiforme, perturbações psíquicas, parestesias, câibras, aumento dos valores das transaminases.

Aspectos de Enfermagem

É uma estatina de semivida longa e, por isso, pode ser administrada a qualquer momento do dia. Pode ser apropriado permitir ao doente a escolha do momento da toma, caso isso melhore a gestão do regime medicamentoso.

BISOPROLOL

Anti-hipertensores/Depressores da atividade adrenérgica/Bloqueadores beta: Os bloqueadores beta-adrenérgicos ou betabloqueadores são uma classe de fármacos que têm em comum a capacidade de bloquear os recetores beta da noradrenalina.

Indicação Terapêutica

Para além da HTA, os bloqueadores beta estão indicados no tratamento da angina de peito, perturbações do ritmo cardíaco, hipertiroidismo, cardiomiopatia hipertrófica, certas formas de trémulo e, em alguns casos, na prevenção da enxaqueca.

Reações Adversas

Bradycardia sinusal, bloqueios auriculoventriculares, tonturas (eventualmente síncope), possível agravamento de IC, náuseas, vômitos, alterações do trânsito intestinal, dores abdominais, depressão, insónias, alucinações.

Aspetos de Enfermagem

Avaliar a TA e o pulso com regularidade, pelo risco de tonturas e síncope, alertar a pessoa doente para estar mais atenta a esse aspeto, se conduzir veículos ou máquinas. Alertar o doente para não suspender a medicação sem indicação médica.

FUROSEMIDA

Anti-hipertensor/diurético de ansa: Inibe o sistema de reabsorção dos electrólitos Na⁺, K⁺ e 2Cl⁻, localizado ao nível da membrana da célula luminal do ramo ascendente da ansa de Henle. A ação diurética resulta da inibição da reabsorção de cloreto de sódio neste segmento da ansa de Henle. Como resultado, a fração de sódio excretado poderá ascender a 35% da filtração glomerular de sódio.

Indicação Terapêutica

Indicada na remoção dos edemas e congestão pulmonar causados por insuficiência cardíaca e por doenças hepáticas ou renais. Está também indicada em outros tipos de edema mais ligeiros e refratários ao tratamento com tiazidas. É usado em situações de oligúria devido a DR Aguda e Crónica, na HTA e no tratamento urgente de hipercalcemia, pois promove excreção urinária de cálcio.

Reações Adversas

Cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrintestinais e câibras. Pode causar também hiperglicemia/glicosúria e hiperuricemia, com risco de precipitar ataques de gota.

Aspetos de Enfermagem

Avaliar a TA com regularidade, pelo risco de tonturas e síncope. Avaliar sinais de hipocaliemia como astenia e câibras musculares.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Fístula arteriovenosa

02-10-2023 19:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

02-10-2023 19:00 - Braço Direita(o): Frémito bem perceptível.

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa (Braço Direita(o))

31-10-2023 19:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

31-10-2023 19:00 - Braço Direita(o): Frémito bem perceptível.

02-10-2023 19:00 - Prevenir complicações da fístula arteriovenosa

02-10-2023 19:00 - Otimizar fístula arteriovenosa

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 19:00	Sistema respiratório	
02-10-2023 19:00	Sistema cardiovascular	
02-10-2023 19:00	Volume de líquidos	
02-10-2023 19:00	Conservação de energia	
02-10-2023 19:00	Autogestão do regime medicamentoso	
02-10-2023 19:00	Padrão alimentar	
02-10-2023 19:00	Padrão de exercício	
02-10-2023 19:00	Atitudes terapêuticas	

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

Sistema Respiratório

A DRC representa falência das funções de excreção renal, mas também das funções metabólicas e endócrinas dos rins, afetando todo o organismo. As alterações pulmonares em doentes com DRC pode ser resultado direto da circulação de toxinas urémicas ou pode estar associado a sobrecarga de volume, anemia, imunossupressão, desequilíbrio ácido-básico e mesmo da má nutrição. Doentes com lesão renal aguda ou doença renal crónica, tratados ou não com diálise, desenvolvem frequentemente complicações pulmonares, como edema, derrame pleural e infeção (Bianchi, et al., 2009).

Faz sentido selecionar o domínio Sistema Respiratório com hipótese diagnóstica: dispneia e recolher dados da frequência respiratória, ritmo respiratório, simetria do movimento respiratório, profundidade da ventilação, utilização dos músculos acessórios da ventilação e saturação do oxigénio no sangue.

Sistema Circulatório

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos doentes com DRC e o seu aparecimento está relacionado com o aumento dos fatores de risco associados à DRC e à diminuição da função renal. Doentes com DRC tem uma maior prevalência de hipertensão arterial, isquemia miocárdica silenciosa, arritmias ventriculares complexas, fibrilação auricular, hipertrofia ventricular esquerda, calcificação do anel da válvula mitral e da válvula aórtica. Para além disso, outro prognóstico devastador de doença cardiovascular em doentes urémicos é o desenvolvimento de pequena quantidade de circulação colateral coronária.

Justifica a seleção do domínio Sistema Respiratório com hipóteses diagnósticas: Arritmia e Hipertensão Arterial. Os dados a colher são a localização do pulso, frequência do pulso, amplitude do pulso, ritmo do pulso, simetria do pulso, assim como a pressão sanguínea sistólica e pressão sanguínea diastólica.

Volume de Líquidos

Os rins têm um papel preponderante na manutenção da homeostasia e na eliminação dos produtos resultantes do metabolismo celular e outros produtos tóxicos. São responsáveis também pela excreção de água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, hidrogénio e bicarbonato, mantendo constante o volume e a composição do líquido extracelular (Pataca, 1997). A partir do estágio 4 da DRC, correspondente a uma taxa de filtração glomerular entre 15 e 29ml/min/1,73m², esta manutenção da homeostasia está comprometida pela diminuição da excreção de água e a pessoa apresenta sinais e sintomas marcados da doença como o edema, a anemia, a fraqueza muscular e o mal-estar (Romão Junior, 2004).

Faz sentido selecionar o domínio Volume de Líquidos com hipótese diagnóstica: Edema e recolher dados da sede, tumefação dos tecidos, sinal de Godet, turgor da pele, peso e da quantidade mensurável de urina.

Conservação de Energia

Os doentes com DRC frequentemente apresentam intolerância à atividade, definida pela North American Nursing Diagnosis Association (2008) como o estado no qual um indivíduo tem energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades de vida diárias, requeridas ou desejadas.

O doente com DRC em pré-diálise ou a realizar hemodiálise apresenta redução da capacidade funcional e da qualidade de vida. O tratamento dialítico interfere na capacidade funcional, independentemente do estágio da DRC e do tempo de início da hemodiálise. A par disso, a diálise pode comprometer o tempo disponível para atividades físicas e refeições, aumentando assim os sintomas físicos e depressivos e diminuindo a capacidade funcional (Marinho, et al., 2020).

A anemia e o edema são complicações da DRC e comprometem a capacidade funcional do

doente. Na DRC a diurese pode diminuir significativamente, e o doente pode acumular líquido em excesso nos membros inferiores e nos pulmões, que causam dispneia e cansaço. Do mesmo modo, a diminuição de produção de eritropoetina e a menor ingestão de ferro pelas restrições da dieta causam anemia. Os sintomas da anemia são fraqueza, cansaço, falta de ar e dor no peito, principalmente durante esforço físico (Morsch, 2011).

Os rins produzem eritropoetina, hormona que estimula a produção e o amadurecimento dos eritrocitos do sangue. Na DRC A anemia é consequência da falta de eritropoetina. A menor ingestão de ferro pelas restrições da dieta também contribui. Os sintomas da anemia são fraqueza, cansaço, falta de ar e dor no peito, principalmente durante esforço físico.

Justifica a seleção do domínio Conservação da Energia com hipóteses diagnósticas: Intolerância à Atividade, sendo fundamental recolher o dado da comunicação de cansaço.

Autogestão do Regime Medicamentoso

A autogestão do regime medicamentoso adquire nas doenças crónicas um papel fundamental, no entanto na DRC é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves e mesmo fatais. A gestão do regime medicamentoso na pessoa com DRC em HD é, por isso, preponderante para o sucesso do tratamento, pois ajuda na prevenção de complicações associadas e na diminuição dos sinais e sintomas. Este comportamento promove a qualidade e a esperança de vida, diminuindo as taxas de mortalidade associadas às complicações (Rahdar et al., 2019).

Os doentes com DRCT são um grupo particularmente vulnerável à problemática da gestão do regime terapêutico, pois apresentam um regime terapêutico bastante complexo. Além do regime medicamentoso, habitualmente inerente a qualquer doença crónica, enfrentam os tratamentos de hemodiálise realizados três ou mais vezes por semana com duração de três a quatro horas (Sousa, 2012).

Pelo referido faz sentido selecionar o domínio Autogestão do Regime Medicamentoso colocando por hipótese diagnóstica este estar comprometido e colher dados sobre a capacidade da pessoa organizar a medicação conforme horário, dose e pela via adequada.

Padrão Alimentar

O regime dietético continua a ser um pilar importante no controlo da DRC, principalmente no doente em HD, pois é fundamental manter um bom estado nutricional e prevenir complicações nestes doentes. Os objetivos da dieta da pessoa com DRCT são a manutenção de um bom estado nutricional através da ingestão adequada de proteínas, vitaminas e minerais, mas também o controlo do edema e a manutenção do equilíbrio eletrolítico, através de uma restrição na ingestão de fluidos, sódio e potássio. Por outro lado, através do controlo da ingestão de cálcio, fósforo e vitamina D, é também possível prevenir ou retardar o desenvolvimento da

osteodistrofia renal (Mahan & Raymond, 2018).

Está assim justificada a seleção do domínio Padrão Alimentar com hipótese de diagnóstico: a autogestão do regime dietético e colher dados do padrão alimentar: número de refeições diárias, ingestão de vegetais/fruta, potássio, sal, líquidos, proteínas e ingestão calórica.

Padrão de Exercício

No decurso da DRC, os doentes apresentam alterações da condição física decorrentes da doença, no entanto, depois de iniciar hemodiálise, os sintomas podemos agravar com o aparecimento de sarcopenia e outras alterações advindas do tratamento, nomeadamente fadiga, caibras, prostração, anemia e depressão, que podem limitar a prática de atividade física. A falta de prática de exercícios físicos causa alterações musculoesqueléticas, como fadiga e diminuição da resistência.

A atividade física em doentes com DRC tem sido alvo de estudo nos últimos anos e tem sido progressivamente implementada nesta população como intervenção terapêutica, sendo que a literatura identifica que uma combinação entre exercício físico aeróbio e exercícios de resistência promove melhores resultados (Radu, 2020).

Justifica a seleção do domínio Padrão de Exercício com hipótese diagnóstica: Autogestão do Regime de Exercício e recolher dados padrão de exercício: nº de horas por semana de atividade física por lazer e laboral, tempo de exercício físico diário e semanal.

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

02-10-2023 19:00 - Ritmo respiratório regular.

02-10-2023 19:00 - Movimento respiratório simétrico.

02-10-2023 19:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

02-10-2023 19:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

02-10-2023 19:00 - Sem adejo nasal.

02-10-2023 19:00 - Saturação do oxigénio no sangue

02-10-2023 19:00 - Periférico(a): 97 %.

02-10-2023 19:00 - Coloração da mucosa: rosada.

02-10-2023 19:00 - Não comunica falta de ar.

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução da dispneia

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da dispneia [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

- 31-10-2023 19:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 31-10-2023 19:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
- 31-10-2023 19:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
- 31-10-2023 19:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
- 31-10-2023 19:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Localização do Pulso

02-10-2023 19:00 - Antebraço Esquerda(o)

02-10-2023 19:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

02-10-2023 19:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

02-10-2023 19:00 - Pulso rítmico.

02-10-2023 19:00 - Pulso simétrico.

02-10-2023 19:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

02-10-2023 19:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea sistólica: 136 mmHg.

02-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Localização do Pulso

31-10-2023 19:00 - Antebraço Esquerda(o)

31-10-2023 19:00 - Pulso rítmico.

31-10-2023 19:00 - Frequência do pulso: 73 pulsações por minuto.

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

31-10-2023 19:00 - Membro superior Esquerda(o)

31-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea sistólica: 131 mmHg.

31-10-2023 19:00 - Pressão sanguínea diastólica: 61 mmHg.

Volume de líquidos

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Sensação de sede normal.

02-10-2023 19:00 - Sinal de Godet

02-10-2023 19:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

02-10-2023 19:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

02-10-2023 19:00 - Turgor da pele normal.

02-10-2023 19:00 - Pele hidratada.

02-10-2023 19:00 - Peso: 82.00 Kg.

02-10-2023 19:00 - Ausência de olhos encovados.

02-10-2023 19:00 - Quantidade de urina: 400 ml.

02-10-2023 19:00 - Edema

02-10-2023 19:00 - Localização do edema

02-10-2023 19:00 - Membro inferior Esquerda(o)

02-10-2023 19:00 - Membro inferior Direita(o)

02-10-2023 19:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução de sinais de edema

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Sinal de Godet

31-10-2023 19:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

31-10-2023 19:00 - Membro superior Direita(o): Sinal de Godet negativo.

31-10-2023 19:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].

31-10-2023 19:00 - Pele hidratada.

31-10-2023 19:00 - Peso: 80.50 Kg.

02-10-2023 19:00 - Diminuir edema

02-10-2023 19:00 - Posicionar para diminuir edema (Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o)) [Turno da Noite]

02-10-2023 19:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

31-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

31-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Adota comportamentos de autogestão da retenção de líquidos.

31-10-2023 19:00 - Refere satisfação com a autogestão da retenção de líquidos.

02-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime dietético

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Turno da Noite]

Conservação de energia

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

02-10-2023 19:00 - Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Não comunica cansaço [MELHOROU].

02-10-2023 19:00 - Promover autogestão: atividade/repouso [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime de exercício [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [Turno da Noite] [FIM] 31-10-2023 19:00

Autogestão do regime medicamentoso

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

02-10-2023 19:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

02-10-2023 19:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

02-10-2023 19:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Turno da Noite]

Padrão alimentar

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Número de refeições diárias: 3.

02-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

02-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

02-10-2023 19:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

02-10-2023 19:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

02-10-2023 19:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

02-10-2023 19:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

02-10-2023 19:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

02-10-2023 19:00 - Autogestão do regime dietético

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Número de refeições diárias: 4.

31-10-2023 19:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

31-10-2023 19:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

31-10-2023 19:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

31-10-2023 19:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

31-10-2023 19:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no

padrão alimentar.

31-10-2023 19:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

02-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime dietético

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Não adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

31-10-2023 19:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime dietético e indisponibilidade para melhorar.

02-10-2023 19:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

02-10-2023 19:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [Sem Horário] [FIM] 31-10-2023 19:00

31-10-2023 19:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

02-10-2023 19:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [Sem Horário] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Sem Horário] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar cuidador sobre dieta restrita em potássio [Sem Horário] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético através de informoterapia [Sem Horário] [FIM] 31-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [Sem Horário]

31-10-2023 19:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

Padrão de exercício

02-10-2023 19:00

02-10-2023 19:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

02-10-2023 19:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

02-10-2023 19:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

02-10-2023 19:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

02-10-2023 19:00 - Autogestão do regime de exercício

02-10-2023 19:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

02-10-2023 19:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Turno da Noite]

31-10-2023 19:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

31-10-2023 19:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

31-10-2023 19:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

31-10-2023 19:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

02-10-2023 19:00 - Promover autogestão: regime de exercício

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 19:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [Turno da Noite]*

31-10-2023 19:00 - Não adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

31-10-2023 19:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime de exercício e indisponibilidade para melhorar.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Fazer períodos de repouso durante as atividades (Soares et al, 2008);
- Interromper a atividade se ocorrerem sinais de fadiga por esforço (aumento do pulso, dispneia ou dor no peito) (Soares et al, 2008).

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Avaliar a TA todos os dias, de manhã, no braço contrário à FAV e registar os valores (Fresenius Medical Care, 2011).

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Dispneia em pequenos esforços, ortopneia, edemas periféricos e da face e hipertensão arterial são sinais de retenção de líquido (Roso et al., 2013).

Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

- O consumo exagerado de líquidos aumenta a retenção de líquidos dependendo do grau da doença renal e do comprometimento da função excretora (Roso et al. 2013).

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Distribuir as atividades com maior dispêndio de energia ao longo do dia (Soares et al, 2008);
- Interromper a atividade se ocorrerem sinais de fadiga por esforço (como aumento do pulso, dispneia ou dor no peito) (Soares et al, 2008).

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Vigiar os sinais de fadiga em esforço;(Soares et al, 2008);
- Vigiar aumento da capacidade de resistência à atividade física. (Soares et al, 2008).

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Evitar alimentos salgados e não acrescentar sal aos alimentos já preparados (Martins et al., 2013);
- Evitar alimentos ricos em fósforo (laticínios, alimentos pré-cozinhados e com aditivos) e potássio (frutas e vegetais) (Martins et al., 2013);
- Manter um aporte proteico adequado (Martins et al., 2013);
- Ingerir hidratos de carbono de acordo com as necessidades energéticas (Martins et al., 2013).

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Pesar-se todos os dias, de manhã, após urinar se ainda urinar, antes de se alimentar, usando sempre a balança, com o mesmo tipo de roupa (ex.: pijama) (Fresenius Medical Care, 2011);
- Avaliar os ganhos de peso intradialítico e não exceder os 50g/kg entre sessões(Fresenius Medical Care, 2011).

Ensinar cuidador sobre dieta restrita em potássio

- Evitar frutas e legumes frescos (Martins et al., 2013);
- Evitar cereais com aveia e frutos secos (Martins et al., 2013);
- Cozer os legumes em duas águas antes de ingerir (Martins et al., 2013).

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Fazer 4 a 5 refeições por dia (Martins et al., 2013);
- Ingerir alimentos ricos em vitaminas, proteínas e hidratos de carbono (Martins et al., 2013);
- Usar estratégias para reduzir o nível de potássio dos alimentos, como cozer os alimentos em duas águas, comer fruta cozida em vez de fresca (Martins et al., 2013).

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético através de informoterapia

- Entregar ao cuidador o livro “Alimentação do Doente com Doença Renal Crónica”;
- Explicar as estratégias para reduzir a ingestão de líquidos, sódio, fósforo e potássio;
- Discutir com o cuidador as receitas presentes no livro que podem integrar a sua dieta.

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Monitorizar a quantidade de líquidos ingerida durante o dia (Martins et al., 2013);
- Deve considerar líquido, não são apenas bebidas como água, café, chá ou leite, mas também alimentos como iogurtes líquidos, gelados e sopas (Martins et al., 2013);
- Evitar sumos, refrigerantes e bebidas e açucaradas (Martins et al., 2013).

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Avaliar o volume da eliminação urinária subjetivamente de forma a perceber se há uma variação do débito urinário (Roso et al., 2013).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede

- Bochechar com água morna até 4 vezes por dia (Martins et al., 2013);
- Trincar meia rodela de limão (Martins et al., 2013).

Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

- Ingerir diariamente apenas 500ml de líquido para além da quantidade de débito urinário diário (Martins et al., 2013).

3.8. Síntese relativa ao caso

Mulher de com 75 anos. Vive com o familiar cuidador. Foi diagnosticada com DRC desde 2013 e iniciou hemodiálise no segundo trimestre de 2023. Neste processo de transição saúde-doença, a doente apresentava consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso. Todavia, não tinha capacidade para preparar as refeições e gerir o regime dietético, pois não sabia cozinhar.

Face ao caso exposto e relacionando com o enquadramento teórico foram selecionados os domínios do Sistema Respiratório, do Sistema Cardiovascular, do Volume de Líquidos, da Conservação de Energia, da Autogestão do Regime Medicamentoso, Padrão Alimentar e Padrão de Exercício.

No primeiro contacto foi priorizado o controlo de sinais e sintomas relacionados com os domínios do volume de líquidos e conservação de energia e identificar os comprometimentos ao nível da gestão do plano terapêutico.

No segundo contacto, foi priorizado promover papel do cuidador pela necessidade de melhorar da gestão do regime dietético.

Foram identificados compromissos ao nível do Volume de Líquidos, com a identificação dos diagnósticos: edema, potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos e autovigilância da retenção de líquidos e potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime dietético. Foram também identificados compromissos ao nível da Conservação de Energia, com a identificação dos diagnósticos: intolerância à atividade, potencial para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia e sobre exercício. Identifiquei compromisso ao nível do regime dietético, com a identificação dos diagnósticos: autogestão do regime dietético comprometido, potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre a gestão do regime dietético. Identifiquei igualmente compromisso ao nível do padrão de exercício, com o diagnóstico de autogestão do regime de exercício, todavia não era o momento próprio para intervir.

Notei uma evolução positiva nos domínios selecionados. Ao nível do Volume de Líquidos foi

possível resolver os diagnósticos potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos e potencial do cuidador para melhorar o regime dietético. Em relação à Conservação de Energia foi possível dar termo aos diagnósticos intolerância à atividade e potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia e sobre regime de exercício. No que toca ao regime dietético, houve ganhos ao nível do potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético e foi possível dar termo a este diagnóstico.

4. ESTUDO DE CASO 2: CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DRC PÓS TRANSPLANTE RENAL

Mulher com 52 anos com DRC terminal, em tratamento de hemodiálise desde maio de 2022, foi submetida a transplante renal de dador vivo cruzado em janeiro de 2024. Vive com a marido e com a filha. Profissionalmente ativa e autónoma nas atividades de vida diárias. Diagnostica com DRC por nefropatia de IgA desde 2018, seguido em consulta externa de Nefrologia. Devido ao avanço progressivo da doença e discutidas TSFR, optou por hemodiálise, construiu FAV braquio-basílica na prega do cotovelo esquerdo e iniciou HD em maio de 2002. Procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências relatadas. O primeiro contacto foi realizado ao sétimo dia de pós-operatório.

4.1. Enquadramento teórico

No enquadramento teórico apresenta-se a síntese da informação que resultou da consulta e análise da bibliografia consultada a pretexto do cenário inicial. Há tópicos abordados no primeiro caso, como a definição da DRC, a sua etiologia e epidemiologia e a transição saúde-doença na doença renal, que também fazem sentido para este, e devemos também considerar esse enquadramento.

NEFROPATIA IgA

A nefropatia IgA é uma síndrome nefrítica, uma forma de glomerulonefrite crónica caracterizada pela deposição de imunocomplexos de IgA nos glomérulos. Conhecida por ser a forma mais comum de glomerulopatia primária em todo o mundo, é causada por depósitos de anticorpos (Imunoglobulina A) causando inflamação e lesão progressiva dos glómerulos renais ao longo dos anos. Sabe-se que cerca de 50% dos casos novos de glomerulopatias e 40% de todos os pacientes com DRCT são devidos à NIgA.

A NIgA é caracterizada por uma progressão clínica lenta e em mais de um terço dos pacientes evolui para a doença em estágio terminal, contribuindo substancialmente para a população de pacientes em TSFR (Neves et al., 2012).

TRANPLANTAÇÃO RENAL

Na fase mais avançada da doença, o tratamento disponível resume-se à TSFR pela hemodiálise, pela diálise peritoneal ou pelo transplante renal. Este último tem como principais vantagens o

aumento da sobrevivência e a melhoria da qualidade de vida, constituindo, por esse motivo, o tratamento de eleição. Contudo, tem-se verificado um desfasamento crescente entre a procura e a disponibilidade de órgãos, limitando o acesso ao transplante (Correia et al., 2019).

A transplantação renal é uma técnica TSFR que consiste na colocação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo (DGS, 2011). Na maioria dos casos é uma técnica executada em doentes que já se encontram em programa de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), embora seja possível efetuar-la antes de iniciar tratamento dialítico. O transplante renal apresenta diversas vantagens em relação às outras técnicas alternativas de substituição da função renal, que resultam de o rim transplantado possuir em teoria todas as funções que lhe são próprias. Dessa forma, o órgão transplantado volta a assumir a função reguladora do metabolismo de diversas substâncias como a água, sódio, potássio e fósforo e excretora de outras substâncias tóxicas. Volta, igualmente, a produzir hormonas que regulam a eritropoiese e a que regulam regeneração óssea. A transplantação renal tem por isso, diversas vantagens e permite ao doente uma liberdade retirada pelas restrições impostas pela diálise, dando uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de vida ao doente (DGS, 2011).

O transplante renal pode realizar-se com rins provenientes de pessoas que faleceram (dador cadáver) ou com um rim doado por uma pessoa viva (dador vivo). No caso de dador vivo, dador e recetor propõe-se a transplante renal e a principal vantagem são os resultados esperados, pois existe uma maior e significativa probabilidade de o transplante ter sucesso, em comparação com o dador cadáver. A principal desvantagem é a necessidade de extrair cirurgicamente um rim a uma pessoa sã (dador), com os inerentes riscos associados à anestesia e ao ato cirúrgico e possíveis complicações psicológicas futuras. No caso do dador cadáver, o recetor propõe-se para transplante e é inscrito numa lista de espera para transplantação e aguarda que surja um dador cadáver compatível (DGS, 2011).

Doação Cruzada

Doação renal cruzada com dador vivo é o processo de alocação que permite a transplantação de órgãos compatíveis através do intercâmbio de rins de dois ou mais pares dador-recetor. A Portaria nº 802/2010, de 23 de agosto, criou o Programa Nacional de Doação Renal Cruzada (PNDR) para dar resposta a uma das principais limitações à dádiva de dador vivo verificadas em alguns pares dador-recetor, que são as incompatibilidades de grupo sanguíneo ou de sistema HLA (Human Leucocyte Antigen). A doação renal cruzada surge como uma alternativa que permite ultrapassar esta limitação, oferecendo aos doentes com DRC a possibilidade de transplante mediante troca de rins entre dois ou mais pares dador-recetor. Através desta modalidade, os recetores têm a possibilidade de receber um rim adequado e os dadores realizem o seu desejo de doação, permitindo deste modo, melhorar a resposta às necessidades dos doentes candidatos a transplante renal (Portaria n.º 802/2010 de 23 de agosto do Ministério da Saúde, 2010).

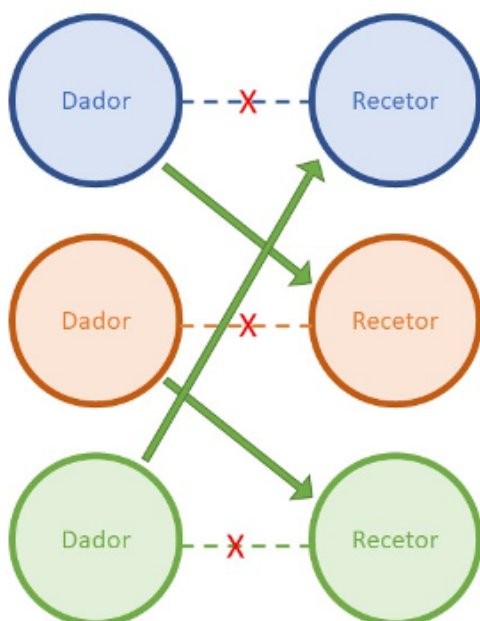


Figura 1 Esquema de Doação Renal Cruzada com 3 Pares Dador-Recetor (Elaboração Própria)

COMPLICAÇÕES DA TÉCNICA DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Mesmo com uma seleção rigorosa e uma técnica cirúrgica adequada, o transplante renal pode ter complicações associadas. Durante a cirurgia existem diversas complicações associadas nomeadamente, à intubação orotraqueal, às descompensações hemodinâmicas da tensão arterial, do ritmo ou do funcionamento cardíaco, à necessidade de transfusão de hemoderivados, a possíveis alergias a medicamentos e pode até ser impossível concluir com êxito a implantação do rim por impossibilidade técnica, apesar dos estudos prévios feitos durante as consultas de pré-transplante (DGS, 2011).

Todavia, a transplantação renal acarreta riscos e complicações específicas não relacionados com o procedimento cirúrgico, mas sim com o facto de implantar um órgão dentro do organismo e do tratamento medicamentoso para evitar a sua rejeição. A complicação mais frequente de perda do enxerto renal em fase precoce é a rejeição aguda, enquanto a longo prazo é a nefropatia do enxerto ou rejeição crónica. A rejeição pode ocorrer durante, imediatamente e após a implantação, nas primeiras semanas ou mais tardiamente ao longo da vida do rim transplantado. O tempo de rejeição é variável, mas mais frequente nos primeiros 6 meses. Apesar da existência de tratamento para esta complicação, o rim transplantado pode perder a função e levar à necessidade de diálise, ou mesmo, remoção do rim transplantado. Outra complicação frequente é a infeção, pois no doente transplantado são habituais as infeções por microrganismos oportunistas e por microrganismos habituais devido à imunossupressão. A gravidade da infeção é variável e o tratamento pode levar ao internamento. Para além destas duas complicações habituais, existe também o risco de aparecimento da doença renal nativa no rim transplantado, hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, arteriosclerose, diabetes,

maior propensão para fraturas ósseas e aparecimento de tumores, devido ao uso dos imunossupressores (Rubin, 1993; Akbar et al., 2005; DGS, 2011).

A terapia imunossupressora assume um papel fundamental e tem como objetivo evitar a rejeição do órgão transplantado e preservar a função do mesmo. Devido ao risco de rejeição ser maior nos primeiros meses, o nível de imunossupressão é elevado e, em seguida, reduzido para níveis de manutenção durante 6 a 12 meses (Fuchs & Coustan, 2007).

IMUNOSSUPRESSÃO DE INDUÇÃO

A resposta imunitária do hospedeiro é mais agressiva no período imediatamente após o transplante, tendo em conta isso, o tratamento imunossupressor é aplicado em doses elevadas nos primeiros 2 ou 3 meses pós-transplante. A terapia de indução é caracterizada por uma terapia profilática intensa iniciada no momento do transplante com o objetivo de prevenir a rejeição aguda e induzir um estado de tolerância ao enxerto, suprimindo a resposta imunológica inicial (Jolly & Watson, 2011).

IMUNOSSUPRESSÃO DE MANUTENÇÃO

A terapia imunossupressora de manutenção consiste numa conjugação de fármacos imunossupressores que estimulam a sobrevivência do transplante no longo prazo. Na generalidade, a imunossupressão de manutenção é realizada através de um esquema triangular com por um inibidor de calcineurina (Ex. Tacrolimus), um antimetabólico (antiproliferativos) (Ex. Micofenolato de Mofetil), e corticosteroides (Ex. Prednisolona), e é ajustada até maximizar a proteção contra a rejeição durante os 6 meses seguintes. À medida que o tempo após o transplante vai aumentando, a resposta imunológica pode ser mais facilmente controlada e, assim, diminuir as doses e o número de fármacos utilizados. No entanto, não é possível parar o regime imunossupressor sem que ocorra uma rejeição aguda e perda do órgão transplantado (Jolly & Watson, 2011).

DIABETES MELLITUS PÓS TRANSPLANTE RENAL

A diabetes mellitus pós-transplante caracteriza-se pela presença de um ou mais dos seguintes critérios identificados pela primeira vez no período pós-transplante: glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL (7 mmol/L) ou prova de tolerância à glicose oral ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) ou sintomas sugestivos de diabetes associados a glicemia ocasional ≥ 200 mg/dL (Pham et al., 2011).

O esquema de imunossupressão é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de diabetes mellitus pós transplante renal. Os glucocorticóides, como a prednisolona, e o tacrolimus são os imunossupressores que induzem maior risco de diabetes mellitus pós transplante renal (Sarno et al., 2012).

A diabetes mellitus pós-transplante renal está associada a aumento da morbidade e mortalidade cardiovasculares, por isso, deve existir um diagnóstico precoce de diabetes mellitus

pós-transplante renal e o respetivo tratamento com antidiabéticos orais e/ou insulina, com o objetivo de atingir um controlo glicémico adequado (Ferreira et al., 2015).

VIVER COM TRANSPLANTE RENAL

O transplante renal é o tratamento de eleição perante o último estágio da DRCT, proporcionando ganhos em saúde, aumento da sobrevivência e da qualidade de vida. No entanto, o transplante renal não põe fim à DRC gerando grande incerteza no doente. Todo o processo requer cuidados de saúde na fase de pré, durante e após o transplante (Santos et al., 2015)

Logo após a cirurgia, a pessoa transplantada apresenta resultados fisiológicos precoces, com a função imediata do enxerto, criando expectativas altas a nível pessoal, familiar e social. Todavia, o transplante renal acarreta alguns riscos, medos e dependência de tratamentos farmacológicos e um alto impacto social e económico, ou seja, podem ocorrer alterações, não só na obrigação de uso de medicação imunossupressora, mas também nas relações interpessoais, na atividade laboral e por último na constatação de que a durabilidade do órgão transplantado não é eterna (Vos et al., 2015).

O transplante renal tem, por isso, forte impacto na vida da pessoa submetida a transplante renal, mas também na família e na sociedade, podendo afetar a atividade do doente em todas as suas vertentes da vida.

A pessoa com doença renal crónica submetida a transplantação renal tem a necessidade de controlo médico especializado contínuo e sujeição a medicação imunossupressora, com uma gestão do regime medicamentoso rigorosa e dos diversos efeitos secundários adversos (Muñoz et al., 2014).

A qualidade de vida da pessoa nesta transição está relacionada com o peso que a doença tinha quando necessitava de TSFR, em hemodiálise ou diálise peritoneal. Segundo esta análise, e dependendo da evolução da DRC da pessoa transplantada, a qualidade de vida da pessoa e da família é afetada. O papel do enfermeiro é crucial neste processo de transição, quer na identificação e avaliação do impacto na qualidade de vida da pessoa, quer no planeamento e intervenção, com o objetivo de alcançar o bem-estar físico, psicológico e a reabilitação (Muñoz et al., 2014).

REGIME MEDICAMENTOSO

A transição vivenciada pela pessoa após o transplante renal impõe algumas transformações nas atitudes e comportamentos, nomeadamente a nível familiar e nos planos de vida da pessoa. Para além disso, é necessária uma nova adaptação ao regime terapêutico, medicamentoso e dietético. A aceitação e adaptação a este novo estilo de vida vai definir o sucesso da transição, pela adoção de comportamentos de saúde saudáveis, em particular da adesão ao regime medicamentoso (Pedroso, et al., 2019).

Os enfermeiros pela sua proximidade e capacidade de estabelecer a relação terapêutica com o doente, desempenham um papel essencial na promoção e manutenção de atitudes e comportamentos saudáveis que promovam o sucesso do transplante renal e da qualidade de vida do doente. Entre as várias intervenções planeadas, as ações educativas assumem grande importância pois permitem promover a gestão do regime terapêutico, nomeadamente o medicamentoso. Estas intervenções devem ter em atenção a individualidade de cada pessoa, valorizando e favorecendo a humanização dos cuidados (Pedroso, et al., 2019).

O transplante renal é um procedimento cirúrgico invasivo onde ocorre a implantação de um rim proveniente e um dador num recetor. Depois do procedimento é necessário um acompanhamento rigoroso de monitorização, vigilância e avaliação clínica contínua com a realização de exames complementares de diagnóstico e medicação imunossupressora ininterrupta. Uma gestão comprometida do regime medicamentoso poderá significar o insucesso do transplante e o comprometimento da qualidade de vida da pessoa submetida ao transplante. Quando identificado este comprometimento da gestão do regime medicamentoso devem ser realizadas intervenções mais ajustadas a cada situação, como a redução na quantidade de terapêutica, o recurso a estratégias de lembrete da toma e ações educativas (Gokoel, et al., 2020).

REGIME DIETÉTICO

Na preparação do regresso a casa após o transplante renal, deve-se ter em atenção a gestão do regime dietético. A terapêutica imunossupressora pode ter efeitos colaterais como a desregulação dos níveis de potássio, colesterol, glicemia e aumento do apetite que pode levar ao aumento de peso. Deve haver um controlo do aumento de peso corporal para prevenir o fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2008).

A ingestão de sal, na qual a quantidade permitida pode variar de pessoa para pessoa, mas deve ser restrita de forma a prevenir a retenção de líquidos e o aumento da tensão arterial (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2008).

Em relação às técnicas dialíticas, após o transplante não há mais necessidade de restringir a ingestão de potássio e fósforo. Isso também se aplica a doentes que faziam dieta restrita de proteínas antes do transplante. Alguns doentes apresentam níveis baixos de potássio, fósforo e magnésio no sangue após o transplante, e geralmente precisam de suplementos para aumentar os níveis sanguíneos desses minerais (Teger, 2019).

Devido ao risco de aumento de peso, é recomendado manter o peso corporal saudável com um índice de massa corporal menor que trinta e enfatizar que o consumo de uma dieta saudável, mas em porções inadequadas pode conduzir à obesidade e a outras comorbilidades associadas, como o aumento do risco de diabetes mellitus, hipertensão arterial, hiperlipidemia e doenças

cardiovasculares. É essencial enfatizar o consumo de gordura monoinsaturada e polinsaturada (azeite, peixe e frutos secos), a baixa ingestão de saturada (gorduras de origem animal) e a ingestão mínima de gordura trans (alimentos processados, como bolos e salgados) (Teger, 2019).

Um dos efeitos secundários da terapêutica imunossupressora é o aumento da glicemia capilar e por isso o doente transplantado deve evitar alimentos ricos em açúcar, substituir refrigerantes e bebidas alcoólicas por água (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2008).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 52 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 08:30:00	Nistatina 500 000UI (5ml), PO, 4id, 9h-13h-17h-21h	
2024-01-04 08:30:00	Prednisolona 25mg, PO, 1id, 21h	
2024-01-04 08:30:00	Tacrolimus 6,5 mg, PO, 2 id, 9h-21h	
2024-01-04 08:30:00	Micofenolato Mofetil 750mg, PO, 2id, 9h-21h	
2024-01-04 08:30:00	Paracetamol 1000mg, PO, 2 id, 9h-21h	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

NISTATINA: Antifúngico

Indicação Terapêutica

-Profilaxia e tratamento de candidíases orais, esofágicas e intestinais.

Aspectos de Enfermagem

-Encorajar o doente manter o líquido dentro da cavidade bucal tanto tempo quanto possível

antes de deglutir;

-Por risco de irritação, avaliar a mucosa oral e avaliar a suspensão caso necessário.

PREDNISOLONA: Anti-inflamatórios/ Corticosteroides/Glucocorticoides

Indicação Terapêutica

- Tem um forte poder antiinflamatório e imunossupressor adjuvante na prevenção da rejeição do excerto renal;

Aspetos de Enfermagem

- Devem ser monitorizadas as glicemias pelo risco de hiperglicemia.

TACROLIMUS: Imunomodulador

Indicação Terapêutica

- Profilaxia da rejeição do transplante nos recetores do transplante alogénico de fígado, rim ou coração. Tratamento da rejeição do transplante alogénico resistente às terapêuticas com outros medicamentos imunossupressores.

Aspetos de Enfermagem

- A sua administração tem risco aumentado de infeções e desenvolvimento de doenças malignas e por isso devem ser vigiados sinais e sintomas de infeção;

- Apresenta um risco aumentado de desenvolvimento de Diabetes Mellitus, hipercalcemia, hipertensão e por isso devem vigiadas a glicemia e a tensão arterial;

- A presença de alimentos no estômago diminui a absorção deste fármaco. Instruir o doente a administrá-lo 1 hora antes ou de 2 a 3 horas após as refeições;

-Vigiar a eliminação intestinal pelo risco de diarreia.

MICOFENOLATO MOFETIL: Imunomodulador

Indicação Terapêutica

- Terapêutica combinada com ciclosporina e corticosteroides na profilaxia da rejeição aguda do transplante cardíaco, renal ou hepático.

Aspetos de Enfermagem

- Por risco aumentado de infeções oportunistas e desenvolver linfomas e outros tumores malignos, tal como o Tacrolimus, devem ser vigiados sinais e sintomas de infeção.

-Vigiar a eliminação intestinal pelo risco de diarreia.

PARACETAMOL: Analgésicos e antipiréticos

Indicação Terapêutica

- Dor ligeira a moderada e piroxia.

Aspetos de Enfermagem

- Prescrito em SOS e por isso não ultrapassar as 3 tomas diárias de 8 em 8 horas.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Fístula arteriovenosa

04-01-2024 08:30 - Frémido da fístula arteriovenosa

04-01-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Frémido bem perceptível.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do frémido da fístula arteriovenosa [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Frémido da fístula arteriovenosa

08-01-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Frémido bem perceptível.

Sondas, Drenos e Cateteres

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Cateter venoso periférico

04-01-2024 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

04-01-2024 08:30 - Antebraço Direita(o)

04-01-2024 08:30 - Características do dispositivo: 20G.

04-01-2024 08:30 - Ausência de dor.

04-01-2024 08:30 - Ausência de calor.

04-01-2024 08:30 - Ausência de rubor.

04-01-2024 08:30 - Ausência de tumefação.

04-01-2024 08:30 - Ausência de exsudado.

04-01-2024 08:30 - Ausência de infiltração.

04-01-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter

04-01-2024 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

08-01-2024 08:30 - Antebraço Direita(o)

08-01-2024 08:30 - Ausência de dor.

08-01-2024 08:30 - Ausência de calor.

08-01-2024 08:30 - Ausência de rubor.

08-01-2024 08:30 - Ausência de tumefação.

08-01-2024 08:30 - Ausência de exsudado.

08-01-2024 08:30 - Ausência de infiltração.

04-01-2024 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

04-01-2024 08:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Trocar cateter venoso periférico [Turno da Manhã]

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-01-2024 08:30	Sistema cardiovascular	
04-01-2024 08:30	Eliminação intestinal	
04-01-2024 08:30	Eliminação urinária	
04-01-2024 08:30	Pele e mucosas	
04-01-2024 08:30	Metabolismo	
04-01-2024 08:30	Termorregulação	
04-01-2024 08:30	Volume de líquidos	
04-01-2024 08:30	Autogestão do regime medicamentoso	
04-01-2024 08:30	Padrão alimentar	
04-01-2024 08:30	Atitudes terapêuticas	
04-01-2024 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos doentes com DRC e o seu aparecimento está relacionado com o aumento dos fatores de risco associados à DRC e à diminuição da função renal. Doentes com DRC tem uma maior prevalência de hipertensão arterial, isquemia miocárdica silenciosa, arritmias ventriculares complexas, fibrilação atrial, hipertrofia ventricular esquerda, calcificação do anel mitral e da valva aórtica. Para além disso, outro prognóstico devastador de doença cardiovasculares em doentes urémicos é o desenvolvimento de pequena quantidade de circulação colateral coronária (Hung, et al, 2014).

Por isso, justifica a seleção do domínio Sistema Cardiovascular Sistema comm hipóteses diagnósticas: Arritmia e Hipertensão Arterial, e recolher dados da localização do pulso, frequência do pulso, amplitude do pulso, ritmo do pulso, simetria do pulso, local de avaliação da

pressão sanguínea, pressão sanguínea sistólica e pressão sanguínea diastólica.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA

A transplantação renal é uma técnica terapêutica de substituição da função renal que consiste na colocação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo. Em caso de sucesso, o órgão transplantado volta a assumir a função reguladora do metabolismo de diversas substâncias como a água, sódio, potássio e fósforo e excretora de outras substâncias tóxicas volta a ser assegurada. O órgão transplantado assume igualmente, a função excretora do rim e a produzir urina, muitas vezes imediatamente após a cirurgia (DGS, 2011).

Justifica selecionar o domínio Eliminação Urinária e determinar a evolução da eliminação urinária, e colher dados da quantidade mensurável de urina, cor, cheiro e transparência da urina.

ELIMINAÇÃO INTESTINAL

O recetor de um transplante renal pode desenvolver complicações cirúrgicas que não estão diretamente relacionados à cirurgia em si, mas que afetam outros sistemas orgânicos, comumente o sistema gastrointestinal. Dada a inatividade e o jejum pré e pós-cirúrgico, o doente passa por uma esperada diminuição da eliminação intestinal. Após o início da dieta acontece, habitualmente, a regulação da eliminação intestinal. Outra complicação comum do trato gastrointestinal inferior pós-transplante, que podem exigir intervenção cirúrgica, são a perfuração e a hemorragia do cólon. Para além disso, podem acontecer efeitos secundários decorrentes dos efeitos secundários da medicação imunossupressora (Humar e Matas, 2005). É necessário uma a eliminação intestinal e as suas características nos primeiros dias após a cirurgia.

Por isso, faz sentido selecionar o domínio Eliminação Intestinal com hipóteses diagnósticas: Diarreia e Obstipação, e recolher dados da presença de dejeções, características das fezes e frequência das defecações.

PELE E MUCOSAS

A transplantação renal é uma técnica cirúrgica terapêutica que consiste na implantação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo num recetor. As complicações cirúrgicas após o transplante renal são a principal causa de morbidade no período pós-operatório. A deiscência da ferida cirúrgica aumenta o tempo e o número de internações hospitalares e determina pior evolução a longo prazo do transplante renal (Pereira et al., 2008).

Justifica selecionar o domínio Pele e Mucosas com hipóteses diagnósticas: Ferida Cirúrgica, e recolher dados da integridade dos tecidos.

METABOLISMO

Existem diversas complicações associadas ao transplante renal e uma delas é a diabetes mellitus. A DM pós-transplante renal consiste na ocorrência de diabetes pela primeira vez no período pós-transplante. A sua incidência pode estar subestimada, e varia entre 4 a 25%. Existem vários fatores de risco para o desenvolvimento da DM pós-transplante renal, sendo o esquema imunossupressor o fator de risco modificável com maior importância para o surgimento desta patologia (Ferreira et al., 2015).

Faz sentido selecionar o domínio Metabolismo e determinar a evolução da glicemia, e recolher dados da glicemia capilar.

TERMORREGULAÇÃO

Após o transplante renal existem diversas complicações infecciosas possíveis, que podem aumentar a morbidade e mortalidade. Para além do risco de infeção da ferida cirúrgica, existem diversos fatores de risco relacionados com complicações infecciosas presentes após o transplante renal, destacando-se a administração permanente de imunossupressão. A imunossupressão e a sua modulação têm uma relação direta com a incidência e a gravidade dos eventos infecciosos, sendo maior durante as fases iniciais do transplante, onde o risco de rejeição do enxerto transplantado é maior (Sousa et al., 2010). A monitorização da temperatura assume por isso um papel muito relevante no doente transplantado renal.

Justifica selecionar o domínio Termorregulação com hipóteses diagnósticas: Hipertermia, e colher dados da temperatura corporal periférica.

VOLUME DE LÍQUIDOS

Os rins têm um papel preponderante na manutenção da homeostasia e na eliminação dos produtos resultantes do metabolismo celular e outros produtos tóxicos. São responsáveis também pela excreção de água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, hidrogénio e bicarbonato, mantendo constante o volume e a composição do líquido extracelular (Pataca, 1997).

Os doentes transplantados geralmente apresentam igualmente distúrbios do metabolismo do potássio, cálcio e fósforo, condição inerente a seu estado pré-transplante, em diálise. No pós-operatório ocorre ganho ponderal, na maioria dos casos, devido a sobrecarga hídrica imposta no pós-operatório e para estimular a função renal do enxerto (Porta, 2007).

Justifica selecionar o domínio Volume de Líquidos com hipótese diagnóstica: Edema e recolher dados da sede, tumefação dos tecidos, sinal de Godet, turgor da pele, peso e da quantidade mensurável de urina.

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

O transplante renal é um procedimento cirúrgico invasivo onde ocorre a implantação de um rim proveniente de um doador num recetor. Depois do procedimento é necessário um

acompanhamento rigoroso de monitorização, vigilância e avaliação clínica contínua com a realização de exames complementares de diagnóstico e medicação imunossupressora ininterrupta. Uma não adesão deste regime medicamentoso pode significar o insucesso do transplante e o comprometimento da qualidade de vida da pessoa submetida ao transplante (Gokoel, et al., 2020).

Com estes dados, faz sentido selecionar o domínio Autogestão do Regime Medicamentoso com hipótese diagnóstica: Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometida e, para tal, vou colher dados da capacidade de organizar a medicação conforme horário e dose.

PADRÃO ALIMENTAR

O regime dietético continua a ser um pilar importante no controlo da DRC mesmo nos doentes submetidos a transplante renal. Em relação às técnicas dialíticas, após o transplante não há mais necessidade de restringir a ingestão de potássio e fósforo (Teger, 2019).

Doentes submetidos a transplante renal apresentam altos volumes de diurese e um risco maior de desidratação e de comprometimento do bom funcionamento do novo rim. Devem ser orientados ativamente para uma ingestão maior de líquidos, especialmente de água. Um estado de "sub-hidratação" pode ter implicações no bom funcionamento do enxerto renal e na progressão da disfunção crónica (Júnior & Egídio, 2013).

Faz sentido selecionar o domínio Padrão Alimentar com hipótese diagnóstica: Autogestão do Regime Dietético, e colher dado do padrão alimentar: número de refeições diárias, ingestão de vegetais/fruta, potássio, sal, líquidos, proteínas e ingestão calórica.

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Dependendo do sucesso do transplante renal, pode haver necessidade de realizar tratamentos de hemodiálise. Para assegurar o tratamento de HD é necessário um acesso vascular funcionante que permita um aporte de sangue em quantidade suficiente a uma diálise eficaz. Esse acesso vascular deve assegurar que o sangue pode ser extraído do sistema vascular com segurança, transportado no circuito extracorporal até ao dialisador e devolvido ao organismo pela mesma via. Os AV mais utilizados são a FAV, o EAV e o CVC. Para os indivíduos com DRCT em HD, a FAV assume-se como o tipo de acesso mais indicado, pela evidência de melhores taxas de fluxo e de menos complicações (Fresenius Medical Care, 2011; Thomas, 2005).

A presença da FAV justifica por si só a seleção do domínio, assim como colher dados do frémio da fístula arteriovenosa, complicações da fístula arteriovenosa e determinar evolução da fístula arteriovenosa.

SONDAS; DRENOS E CATÉTERES

Cateter Venoso Periférico: Um CVP é um dispositivo inserido numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa. Pode ser utilizado para reposição de fluídos e/ou eletrólitos;

transfusões de sangue; administração de soluções endovenosas por curto espaço de tempo; administração de quimioterapia; nutrição parenteral; colheitas de sangue e para administração de produtos de contraste durante a realização de exames complementares de diagnóstico. O enfermeiro apresenta a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos terapêuticos definidos (Ferreira, Pedreira & Diccini, 2007).

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Localização do Pulso

04-01-2024 08:30 - Antebraço Direita(o)

04-01-2024 08:30 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.

04-01-2024 08:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

04-01-2024 08:30 - Pulso rítmico.

04-01-2024 08:30 - Pulso simétrico.

04-01-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)

04-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.

04-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 84 mmHg.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Localização do Pulso

08-01-2024 08:30 - Antebraço Direita(o)

08-01-2024 08:30 - Pulso rítmico.

08-01-2024 08:30 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

08-01-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)

08-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

08-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 81 mmHg.

Eliminação intestinal

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

04-01-2024 08:30 - Fezes: em pequena quantidade.

04-01-2024 08:30 - Consistência das fezes: Fezes moles.

04-01-2024 08:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

08-01-2024 08:30 - Fezes: em moderada quantidade.

08-01-2024 08:30 - Consistência das fezes: Fezes moles.

08-01-2024 08:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

Eliminação urinária

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Quantidade de urina: 3200 ml.

04-01-2024 08:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

04-01-2024 08:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

04-01-2024 08:30 - Transparência da urina: Límpida.

04-01-2024 08:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Quantidade de urina: 3000 ml.

08-01-2024 08:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

08-01-2024 08:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

08-01-2024 08:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

08-01-2024 08:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Pele e mucosas

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

04-01-2024 08:30 - Ferida cirúrgica

04-01-2024 08:30 - Localização da ferida cirúrgica

04-01-2024 08:30 - Abdómen Direita(o)

04-01-2024 08:30 - Exsudado em pequena quantidade.

04-01-2024 08:30 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: sero hemático.

04-01-2024 08:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

04-01-2024 08:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

04-01-2024 08:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

04-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

04-01-2024 08:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 19.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Localização da ferida cirúrgica

08-01-2024 08:30 - Abdómen Direita(o)

08-01-2024 08:30 - Ausência de exsudado.

08-01-2024 08:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

08-01-2024 08:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

08-01-2024 08:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

08-01-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

08-01-2024 08:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 19.

04-01-2024 08:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

04-01-2024 08:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

08-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

08-01-2024 08:30 - Refere satisfação com a autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

Metabolismo

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Glicemia capilar: 113 mg/dl.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da glicemia

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Glicemia capilar: 101 mg/dl.

Termorregulação

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 08:30 - Ouvido: 36.40 °C.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Temperatura corporal periférica

08-01-2024 08:30 - Ouvido: 36.40 °C.

Volume de líquidos

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Sinal de Godet

04-01-2024 08:30 - Membro inferior: Sinal de Godet negativo.

04-01-2024 08:30 - Peso: 58.40 Kg.

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução de sinais de edema

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de edema [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Sinal de Godet

08-01-2024 08:30 - Membro inferior: Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso

04-01-2024 08:30 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

08-01-2024 08:30 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

04-01-2024 08:30 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

08-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre resposta à medicação [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

Padrão alimentar

04-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Número de refeições diárias: 4.

04-01-2024 08:30 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

04-01-2024 08:30 - Défice de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

04-01-2024 08:30 - Autogestão do regime dietético

04-01-2024 08:30 - Determinar evolução do padrão alimentar

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Número de refeições diárias: 4.

08-01-2024 08:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

08-01-2024 08:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

04-01-2024 08:30 - Promover autogestão: regime dietético

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre regime dietético [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Turno da Manhã]

04-01-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

08-01-2024 08:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Turno da Manhã] [FIM]

08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia [Turno da Manhã] [FIM] 08-01-2024 08:30

04-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Turno da Manhã]

08-01-2024 08:30 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

08-01-2024 08:30 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Explicar a importância do reforço hídrico para a promoção da função renal (Júnior & Egídio,

2013);

- Explicar a importância de pesar diariamente (Júnior & Egídio, 2013).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Cumprir o horário e dose da medicação prescrita (Pedroso, et al., 2019);
- A medicação é fornecida pela farmácia do hospital e deve ser levantada com antecedência para não faltar nenhuma toma;
- Informar sobre estratégias para evitar esquecimento da toma da medicação como o uso de caixa de compartimentos (Pedroso, et al., 2019).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Nistatina tem um efeito na profilaxia e tratamento de candidíases orais, esofágicas e intestinais que podem acontecer em maior risco pela imunossupressão (Infarmed, 2016);
- Prednisolona terá um efeito anti-inflamatório e imunossupressor que ajudará na prevenção da rejeição do enxerto renal (Infarmed, 2016);
- Tacrolimus tem uma resposta ao nível da profilaxia da rejeição do transplante nos receptores do transplante alogénico renal (Infarmed, 2016);
- Micofenolato Mofetil é um imunomodulador com efeito na profilaxia da rejeição aguda do transplante renal (Infarmed, 2016).

Ensinar sobre regime dietético

- Evitar alimentos salgados e não acrescentar sal aos alimentos já preparados (Martins et al., 2013);
- Manter um aporte proteico adequado (Martins et al., 2013);

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Objetivos da medicação imunossupressora e antifúngica (Pedroso, et al., 2019);
- Importância do cumprimento da medicação imunossupressora para prevenção da rejeição do enxerto e da medicação antifúngica na prevenção de doenças da cavidade oral (Pedroso, et al., 2019).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia

- Entregar e ensinar usando o documento “Alta da Unidade de Transplante” do Centro de Referência Transplante de Rim – Adultos do CHUSJ

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Evitar esforço físico e movimentos abdominais para evitar a deiscência da ferida cirúrgica (Romanzini et al., 2010);
- Não molhar o penso da ferida cirúrgica durante o banho (Romanzini et al., 2010);
- Aplicar creme hidratante ou gordo após a remoção da sutura (Romanzini et al., 2010).

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Vigiar surgimento de sinais de alarme como febre, edema, dor, rubor e repasse purulento (Romanzini et al., 2010).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Explicar os efeitos secundários dos imunossupressores como: irritação gástrica, edemas,

ganho de peso, risco acrescido de infeções, hiperglicemias, irritação da mucosa oral e alterações na pele (Infarmed, 2016).

4.8. Síntese relativa ao caso

Mulher do sexo feminino com 52 anos, com DRC terminal em tratamento de HD desde maio de 2022, foi submetida a transplante renal de dador vivo cruzado em janeiro de 2024. Procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências relatadas. Iniciou pós-operatório imediato na unidade de transplantes renais. O primeiro contacto foi realizado ao sétimo dia de pós-operatório.

O processo de saúde-doença é um processo contínuo, e mais do que um tipo de transição, podem ocorrer várias simultaneamente. O transplante renal desencadeou uma nova necessidade de mudança no processo de transição-saúde doença desta pessoa. Nesta nova mudança, a pessoa estava consciencializada da relação entre o transplante renal e uma maior liberdade possibilitada por não necessitar mais dos tratamentos de HD e apresentava, igualmente, significados facilitadores que contribuíram, do mesmo modo, para o sucesso desta nova transição como o facto de acreditar que sendo um transplante de dador vivo tinha mais possibilidades de sucesso e que o marido, sendo uma pessoa muito saudável, iria ter sucesso na sua intervenção.

Face ao caso exposto, foram selecionados os domínios Sistema Respiratório, Sistema Cardiovascular, Eliminação Urinária e Intestinal, Pele e Mucosas, Metabolismo, Termorregulação, Volume de Líquidos, Conservação de Energia, Autogestão do Regime Medicamentoso, Padrão Alimentar e Padrão de Exercício Físico.

Num primeiro contacto foram priorizadas as vigilâncias de sinais e sintomas e prevenção de complicações associadas à cirurgia de transplantação renal, como a vigilância da eliminação intestinal e urinária, da ferida cirúrgica e dos sinais vitais. Num segundo contacto, com o objetivo de preparar a alta e o regresso a casa, foram priorizadas a autogestão do regime medicamentoso, dietético e a higiene e a prevenção da infeção. Pela condição de imunodeprimido, a doente, foi instruída no autocuidado cuidar da higiene para minimizar o risco de doenças oportunistas por microrganismos e instruída a evitar locais com fortes aglomerados de pessoa ou usar máscara nos primeiros meses quando isso tiver de acontecer.

Quanto ao padrão de exercício físico, apesar da sua importância no doente transplantado e do potencial para melhorar conhecimento sobre exercício físico e a sua autogestão, em nenhum dos contactos foi o momento próprio para a intervenção.

Desse modo, foram identificados compromissos ao nível do domínio Pele e Mucosas, com a

identificação dos diagnósticos: ferida cirúrgica e potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica. Identifiquei igualmente compromisso ao nível da Autogestão do Regime Medicamentoso, com a identificação dos diagnósticos: autogestão do regime medicamentoso comprometida e potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso. Identifiquei ainda compromisso ao nível do Padrão Alimentar, com a identificação dos diagnósticos: autogestão do regime dietético comprometida, potencial para melhorar conhecimento sobre o regime dietético e potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético.

Notei uma evolução positiva nestes três domínios. Ao nível da Pele e Mucosas foi possível dar termo ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica através da melhoria do conhecimento. Em relação ao domínio da autogestão do regime medicamentoso foi possível dar termo ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso, por via do aumento de conhecimento. Por último, no domínio da autogestão do regime dietético foi possível dar termo ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético, igualmente por via do aumento de conhecimento.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Podemos definir competência como a aquisição de habilidades apropriadas para a realização de uma tarefa, ou capacidade para decidir, utilizando habilidades e conhecimentos adquiridos, para conduzir uma situação particular. Pode ainda ser descrita como uma combinação articulada e complexa de habilidades e capacidades, que são o resultado de uma síntese conceitual e funcional de aspetos teóricos, ligados aos conteúdos disciplinares e a experiência atual (Meghnagi, 1999).

A OE, no regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 entende por domínio da competência, "...uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados." (OE, 2019 p. 4745).

O modelo de desenvolvimento de competências que Patricia Benner descreve na sua obra "De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem", foi o modelo usado para evidenciar o nível de competência adquirido. Esta autora desenvolveu um modelo que identifica cinco níveis de competências na prática clínica de Enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2005).

Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência. A transição de um nível para outro centra-se em mudanças individuais que se originam na aquisição de uma competência, sendo elas: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta; a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação e não a vê tanto como um conjunto de elementos fragmentados, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; e a passagem de mero observador a executante envolvido (Benner, 2005).

A autora afirma que o processo de aquisição de competências é dinâmico, aprimorado e aprofundado com a experiência, seguindo uma lógica de cinco estádios. No estádio um, o iniciado não tem experiência das situações com que se confronta. Cumpre regras e centra-se nas normas e conhecimentos que adquiriu no seu percurso estudantil. Tem dificuldade em estabelecer prioridades e não tem em conta o contexto. No estádio dois, o iniciado avançado já foi confrontado com situações reais e identifica fatores significativos das experiências anteriores. Ainda tem dificuldade em gerir prioridades e faz uma leitura não integral do contexto. No estádio três, o enfermeiro competente desenvolve aquelas funções há dois ou três anos. As suas intervenções são planeadas de acordo com os objetivos estabelecidos e segundo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. Neste estádio ainda não desenvolveu a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação que

algumas situações exigem. No estágio quatro, o proficiente, pela sua experiência, tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, antecipando os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação, melhorando desta forma o seu processo de decisão. Todavia, perante uma situação mais complexa ou nova, não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos. Por último, no estágio cinco, o perito tem muita experiência que lhe permite compreender de forma intuitiva cada situação na sua globalidade, não se regendo por protocolos e diretrizes. Tem um elevado nível de adaptabilidade e foca-se no aspecto predominante do problema. O enfermeiro perito é facilmente identificado pelos pares e pelos doentes, pela sua postura ou forma de gerir situações complexas de maneira notável (Benner, 2005).

Para Benner (2005), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável, criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica.

Segundo este modelo e ao longo da minha experiência profissional, considero que fui adquirindo competências na área do cuidado à pessoa com DRC em programa regular de HD, que considero que se encontram entre o avançado e o perito. Com este curso de mestrado e em particular no estágio, consegui adquirir outras competências no cuidado da pessoa com doença crónica em geral e da DRC em particular, umas a um nível iniciado e desenvolver outras para níveis mais avançados, mas que considero que com investimento e mais experiência posso ainda desenvolver essas competências, progredindo para outros níveis de proficiência, chegando a perito nalgumas delas.

Ainda no regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, a OE define que as competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em seguida são apresentadas e descritas as atividades realizadas durante o estágio, acompanhadas de uma reflexão teórica e interpretação crítica, sustentadas na evidência científica. São também expostas as dificuldades e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar.

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

A deontologia profissional encerra, fundamentalmente, no conjunto de deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro, em resultado do mandato social que recebeu, para prestar cuidados de Enfermagem às pessoas, famílias e comunidades (OE, 2015).

Durante o decorrer do estágio tive a oportunidade de desenvolver as competências de responsabilidade profissional, ética e legal que irei destacar, segundo alguns dos artigos definidos no código deontológico do enfermeiro.

O enfermeiro deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa assim como salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (OE, 2015). Durante os estágios, os cuidados aos indivíduos que observei e tive oportunidade de prestar, sempre tiveram em conta o respeito pelos valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra, sem qualquer discriminação; inclusive, em integração com as equipas do serviço social de ambos os campos de estágio, foram sinalizados os doentes que beneficiavam desse apoio social e económico. Sendo uma doença muito prevalente no adulto e idoso, as minhas intervenções sempre foram no sentido de respeitar a sua condição, no sentido de promover as condições físicas e psíquicas melhorando a sua qualidade de vida. No respeito pelo direito à vida, o enfermeiro deve-lhe atribuir igual valor, independentemente da condição ou idade da pessoa e em qualquer circunstância ou etapa do ciclo vital. Tive também a oportunidade de prestar cuidados ao doente submetido a transplante renal cruzado, e apesar de ter informações sobre algumas circunstâncias do dador nunca foram reveladas essas informações no sentido de preservar o sigilo profissional e o respeito pelos valores da pessoa.

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família sobre os cuidados de Enfermagem que presta. Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado qualquer pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, no que concerne com os nossos cuidados, e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter (OE, 2015). Durante os estágios tive a oportunidade de informar e promover esse direito junto do indivíduo e família/cuidadores, dos cuidados que são prestados e das alterações previstas ao plano terapêutico. Na clínica de HD, existe a inclusão da família no processo de cuidados e é reconhecida como um fator chave para o seu sucesso. Durante o estágio na unidade de transplante renal/serviço de nefrologia tive a oportunidade de participar na consulta dedicada ao esclarecimento do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento da DRC, em estágio 5. Em cada serviço hospitalar de nefrologia deve existir, segundo a Norma da DGS nº 017/2011 atualizada a 14/06/2012, uma consulta de esclarecimento das diferentes modalidades de tratamento da DRC em estágio 5, com o objetivo de esclarecer o doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e respetivas técnicas. No serviço de nefrologia do hospital no qual realizei o estágio, dando resposta a esta norma, o doente é encaminhado para

esta consulta ainda no estágio 4 da doença, pelo médico nefrologista. No entanto, em caso de urgência no início de tratamento, o doente inicia por HD através de um CVC, mas esta medida urgente, não obsta a referência à consulta de esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento, onde o doente pode optar por outra técnica diferente da HD. Esta consulta é feita numa sessão com um pequeno grupo de 4 doentes, integrada por uma equipa multidisciplinar, liderada por um enfermeiro. Tive a oportunidade de assistir e participar desta consulta em dois momentos, onde o dever de informação do doente assume uma grande importância, pois é com base na informação que damos, que estes doentes com DRC escolhem a modalidade para o tratamento da sua doença e com a qual vão ter de lidar durante tempo indeterminado. Para além disso, é necessário que o doente assine um consentimento informado através da “Declaração de esclarecimento e de opção por modalidade de terapêutica da DRC avançada e de unidade de tratamento pelo doente” ou pelo familiar cuidador em sua representação (Anexo 1).

O enfermeiro deve procurar a excelência, através da análise regular do seu exercício, de reconhecer eventuais fragilidades e oportunidades de melhoria e da adequação das normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas de cada indivíduo. É ainda o dever do enfermeiro manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem descurar a formação das ciências humanas (OE,2015). Durante o estágio, foi possível analisar com os orientadores de estágio os protocolos de atuação de cada unidade, tanto dos procedimentos técnicos, como dos standards de higiene e bons cuidados e fazer uma reflexão crítica destes procedimentos. Na clínica de HD, foi possível participar, também, no melhoramento dos processos de higiene e controlo de infeção relacionados com o aumento do número de doentes colonizados com MDRO, como a melhoria dos circuitos de entrada e saída. Para além disso, tive a oportunidade de nessa unidade assistir à formação de “Standards para Bons Cuidados em Diálise” e, durante o estágio na unidade de transplantes renais/serviço de nefrologia, tive oportunidade de participar no Encontro Renal 2023 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia e da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, com o objetivo de atualizar o meu conhecimento na área do cuidado à pessoa com DRC.

O enfermeiro assume o dever de manter no desempenho das suas atividades, e em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão (OE, 2015). Este ponto assume uma maior relevância no meu estágio, pois sendo igualmente o meu local de exercício profissional procurei, de todas as formas, que o meu papel de estagiário fosse assumido com uma atitude ética irrepreensível em todo o meu exercício e relações profissionais, para que não houvesse nenhum conflito de papéis, nem de interesses.

Em relação às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, à luz do modelo de Benner (2005), considero que me encontro num nível perito pois, no meu exercício profissional ajo sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia

profissional e tenho, igualmente, em conta os direitos humanos e o respeito pela pessoa. A minha postura e intervenção é reconhecida pelos pares e pelos doentes, tendo por base um padrão de conduta pessoa que dignifique a profissão e a procura pela excelência.

Existe uma grande complexidade dos processos vivenciados pela pessoa acometida com a doença crónica e familiar cuidador. Atendendo a isto, o enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na área do cuidado à pessoa com doença crónica, deve demonstrar competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (OE, 2018).

Para o domínio das competências de melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde define a qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, 2015). A principal missão da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde e assume como estratégias: o aumento da adesão a normas de orientação clínica; o reforço da segurança dos doentes; a monitorização permanente da qualidade e segurança e a pulgação de dados comparáveis de desempenho.

No decorrer do estágio, foi possível adquirir competências na melhoria contínua da qualidade através do desenvolvimento de sessões de formação inseridas no plano anual de formação da unidade. Estas sessões foram desenvolvidas em conjunto com a enfermeira orientadora e o enfermeiro-chefe, destinadas aos assistentes operacionais sobre “Higiene e Controlo de Infeção” no sentido de melhorar o cumprimento das normas de orientação clínica já existentes na unidade. Foi também possível participar na discussão e planeamento das alterações dos procedimentos de higiene e controlo de infeção, relacionados com aumento do número de doentes colonizados com MDRO, como a redefinição de circuitos de entrada e saída das pessoas e o uso de EPI's.

Um outro domínio bastante relacionado com a qualidade em saúde é a segurança. Um dos aspetos relevantes a considerar na segurança do doente, e que é uma complicação potencialmente grave em HD, é a desconexão acidental das agulhas. Este acidente ocorre

quando uma das agulhas se deslocada para fora do acesso vascular, resultando na perda de sangue. Isto pode levar a um rápido declínio do volume sanguíneo no doente e aumentar o risco de morbidade e mortalidade se não houver uma atuação rápida (Axley et al., 2012). Na unidade de diálise, existem recomendações para reduzir o risco de exteriorização acidental da agulha que discuti com a equipa e com a enfermeira tutora, das quais: existe um procedimento definido e consistente para fixação das agulhas; a área onde os adesivos são colocados deve ser ampla e estar limpa e seca; as linhas de sangue são fixadas frouxamente, de modo e permitir o movimento do doente e evitar repuxamentos; em caso de necessidade de reajustar a agulhas, os adesivos devem ser substituídos e nunca reutilizados; o limite inferior da pressão venosa deve estar definido próximo do valor atual e quando os alarmes são acionados deve haver uma inspeção rigorosa do CEC antes de desarmar o alarme. Para além de integrar estes elementos na prática, consegui durante a minha prática capacitar os doentes para a prevenção deste incidente, através da instrução para manter o membro do AV sempre visível e de que o monitor de HD não dispõe de um mecanismo infalível de monitorização da exteriorização da agulha. Consegui igualmente trabalhar a consciencialização do doente para a relação entre manter o membro do AV tapado com a manta durante o tratamento e a impossibilidade de detetar precocemente a exteriorização acidental da agulha. Todavia, existem significados que faz com que alguns doentes mantenham o braço tapado, como o receio de ter frio durante o tratamento e a segurança excessiva de que, tanto o monitor de diálise, como a equipa de Enfermagem, facilmente detetam algum problema durante o tratamento.

No domínio da competência de melhoria contínua da qualidade, e tendo em conta o modelo de Benner (2005), assumo que me encontro num nível proficiente, pois tenho um papel dinamizador e de suporte nas iniciativas de melhoria dos cuidados e da governação clínica e sei reconhecer as situações desviantes e de necessidade de melhoria da qualidade. Tenho a capacidade e o conhecimento para garantir um ambiente seguro e antecipar possíveis acontecimentos típicos e prevenir incidentes.

Inserido no desenvolvimento da competência de desenvolver práticas de qualidade e gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, pude cooperar na monitorização e análise dos indicadores clínicos e operacionais da clínica de HD, através da ferramenta de gestão Balanced Scorecard (BSC).

O BSC é a uma ferramenta de métrica de desempenho e de gestão estratégica usada para identificar e melhorar várias funções internas de organizações e os seus resultados externos. Esta ferramenta é usada para medir e fornecer feedback às organizações e aos seus decisores, sendo a colheita de dados crucial para fornecer resultados quantitativos, à medida que os gestores recebem e interpretam as informações (Kaplan e Norton, 2005). Com a colaboração da enfermeira orientadora e do enfermeiro-chefe foi possível participar na reunião de análise dos indicadores, na qual, com base nestas informações e análise foi possível fundamentar uma melhoria dos cuidados e tomar melhores decisões para o futuro da unidade e da qualidade dos

cuidados. Nessa reunião, pude contribuir para a decisão de, com base nos volumes de reinfusão médios de cada doente e na evidência científica que defende que o aumento do volume de reinfusão está associado a uma melhor gestão dos níveis de hemoglobina, aumentar os volumes de reinfusão de alguns doentes específicos. Este treino de competências permitiu-me também sedimentar o meu conhecimento de que devemos tomar decisões com base na melhor evidência científica e em dados objetivos, concretos e bem medidos, para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados que prestamos. Todavia, considero que, nesta unidade, ainda existe pouco investimento na produção de indicadores mais sensíveis aos cuidados de Enfermagem e que esses dados são fundamentais para a melhorias dos cuidados que prestamos. Como futuro enfermeiro especialista, tenciono investir para que se possa produzir este tipo de indicadores.

O enfermeiro especialista, naquilo que concerne ao domínio da gestão dos cuidados, através da gestão dos cuidados de Enfermagem, deve otimizar a resposta da sua equipa e a sua articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados, e identificando, também, o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2019).

Para Hesbeen, os gestores operacionais de Enfermagem são considerados muito relevantes na gestão das unidades de cuidados e serviços de saúde, assumindo uma posição estratégica nas mesmas, podendo mesmo ser considerados fulcrais na mudança destas organizações (Hesbeen, 2001).

A gestão dos cuidados passa pela maximização da qualidade dos cuidados, na organização e racionalização de recursos humanos e materiais. Por isso mesmo, é importante desenvolver individualmente competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a colaboração na equipa de Enfermagem e multidisciplinar.

Em ambos os campos de estágios, foi fundamental perceber as atividades de gestão desenvolvidas pelos enfermeiros-chefes. No entanto, na clínica de HD tive oportunidade de realizar várias ações com o enfermeiro-chefe, e aprimorar as minhas competências de gestão de recursos humanos e materiais.

A gestão de cuidados e operacional numa unidade de saúde é um processo contínuo e complexo, quer na gestão de recursos humanos e materiais. Ao nível da gestão de recursos humanos foi possível colaborar na elaboração das escalas mensais e distribuição diária das equipas de Enfermagem, auxiliares e auxiliares técnicos, das alterações necessárias tendo em conta as contingências inesperadas em cada uma destas equipas e, ainda, na gestão de conflitos. Na gestão dos cuidados de Enfermagem, a relação interpessoal e os conflitos entre pessoas são inevitáveis. Durante o estágio, através destas ações desenvolvidas com o enfermeiro-chefe, consegui identificar esses conflitos e que, na maioria dos casos, são iniciados

por pergências de opiniões e condutas, sobrecarga de trabalho e percepção de iniquidade na distribuição do trabalho. Consegui, igualmente, desenvolver a minha capacidade de liderança participativa, baseada no diálogo para uma resolução eficaz dos conflitos entre a equipa de Enfermagem. Considero que, uma gestão eficaz dos conflitos na equipa e o desenvolvimento de cada membro da sua própria capacidade para essa gestão, são fundamentais para o sucesso e para a resolução de problemas.

Na gestão de recursos materiais tive a oportunidade de fazer a requisição de material necessário para os três turnos do dia seguinte, proceder ao inventário mensal de produtos e medicamentos, realizar pedidos extraordinários, fazer ordens de compra para colmatar as necessidades previstas para o mês seguinte e fazer previsões de consumo para os 18 meses seguintes. Ao nível no equipamento técnico e dispositivos médicos, tive a oportunidade de colaborar na realização do plano de manutenção e na requisição de reparações de alguns equipamentos. Com estas atividades consegui desenvolver a minhas competências na gestão de materiais e equipamentos, muito essenciais ao sucesso e sustentabilidade das unidades de saúde. Considero que, consegui desenvolver facilmente estas capacidades, pois já possuo formação académica na área de gestão de unidades de saúde.

Na gestão de cuidados, colaborei na supervisão e avaliação dos cuidados no sentido de garantir a segurança e a qualidade, no auxílio e contributo (junto das equipas), na tomada de decisão, no planeamento de cuidados e execução de tarefas complexas, nomeadamente elaboração do plano de cuidados do doente, a tomada de decisão para a prescrição de consumíveis e a colaboração com a equipa médica na estratégia de HD. Neste campo, ainda tive a oportunidade de articular com outras entidades, como a Unidade Local de Saúde, nomeadamente na gestão de transportes e colocação das pessoas com DRC no programa regular de HD.

O treino destas competências permitiu-me também perceber que o enfermeiro gestor tem um papel fundamental para o alcance das metas de qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados. A gestão dos recursos humanos e materiais, o planeamento do trabalho, a coordenação da equipa de Enfermagem, a responsabilidade e assessoria técnico-científica em projetos e programas e a responsabilidade pelas atividades de formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros são atividades de extrema complexidade e que requerem elevadas capacidades de conceção, gestão e supervisão aliadas a um suporte efetivo junto dos elementos da equipa.

Tendo em conta o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2005), no domínio da competência no domínio da gestão de cuidado, considero que me encontro num nível proficiente, pois, através experiência dos últimos anos que fui adquirindo nesta área, consigo gerir e otimizar os cuidados prestados pela equipa, reconhecendo as situações e prever resultados, adaptando as decisões e o estilo de liderança ao contexto, com o objetivo de atingir a excelência dos cuidados à pessoa com DRC. Todavia, ainda tenho dificuldades em me adaptar a situações e contextos novos.

O enfermeiro especialista deve ainda demonstrar competências de desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste domínio, deve desenvolver a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de Enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, em contexto singular, profissional e organizacional. Para além disso, o enfermeiro especialista alicerça a sua praxis clínica especializada e os processos de tomada de decisão em evidência científica e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019).

O autoconhecimento é fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, ao permitir que o indivíduo reconheça melhor as suas habilidades, limitações, valores e objetivos, permitindo que as pessoas compreendam melhor as suas emoções, comportamentos e pensamentos, possibilitando a construção de relações profissionais mais saudáveis. Durante este estágio, foi possível desenvolver o meu autoconhecimento, na medida em que fui capaz de reconhecer o meu nível de competências no cuidado da pessoa com DRC, assim como as minhas limitações e pontos fortes e que esse processo pode melhorar o meu trabalho em equipa. Na realização de uma atividade complexa, como a tomada de decisão durante o processo de canulação da FAV, um enfermeiro que tenha domínio das suas capacidades e limitações consegue auxiliar outros colegas ou pedir auxílio em determinadas situações, fortalecendo o espírito de equipa e o trabalho multidisciplinar.

A formação em Enfermagem permite ao profissional desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas. Esse desenvolvimento de competências e atitudes é uma mais-valia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e dos ganhos em saúde. Para além disso, as rápidas transformações que se assistem no mundo atual, obrigam a que os enfermeiros adquiram novos conhecimentos e os apliquem de forma dinâmica e criativa, de modo a poderem resolver os novos e complexos problemas que lhes vão sendo colocados (Fabião et al., 2005).

A análise crítico-reflexiva das práticas é determinante para estimular o conhecimento, o pensamento crítico e a tomada de decisão; neste campo, considero que tenho um papel ativo, pois procuro basear a minha intervenção e juízo clínico na evidência, tal como procuro discutir os resultados com a equipa multidisciplinar. Neste percurso, desenvolvi o meu conhecimento através da pesquisa bibliográfica em vários temas como: a necessidade da pessoa e família com DRC; procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos; autocuidado da fístula arteriovenosa; o processo de transição e adaptação saúde-doença perante a DRC; gestão de cuidados de Enfermagem; qualidade e segurança dos cuidados; e prevenção de eventos adversos na pessoa com DRC.

Para além da prática, tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço sobre “Bons

Cuidados em Diálise” e dinamizar e ministrar uma formação sobre “Higiene e Controlo de Infecção”. Esta formação surgiu no âmbito do plano anual de formação, com bom feedback por parte dos formandos, mas tive algumas dificuldades em conciliar horários para poder ter todos os destinatários nas sessões de formação. Tive também a oportunidade de frequentar o Encontro Renal 2023 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia e da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, com o objetivo de melhorar e compreender o conhecimento mais recente no cuidado da pessoa com DRC.

No que concerne às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e usando o modelo de Patricia Benner (2005) para o desenvolvimento de competências, posso afirmar que me encontro num nível proficiente. Neste domínio, procuro desde o início da minha atividade profissional cultivar o meu conhecimento técnico-científico e humano, usando por base para a minha intervenção a melhor e mais atual evidência científica. Neste aspeto, procuro ainda participar e dinamizar o processo de formação em serviço e de novos colegas.

Considero que este estágio me deu a oportunidade de melhorar e adquirir competências profissionais. De facto, uma procura contínua do conhecimento e atualização profissional, são essenciais para garantir que os enfermeiros consigam dar resposta às exigências complexas e em constante evolução, na área do cuidar da pessoa com doença crónica.

Para além das competências comuns, que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, a OE define como competências específicas, as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, dos problemas de saúde e do campo de intervenção de cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas (Regulamento n.º 140/2019).

Atualmente a doença não existe de forma isolada nos indivíduos, não tem uma clara representação biológica e é caracterizada por um conjunto de comorbilidades. O Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde defende que ao longo do século XXI vamos assistir a uma mudança no paradigma do cuidado que deixará de estar “centrado na doença” para “focar a doença crónica”, dando uma maior relevância à saúde global (Nolte et al., 2008). Embora do ponto de visto técnico e do tratamento, existam orientações e boas práticas para o controlo da doença, cada pessoa quando procura os cuidados de saúde, tem como objetivo que o profissional tenha em conta a sua situação integral como um conjunto de doenças simultâneas (Sousa, 2005).

Atendendo que a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui uma grande abrangência e existe uma grande necessidade de cuidados especializados em áreas emergentes nas quais existem especificidades, destinatários de cuidados e contextos de intervenção diferentes, a OE identificou no Regulamento n.º 429/2018, as seguintes áreas de Enfermagem

médico-cirúrgica: área de Enfermagem à pessoa em situação crítica; área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa; área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória; e, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Assim, a OE define duas grandes competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica:

- a) cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- b) maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

Tendo isso por base, irei abordar o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e as aprendizagens decorridas durante o estágio na Unidade de HD e na Unidade de Transplante Renal/Serviço de Nefrologia.

No cuidado à pessoa com a DRC, o enfermeiro deve ter em conta a prevenção, a progressão e o tratamento da doença, tendo por base as necessidades individuais e reais de cada doente. A redução da função renal de forma progressiva é irreversível, por isso é necessário identificar, na comunidade, os grupos de risco, para além das pessoas com doença instalada. Para além de conhecer o estágio da DRC, o enfermeiro deve intervir junto dos doentes no tratamento da albuminúria, no controle rigoroso da pressão arterial, da glicemia capilar, das dislipidemias e da anemia, pois esse comportamento pode interromper a progressão da DRC. São também necessárias mudanças nos hábitos de vida, tais como a adoção de uma alimentação saudável e a prática de exercício físico. A educação para a saúde junto da população é imprescindível para que ocorram ações efetivas para travar a progressão da doença. O papel de cuidador e educador do enfermeiro, além do seu compromisso ético e profissional, torna-o um dos grandes responsáveis por sistematizar e incentivar o autocuidado e desenvolver atividades de promoção de saúde, reduzir a incidência da DRC e a melhoria da qualidade de vida da pessoa (Travagim, 2009).

O diagnóstico de uma doença crónica pode representar para a pessoa uma alteração da imagem corporal, da conceção de si mesmo, da relação com o mundo, e ainda um comprometimento fisiológico de todo o seu organismo. O cuidado de uma pessoa com DRC deve priorizar, entre outras intervenções, aquelas que visem promover a transição e os recursos que fortaleçam a estruturação do aparelho psíquico, como também a capacitação e a integração social da pessoa (Israel, 2010).

A DRC e o tratamento de HD proporcionam uma alteração no estado de saúde da pessoa que se faz notar pela debilidade física. Essa debilidade física interfere nos hábitos de vida diária, a diminuição da carga de trabalho, diminuí a produtividade e leva à reforma antecipada da pessoa. Esta alteração leva a um sentimento de improdutividade, onde a pessoa percebe

uma inutilidade e falta de contribuição para a vida familiar e social. Esta alteração causa também um temor de perda da sua identidade bio-psico-social (Borges e Martins, 2001; Miranda, Krollmann e Silva, 1993).

A DRC é um grave problema de saúde pública pela sua repercussão na vida da pessoa doente e dos seus familiares/cuidadores. A DRCT causa um forte impacto na vida dos doentes hospitalizados ou em TSFR e atinge várias áreas do viver humano: emocional, física, financeira e social. O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação e na intervenção junto destas necessidades da pessoa com DRC (Kusumoto et al, 2008; Rocha & dos Santos, 2009).

As alterações financeiras que o doente com DRC sofre estão relacionadas com as repercussões que o tratamento tem no seu estilo de vida, nomeadamente na sua vida profissional. Para além de fonte de rendimento na manutenção da instituição familiar, o trabalho exprime relevância na vida das pessoas com a autorrealização profissional. A DRC não é por si impedimento absoluto para a atividade profissional, mas causa várias limitações, principalmente para pessoas em idade ativa, que leva muitas vezes a um afastamento da atividade laboral e reformas antecipadas (Kusumoto et al, 2008; Curtin et al., 1996).

Uma das categorias mais relevante para a pessoa com DRC são as alterações físicas decorrentes da DRC. Nesse sentido o doente com DRC apresenta limitações na sua capacidade física como andar, realizar esforço físico, carregar peso, subir escadas, correr e outras atividades. Ainda a nível físico e decorrente do tratamento de HD, a imagem pode ser alterada pela necessidade de construção de um acesso vascular, ou seja, a criação de uma fístula artériovenosa (FAV), prótese arteriovenosa (PAV) ou a inserção de um cateter venoso central (CVC). Outro tipo de necessidades referida pelos doentes com DRC são as necessidades decorrentes da TSFR. Os exames, as consultas, os tratamentos e as suas intercorrências causam uma série de restrições e prejuízo nos estados de saúde física, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação dos doentes. Todos estes fatores interferem com a qualidade de vida do doente levando a uma necessidade de aceitação de adaptação a essas mudanças. A modificação do padrão alimentar e da restrição hídrica, causam também limitações ao nível social e ao nível da satisfação pessoal (Kusumoto et al, 2008).

Outro tipo de necessidades da pessoa, família e cuidadores na adaptação à DRC são as relacionadas com as alterações emocionais, que para além das alterações físicas, tem forte impacto na qualidade de vida do doente e família/cuidador. Esta doença provoca a perda dos sonhos e aspirações de vida, mudanças de estilo de vida, perdas de escolhas e opções e leva ao isolamento social. Estas alterações são muito marcadas pela sensação de dependência da família, da equipa de saúde, da medicação e da TSFR.

Para Pietrovsk & Dall'Agnol, as pessoas com DRC possuem vários medos entre os quais, o medo da incapacidade, que gera ansiedade pelo aumento da dependência de outros para a satisfação das suas necessidades de vida diária (Pietrovsk & Dall'Agnol, 2006). Por outro lado, esta

sensação de dependência da família pode gerar uma sensação de enfrentamento da doença em grupo e muitas vezes a experiência da doença leva ao fortalecimento das relações familiares, observando-se um progressivo comprometimento das relações familiares e sociais (Castro et al, 2003).

Outra necessidade que a pessoa com DRC manifesta é o apoio da equipa de cuidados no tratamento da DRC. Neste âmbito o enfermeiro assume igualmente um papel primordial, tendo em vista que é o membro da equipa de saúde que está mais próximo do doente e da família, executando quer cuidados específicos quer atividades educativas. A pessoa doente procura que o enfermeiro compreenda o momento que está a atravessar assim como a sua família, apoiando-os sem estabelecer condições, fornecendo-lhes informações claras e consistentes, de acordo com o potencial e capacidade de cada um, evidenciando as conquistas e avanços obtidos e mostrando a possibilidade de construção de um futuro com mais qualidade de vida (Barbosa et al, 2006).

Durante o estágio, nas minhas intervenções junto do doente e do familiar/ cuidador tive oportunidade de treinar estratégias de colheita de dados e consegui identificar necessidades sentidas pelas pessoas na sua adaptação à DRC. Estas necessidades foram identificadas durante a colheita de dados para elaboração dos planos de cuidados junto da pessoa e família/cuidador, através da discussão com a enfermeira orientadora e com a equipa de Enfermagem e através da pesquisa bibliográfica. Durante a identificação destas necessidades, tive algumas dificuldades, pois alguns doentes ainda não estão consciencializados da necessidade de mudança que a DRC requer, e outros, dependendo da fase da doença e das experiências passadas, ainda não tem conhecimento do impacto que a doença tem na suas vivências diárias. Apesar da consulta de esclarecimento e de opção da modalidade, alguns doentes iniciam tratamento de HD e DP sem o real conhecimento das implicações que a doença tem na sua vida pessoal, familiar, social e económica.

Apesar das dificuldades, as necessidades identificadas vão de encontro às identificadas na literatura, naquilo que são as necessidades financeiras, fruto das reformas antecipadas, das ausências à atividade laboral e das mudanças de emprego; as necessidades decorrentes das alterações físicas e resultantes do tratamento, consequência das intercorrências do tratamento, da limitação física, da modificação de hábitos alimentares, ingestão hídrica, mudança no padrão de sono e das alterações da imagem; as necessidades de suporte familiar, pelas nas ausências dos compromissos familiares, pela modificação dos projetos de vida e pela necessidade de apoio dos familiares/cuidadores; e necessidades relacionadas com a importância da equipa de saúde no tratamento da DRC, no acompanhamento da adaptação à doença, na prevenção e promoção da saúde.

Em ambos os contextos, tive a oportunidade de reconhecer e documentar as reais necessidades destas pessoas e o impacto na sua qualidade de vida. Além disso, pude verificar que quando

trabalhamos no sentido ir ao encontro das reais necessidades individuais, podemos obter resultados impactantes na vida da pessoa e da sua família. Nos contactos e relações estabelecidas, tive sempre em conta a adaptação do estilo de comunicação à pessoa e ao contexto, atendendo à individualidade de cada doente e à grande variedade sociocultural que existe em cada contexto. A comunicação é um aspecto fundamental no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa com doença crónica e família. Para Garcia et al, o tipo de comunicação que se estabelece entre o doente crónico/cuidador e o enfermeiro, e a forma como a informação é transmitida, desempenha um papel fulcral na gestão eficaz e ineficaz tratamento (Garcia, Budó, Oliveira, Beuter & Girardon-Perlini, 2012). Durante o estágio tive algumas dificuldades na comunicação, pois alguns doentes inibem-se ao falar da sua condição de saúde, outros tem uma conversa dispersa durante a comunicação, outros tem dificuldade em falar assertivamente e, ainda, alguns tentam conduzir a comunicação. Tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos aprendidos na unidade curricular de relação e comunicação terapêutica em contexto de situação crónica, usando técnicas de questionamento aberto e exploração, nos doentes mais introvertidos e que não gostam de falar da sua situação abertamente; focalização, naqueles que tinham uma comunicação dispersa e que muitas vezes falam de outros temas que no momento não interessa; e clarificando e relembrando os objetivos da intervenção, naqueles doentes que tentam liderar a comunicação.

Da minha experiência durante o estágio e no exercício profissional, considero que os contactos realizados num ambiente mais recatado e com mais privacidade, como nos gabinetes de apoio existentes na unidade, permitem uma melhor comunicação com a pessoa e um ambiente mais facilitador ao estabelecimento da relação terapêutica, devido à atenção e privacidade que conseguimos dar à pessoa. Este facto fez-me perceber que, os contactos realizados com a pessoa e família/cuidador num ambiente mais controlado pode ter melhores resultados, pois considero que a pessoa sente que naquele momento, o enfermeiro está ali exclusivamente para a ouvir e não para fazer outro procedimento.

As necessidades sentidas pela pessoa com DRC e pelo familiar/cuidador tem um impacto capaz de interferir na vida dos indivíduos como um todo. Esta nova condição de doença exige mudanças no estilo vida, nos seus comportamentos e na forma de lidar consigo e com os outros (Brito, 2009). Os hábitos são alterados em função do tipo e gravidade da doença e do seu tratamento, levando a pessoa a uma necessidade de adaptação às novas exigências, na tentativa de ultrapassar as dificuldades (Santos e Sebastiane, 1996).

No desenvolvimento de competências de identificação das necessidades da pessoa, com DRC e do familiar/cuidador considero que me encontro num nível proficiente, tendo em conta o modelo de Benner (2005). A minha atividade profissional, dos últimos dez anos, foi desenvolvida no cuidado à pessoa com DRC e familiar/cuidador e por isso, fui treinando esta competência através do estabelecimento da relação terapêutica e comunicação eficaz, da envolvimento da família e do reconhecimento das complicações da DRC. Atualmente, esta experiência deu-me a

capacidade de conseguir e antecipar necessidades que a pessoa e familiar/cuidador possam ter nos persos contextos e melhorar com isso o meu processo de decisão e o meu plano de cuidados. Todavia, ainda necessito melhorar esta competência em contextos pessoais e familiares mais complexos e menos comuns.

Neste processo de transição de um estado de vida para uma nova situação, existem condições que o facilitam e outras que o inibem, sendo necessário uma compressão destes fenómenos de modo a enaltecer os favoráveis e ultrapassar os que dificultam (Meleis, 2000).

A DRC provoca na pessoa uma sobrecarga de cuidados indispensáveis ao atingimento das suas metas terapêuticas e da melhoria da qualidade de vida. O regime dietético, o regime medicamentoso e a TSFR são apenas exemplos de fatores que provocam stress e que requerem um grande envolvimento da pessoa na gestão da doença crónica. Apenas com o envolvimento da pessoa, da mobilização e integração das razões que levam a uma gestão eficaz conseguimos intervir de forma individualizada e promover a capacitação para uma gestão adequada dos diferentes regimes terapêuticos da pessoa com doença crónica (Silva, 2010).

A consciencialização é uma propriedade fulcral e um indicador de que se a pessoa pode dar início ao processo de transição. Durante o estágio, consegui desenvolver competências no apoio da pessoa no seu processo de transição através do estabelecimento de planos individualizados para a pessoa e para a família/cuidador fomentando a autogestão e a promoção de saúde, no entanto, considero que tive alguma dificuldade em trabalhar a consciencialização da pessoa, uma vez que é difícil identificar se a pessoa aceitou realmente o seu estado de saúde, a sua perceção e reconhecimento dos aspetos inerentes à doença e ao regime terapêutico, nomeadamente a necessidade de alterar os hábitos de vida.

O tratamento da DRC em estágio 5 com necessidade de TSFR dá-se através de um complexo regime terapêutico, que inclui a realização do tratamento, seja ele HD ou diálise peritoneal, um rigoroso regime medicamentoso e dietético, que inclui a restrição hídrica. Estes quatro aspetos do tratamento são indissociáveis e configuram os pilares da gestão da DRC, influenciando diretamente nas taxas de morbilidade/mortalidade. Uma gestão ineficaz de uma destas variáveis implicará negativamente na qualidade de vida do doente (Kim et al., 2013).

As restrições na dieta e na ingestão de fluidos são necessárias para evitar complicações cardiovasculares. A dieta em diálise deve ser restritiva em sódio, potássio, fósforo e líquidos. O objetivo é evitar a sobrecarga hídrica, manter o equilíbrio eletrolítico, proteico, mineral e vitamínico e melhorar os sintomas urémicos. Uma gestão ineficiente neste campo, essencialmente no que toca à restrição hídrica, acarreta complicações como a desnutrição e pode condicionar a sobrevivência a longo prazo. As restrições dietéticas nos doentes em HD, interferem não só nos hábitos alimentares, mas também na vida social e económica de cada doente (Riella e Martins, 2013). A alteração destes comportamentos, ao nível dietético, pressupõe um processo intencional de mudança que depende fundamentalmente da

consciencialização da necessidade de mudar. Durante o estágio, consegui identificar que alguns doentes têm dificuldade em seguir o regime dietético, devido à falta de consciencialização da necessidade de mudar, pois não acreditam que a dieta tenha grande impacto na gestão da DRC e não estão consciencializados para alterar o regime dietético abdicando do prazer que obtém dos hábitos alimentares atuais. Tive alguma dificuldade em avaliar se o doente tem uma autogestão eficaz do regime dietético, pois apenas consegui verificar os comportamentos de mudança através do relato do doente e família/cuidador e indiretamente pelos indicadores analíticos.

A par do regime dietético, o regime medicamentoso adiciona uma grande complexidade na gestão da DRC e pode ser multifatorial, não só por problemas físicos ou cognitivos, como também por problemas económicos. Para uma gestão do regime medicamentoso, a pessoa terá de entender a importância desse regime, assim como ter vontade de o seguir. Uma gestão ineficaz do regime terapêutico em HD ou DP inclui a não adesão ao tratamento medicamentoso e faltar ou encurtar o tempo da sessão (Estrella et al., 2013). Após o transplante renal, uma gestão ineficaz deste regime medicamentoso pode significar o insucesso do transplante e o comprometimento da qualidade de vida da pessoa submetida ao transplante (Gokoel, et al., 2020). O enfermeiro deve procurar identificar as condições que levam à gestão ineficaz do regime medicamentoso, de forma a promover e capacitar a pessoa para gerir e potenciar o autocuidado.

Ao nível do regime medicamentoso também tive algumas dificuldades em avaliar as ações e comportamentos que indiciam a eficácia da autogestão do regime medicamentoso, pois à semelhança do regime dietético, a colheita destes dados é feita com base nos relatos do doente e, de forma indireta, pelos indicadores analíticos e pelos registos de entrega de medicação. Neste domínio, verifico que com a vivência da DRC, o doente tende a diminuir a sua adesão. Frequentemente, a ausência de sinais e sintomas, o doente começa a negligenciar o regime medicamentoso pela errada perceção da menor gravidade da doença. Este significado contribui para uma autogestão ineficaz do regime medicamentoso e, por isso, tive de adotar intervenções para instruir e consciencializar os doentes para a necessidade de gerir o seu próprio regime medicamentoso.

O doente com DRC apresenta fadiga, falta de energia e depressão, que por sua vez levam à disfunção músculo-esquelética e por último a um comportamento de inatividade física. Esta inatividade, leva à baixa aptidão física, verificada pela pouca flexibilidade, alterações na coordenação intermuscular e intramuscular, diminuição da força, diminuição da resistência muscular e também diminuição da aptidão cardiovascular, que por sua vez levam a um aumento da dificuldade de realizar atividades diárias e à diminuição da qualidade de vida (Nery & Zanini, 2009). A prática de exercício físico, em doentes com DRC, surge como uma condição de melhoria da condição física e de diminuição da inatividade e do sedentarismo. Esta melhoria tem ainda um impacto na prevenção de patologias secundárias como a obesidade e a patologia

cardíaca, assim como do agravamento da doença renal. A atividade física e o exercício nesta população proporcionam o aumento da força muscular, melhoria da resistência aeróbia, melhoria da capacidade motora, melhoria nos aspetos psicológicos e na qualidade de vida (Nery & Zanini, 2009; Nahas, 2006).

No desenvolvimento de competências de promoção de intervenções especializadas junto da pessoa e família/cuidador, com o objetivo de facilitar o processo de transição saúde/doença da DRC, considero que estes contextos de estágio foram ímpares e tive persas oportunidades de sedimentar e desenvolver estas competências.

Para além da consolidação das competências técnicas essenciais ao tratamento de HD que fui adquirindo ao longo da minha experiência, tive a oportunidade de desenvolver planos individualizados para o indivíduo e família no sentido de colmatar as necessidades identificadas, promover a autogestão da doença e dos diferentes regimes apresentados, e ainda promover a autonomia e a qualidade de vida da pessoa e da família/cuidadores. No contexto da doença crónica, há uma proximidade com a família/cuidador que me permitiu identificar e considerar o potencial do envolvimento da família no processo de transição saúde/doença e desenvolver estratégias de intervenção para o autoconhecimento e capacitação do cuidador maximizando o bem-estar e a qualidade de vida familiar.

No contexto da unidade de transplantes renais/serviço de nefrologia tive a oportunidade de trabalhar igualmente estes aspetos relacionados com a gestão da DRC com indivíduos e famílias/cuidadores, quer em TSFR em contexto de internamento hospitalar, quer em Programa de Diálise Peritoneal. A DP permite alguma autonomia à pessoa, pois é realizada no domicílio e habitualmente pelo próprio. No entanto, este autocuidado implica conhecimentos, capacidades e a gestão de vários aspetos do seu plano terapêutico, que podem causar problemas, dificuldades e preocupações ao doente. Neste contexto, tive uma oportunidade singular de desenvolver capacidades especializadas para o desenvolvimento da capacitação da pessoa com DRC em diálise peritoneal. Consegui também desenvolver, uma infografia para educar a pessoa para o autocuidado para a técnica de diálise peritoneal contínua ambulatorio, designada “Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorio – Passo a Passo” (Anexo 2).

Usando, novamente, o modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner (2005), ao nível do domínio das competências de promoção de intervenções especializadas, com a finalidade de facilitar o processo de transição saúde/doença na pessoa com DRC e família/cuidador, considero que estou num nível proficiente na pessoa em programa regular de HD, quer no contexto ambulatorio, quer no contexto de internamento, e num nível competente, na pessoa em programa de DP e transplantada. Apesar do modelo considerar que é necessário ter, pelo menos, dois anos de experiência para atingir o nível competente de determinada competência, considero que as necessidades e condicionantes do processo de transição vividas pela pessoa pós transplante renal e em DP, tem pontos comuns que verifiquei ao longo da

minha experiência nos doentes em programa regular de HD e família/ cuidadores.

Neste contexto, consegui ainda desenvolver alguns conhecimentos e competências técnicas acerca do tratamento e da técnica de diálise peritoneal num nível iniciado, pois essas competências resultaram na maioria do conhecimento teórico e os procedimentos são realizados segundo normas e regras, sem atenção ao contexto e não conseguindo estabelecer prioridades.

A par do desenvolvimento de competências na identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores e na promoção de intervenções especializadas com o objetivo a facilitação do processo de transição, consegui desenvolver intervenções especializadas no desenvolvimento de competências de prevenção da DRC.

A prevenção primária da DRC passa pela modificação dos estilos de vida da pessoa e deve centrar-se no controlo de peso, modificação do regime dietético e promoção de estilos de vida saudáveis. No controlo do peso corporal, a pessoa deve manter o peso saudável e estável, em caso de obesidade deve adotar um programa de perda de peso farmacológico e não farmacológico para aumentar a perda de peso; o regime dietético deve ter por base um baixo teor de sal (2300mg/dia) e avaliar o risco/benefício da diminuição do consumo de proteínas na dieta; na promoção de estilos de vida saudáveis, pessoas com hábitos de consumos excessivo de álcool devem integrar programas para minimizar o consumo excessivo, evitar ou parar de fumar e devem realizar exercício físico regular adequado a sua capacidade física e condição clínica. É ainda recomendado uma gestão eficaz da diabetes mellitus e controlo da TA com padrões inferiores 140/90mmHg (Johnson et al., 2013).

Dado que este estágio foi realizado em contexto de internamento hospitalar e ambulatório, tive alguma dificuldade em desenvolver competências de prevenção da DRC por falta de oportunidades, visto que os doentes alvo dos cuidados já estão numa fase terminal da doença e em TSFR. Considerando o modelo de Benner (2005), julgo que a este nível estou num nível competente, pois possuo o conhecimento teórico da prevenção da DRC através da gestão de um regime terapêutico e da promoção de hábitos de vida saudáveis e consigo planear as minhas intervenções tendo em conta objetivos. Todavia, necessito mais experiência em diferente contexto para melhorar as minhas intervenções e a sua flexibilidade. Nesse sentido, aproveitei as oportunidades disponíveis junto das famílias e dos cuidadores, educando-os para o controlo do peso, um padrão alimentar adequado, estilos de vida saudáveis e gestão eficaz da TA e da DM.

Considero que o trabalho do enfermeiro especialista possa ter grande impacto na prevenção da DRC, através da capacitação das pessoas pertencentes a grupos de risco e na sua consciencialização para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Por isso, no sentido de melhorar as minhas competências nesta área, considero integrar as próximas iniciativas que a ANADIAL promove, com o objetivo de educar e sensibilizar a população e os grupos de risco

para a DRC, incentivando as medidas preventivas.

Estes contextos escolhidos para este estágio de natureza profissional revelaram-se de grande valor, pois para além do desenvolvimento de competências, permitiram-me realizar o acompanhamento da pessoa com DRC desde os estádios iniciais da doença pré-terminal até à transplantação, inclusive na observação do procedimento cirúrgico de transplante renal, passando pela consulta de esclarecimento e de opção da modalidade de terapia de substituição renal, pelas diferentes técnicas de substituição da função renal, pela colaboração na colocação e remoção de CVC's para HD e ainda pelo acompanhamento do doente com DRC durante o internamento hospitalar por complicações do seu estado de saúde. Este estágio permitiu-me conhecer os recursos e desenvolver as competências que, como enfermeiro especialista, poderei colocar ao serviço do doente com DRC em cada fase da sua doença e da transição saúde-doença que vivencia.

Este acompanhamento da pessoa desde os estádios iniciais da doença e do seu percurso terapêutico, permitiu-me perceber que esta transição vivida pela pessoa com DRC, é um processo complexo pelo impacto que tem na vida da pessoa e pelas dimensões em que se verifica, tanto a nível pessoal como a nível familiar e social. Esta transição pode ocorrer de forma saudável, quando a nível pessoal existem condicionantes facilitadores, como a resiliência e a autoaceitação da doença, ou de forma dificultada pelos condicionantes inibidores como o choque, a tristeza, a negação, a perda de independência, a sensação de impotência e o impacto financeiro da DRC e do tratamento. A nível familiar e social, observei também alguns condicionantes facilitadores como a sensação de cuidado, o apoio efetivo da família/cuidadores e dos amigos e a perceção de ter uma equipa de cuidados que o pode ajudar no processo, todavia, a este nível podem igualmente existir elementos dificultadores de uma transição saudável, como a sensação de ser um fardo para a família, o distanciamento das atividades familiares e sociais com os amigos e as dificuldades sentidas em manter a atividade laboral.

Ainda no âmbito do desenvolvimento de competências do cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, o enfermeiro deve igualmente liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018).

As Infeções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções resultantes dos cuidados e procedimentos de saúde, que são adquiridas pelos doentes, mas que podem de igual forma afetar os profissionais de saúde durante o exercício profissional (Direção Geral da Saúde, 2007). As IACS e o aumento da resistência a antimicrobianos apresentam implicações negativas nos utentes, aumentando a morbilidade e mortalidade, acarretando ainda aumento do tempo de internamento e dos custos económicos (Direção Geral da Saúde, 2017).

Com o objetivo de prevenir e controlar as IACS é necessário conhecer a cadeia de transmissão e compreender as características de cada elo.

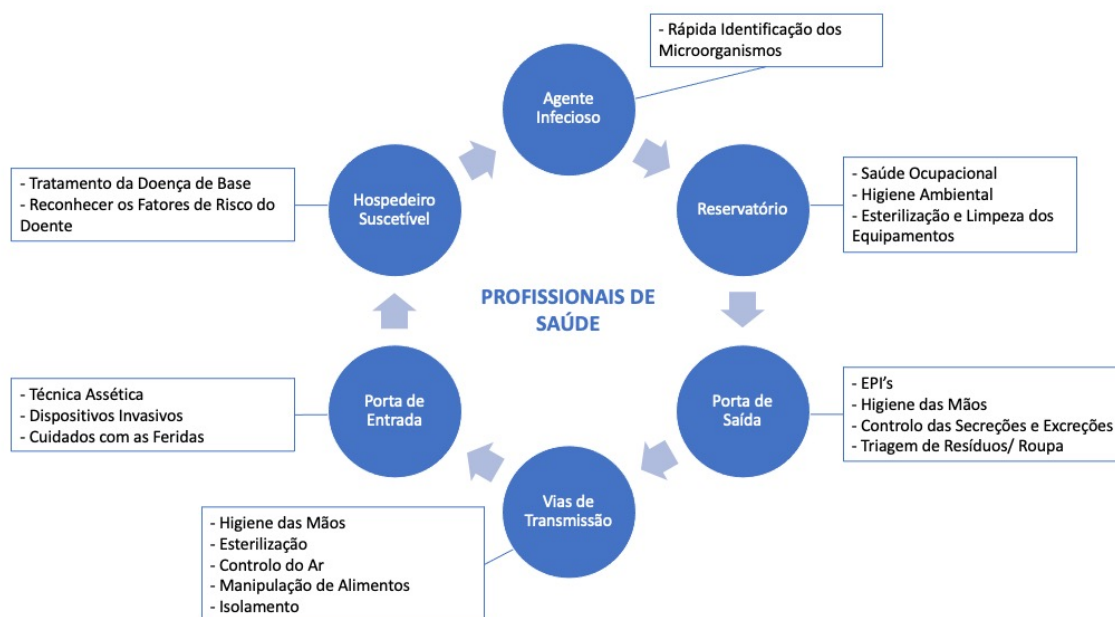


Figura 2 Cadeia de transmissão das IACS (Pina et al., 2010)

Olhando para cadeia de transmissão, importa identificar rapidamente o agente infeccioso, controlar e eliminar os reservatórios através da identificação do doente com infeção ou colonização e desinfeção e esterilização de materiais usados e/ou contaminados. Por outro lado, são necessários esforços para impedir a transmissão, usando-se EPI's, Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e específicas baseadas no modo de transmissão do microrganismo e de medidas de isolamento. O uso racional de antimicrobianos e medidas relativas à exposição de dispositivos invasivos podem também bloquear a passagem da colonização à infeção. Por último, é necessário a identificação e proteção de utentes suscetíveis e a modificação do risco do hospedeiro, controlando e eliminando fatores de risco extrínseco (Pina et al., 2010).

Doentes com DRC possuem um risco elevado de desenvolver infeção devido imunossupressão e à necessidade de uso de acessos vasculares para a TSFR. Nas clínicas de HD, as infeções relacionadas com os acessos vasculares assumem uma grande importância, pois podem causar bacteriemia disseminada ou perda do acesso vascular, para além de uma possível infeção da corrente sanguínea que apresentam uma maior mortalidade e custos elevados. As infeções relacionadas com o AV incluem tanto a infeção do acesso vascular antológico ou CVC como as infeções da corrente sanguínea (Cais et al., 2009).

Das complicações que podem advir da diálise peritoneal, destacam-se a infeção do orifício e a peritonite. A infeção do orifício é a complicação infecciosa caracterizada pela presença de exsudado purulento com ou sem presença de eritema da pele. A peritonite é a infeção do peritoneu e é considerada a complicação mais grave, tem altas taxas de morbilidade e é responsável em muitos casos pelo abandono da técnica (Abud et al., 2015).

Durante o estágio tive a oportunidade de consultar as orientações de higiene e controlo de infeção existentes em ambos os contextos e discuti-los com os enfermeiros tutores. Na clínica de HD existem bundles para todos os procedimentos técnicos que são realizados dentro da unidade e são cumpridos rigorosamente pela equipa de Enfermagem. Apesar desta definição, existe abertura para modificar os procedimentos e nesse âmbito, neste contexto, tive oportunidade de integrar a discussão dos processos de higiene e controlo de infeção, devido ao aumento do número de doentes colonizados com MDRO. Ainda neste campo, foi possível assistir à formação de “Standards para Bons Cuidados em Diálise” onde anualmente são apresentadas, caso existam, as principais alterações realizadas pela direção de Enfermagem a esses bundles ou dado enfoque aos pontos críticos identificados ao longo do ano. A experiência permitiu-me ainda participar numa reunião da equipa do PPCIRA onde foi analisado o consumo e uso de antimicrobianos do mês anterior e os resultados microbiológicos.

No contexto hospitalar também existem procedimentos definidos para a maioria dos procedimentos e, neste âmbito, consegui igualmente desenvolver competências e conhecimento dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos nacional e local. Para além disso, desenvolvi competências para a capacitação e envolvimento da pessoa e família/cuidador na prevenção e controlo de infeção, através do ensino e treino dos cuidados de higiene e prevenção de infeção. Neste sentido participei na preparação dos familiares e dos doentes em relação às medidas básicas de controlo de infeção, como a lavagem das mãos e do membro do acesso vascular, do procedimento asséptico de diálise peritoneal, apesar de dispensar o uso de luvas esterilizadas, mas que exige sempre a colocação de máscara e a lavagem das mãos com água e sabão, podendo ou não ser reforçada com soluções alcoólicas.

Da minha experiência, considero que as pessoas que optam pela DP, depois da consulta de esclarecimento, tem um locus de controlo elevado e estão consciencializadas e motivadas para a técnica, o que faz com que sejam capazes de gerir o seu regime terapêutico. Em relação aos cuidados de higiene e prevenção da infeção, o doente consegue seguir os procedimentos definidos. Apesar disso, existe a ocorrência de alguns episódios de peritonite, de infeção do túnel e do orifício de saída. Sobre este aspeto, considero que é necessária uma avaliação permanente, por parte do enfermeiro especialista, da técnica de DP, pois ao longo do tratamento, o doente começa a negligenciar o cuidado e deixa de atribuir a importância necessária ao controlo de infeção e higiene, deixando de seguir os procedimentos de uma adequada higienização das mãos e da pele circundante ao local de inserção do cateter.

Após o transplante renal as complicações infecciosas aumentam a morbidade e mortalidade no primeiro ano. Existem vários fatores de risco associados, mas destaca-se a necessidade de utilização permanente de imunossupressão. A imunossupressão e a sua modulação apresentam relação direta com a incidência e a severidade dos eventos infecciosos, que é maior durante as fases iniciais do transplante, onde o risco para rejeições é igualmente maior. Aproximadamente

80% dos recetores de transplante renal apresentam alguma complicação infecciosa durante o primeiro ano pós transplante (Sousa et al., 2010).

Também no contexto da unidade de transplante renal, consegui desenvolver competências e estratégias para fomentar o doente transplantado a seguir as recomendações de controlo e prevenção de infeção, como reduzir as visitas de familiares e amigos nos primeiros tempos, usar máscara sempre que lhe for recomendado pelo profissional, evitar contacto com pessoas com sinais de infeção respiratória, evitar contactos com animais no primeiro mês, lavar as mãos várias vezes e sempre antes e depois de ir á casa de banho, antes e depois de comer, antes e depois de manipular alimentos, evitar grandes aglomerados de pessoas e principalmente na época de maior atividade gripal.

Usando novamente o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2005), considero que as minhas competências de desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção na pessoa com DRC e familiares cuidadores já se encontrava num grau proficiente e durante o estágio consegui melhorá-las, mas mantendo o nível. Já possuía um conhecimento alargado das normas locais e planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos e sou proativo na implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção na minha atividade profissional. Além disso, procuro intervir na facilitação e capacitação da pessoa com DRC e família/cuidador na prevenção e controlo de infeção. No entanto, considero que esta última, é uma competência que requer um grau de dedicação elevado, pois a avaliação do envolvimento da pessoa e família/cuidador deve ser sistemática. Da minha experiência, alguns dos cuidados são valorizados por parte da pessoa/família, não por falta de consciencialização e conhecimento, mas sim, por decréscimo do envolvimento para o procedimento e intervenção.

Durante o estágio, em relação à lavagem do membro do AV, os doentes quando questionados do porquê de não lavarem do membro, referem conhecimento dos riscos de não adotar este procedimento, os seus benefícios e consciencialização da mudança que devem operar, mas simplesmente, com o passar do tempo, não se sentem envolvidos e dispostos a fazer o procedimento. Outro motivo que aponto, é um significado errado, atribuído por alguns doentes, de que a lavagem do membro imediatamente antes de iniciar o tratamento não é necessária para quem já faz a sua higiene diária do corpo.

Perante isto, procurei aumentar o envolvimento e disposição da pessoa para o autocuidado, aumentando o acompanhamento destas pessoas no autocuidado e incentivando-as através de apoio profissional, social ou de informação, recorrendo a modelos e exemplos de outras pessoas, apelando a recursos internos da pessoa e motivando.

A par das competências referidas anteriormente, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve conseguir avaliar os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença

crónica. Os resultados de Enfermagem definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem. Os resultados de Enfermagem são o resultado presumido das intervenções medidas ao longo do tempo enquanto são efetuadas mudanças nos diagnósticos de Enfermagem (ICN, 2001).

Associado ao conceito de resultados em Enfermagem, devemos salientar os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que tem como objetivo explicar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social de Enfermagem, e constitui um instrumento que ajuda a precisar o papel do enfermeiro junto dos doentes, de outros profissionais, da opinião pública e dos políticos. É uma representação dos cuidados que deve ser conhecida pelos doentes ao nível dos resultados mínimos e dos melhores resultados espectáveis (OE, 2001).

Sempre que se prestam cuidados de Enfermagem, deve-se fazer uma avaliação para verificar se cada um dos doentes alcança o nível de bem-estar ou recuperação previstos nos objetivos dos cuidados fixados pela equipa. Apesar desta avaliação ser a última fase do processo de Enfermagem, tem lugar no decorrer do processo, ou seja, à medida que decorre a consecução dos objetivos face às intervenções eficazes junto do doente (Taylor e Taylor, 2001).

Desenvolvi competências para promover intervenções para facilitar o processo de transição da pessoa e família/cuidador decorrente da DRC, mas também de avaliar os resultados dessas intervenções com base nas respostas da pessoa e família/cuidador.

Após a prescrição e implementação, e tal como definido do processo de Enfermagem, fui capaz de avaliar a eficácia das minhas intervenções junto do doente e reestruturar o plano de cuidados e as minhas intervenções quando necessário, tanto junto da pessoa com DRC como nos persos contactos com os familiares/cuidadores. Esta monitorização do processo junto da família está facilitada no contexto de ambulatório, pois na unidade de HD existem persos contactos com a com a família, assim como na DP, na qual a avaliação e monitorização do plano terapêutico é facilitada pela visita do enfermeiro ao local.

Examinando o desenvolvimento da competência de avaliar os resultados dos planos terapêuticos com base nas respostas da pessoa com DRC família/cuidadores, a luz do modelo usado neste trabalho de Patricia Benner (2005), considero que me encontro num nível proficiente, pois sou capaz de monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas e dos progressos da pessoa, família/cuidador e prever resultados segundo as intervenções implementadas e o contexto vivenciado. A dificuldade, para mim, prende-se com os contextos novos e menos frequentes e com a avaliação indireta das nossas intervenções. Por exemplo, na autogestão do regime medicamentoso é difícil avaliar o sucesso das intervenções apenas através da colheita de dados junto do doente.

Como já foi definido, o enfermeiro especialista em EMCEPSC deve, para além de desenvolver

competências no cuidado da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, deve igualmente desenvolver competências na maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, nomeadamente em diagnosticar as complicações resultantes da doença crónica e dinamizar a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença crónica.

A DRC pode causar várias complicações e afeta vários sistemas orgânicos. Ao nível digestivo, pode causar náuseas e vômitos, mau hálito com ligeiro odor a urina, gastrite, úlceras e hemorragia no estômago e intestino. Ao nível cardiovascular leva à hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, pericardite, angina do peito e está relacionada com o aumento do risco de enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. No que concerne a alterações neurológicas, a DRC, leva ao acúmulo de substâncias tóxicas e pode provocar dor de cabeça, insónia ou sonolência excessiva, diminuição da sensibilidade, dor e parestesias nas mãos e pés e câibras. Ao nível cutâneo, causa prurido que é um sintoma comum e piora no estágio 5, palidez causada pela anemia e pode causar feridas acastanhadas na pele. A DRC afeta também o sistema musculo esquelético, pois os rins têm um papel crucial no metabolismo dos ossos, pois ativam a vitamina D que é responsável pela absorção do cálcio no intestino. Quando este sistema está afetado, ocorre a retenção de fósforo, redução da absorção de cálcio e aumento das glândulas paratiroides, cuja paratormona (PTH) em excesso descalcifica os ossos, ocasionando dor óssea e aumento do risco de fratura. A DRC causa com frequência anemia, pois, os rins produzem eritropoetina, hormona que estimula a produção e o amadurecimento dos glóbulos vermelhos do sangue. A anemia é consequência da falta de eritropoetina. Aliada a isto, uma menor ingestão de ferro pelas restrições da dieta pode agravar ainda mais esta condição. Os sintomas da anemia são fraqueza, cansaço, falta de ar e dor no peito, principalmente durante o esforço físico (Morsch e Veronese, 2011).

O controlo da DRC é essencialmente farmacológico, através de uso de medicamentos para manter a tensão arterial controlada, reduzir a perda de proteína na urina, controlar a glicose, o colesterol e corrigir a anemia. Além do tratamento farmacológico há comportamentos que o enfermeiro deve inculcar na pessoa com DRC em estádios iniciais para retardar a progressão da doença. A pessoa com DRC deve parar de fumar, caso fume, evitar medicamentos com toxicidade renal como os anti-inflamatórios, fazer uma dieta restrita em sal, gorduras e proteína animal e fazer exercício físico regular (Morsch e Veronese, 2011).

É cada vez mais claro que o controlo rigoroso da pressão arterial é da maior importância para minimizar a progressão da DRC, além de diminuir o risco de doença cardiovascular frequentemente associada (Bastos et al., 2004). Em doentes em programa de TSFR, para além do regime medicamentoso fundamental no controlo da TA, existem intervenções não farmacológicas eficazes, como a redução do peso corporal, a restrição de sal e alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (Oliveira Almeida et al, 2019).

Ao nível neurológico, para além do tratamento farmacológico, o controlo da cefaleia na pessoa com DRC pode ser realizado através da diminuição de fatores de stress emocionais que podem exacerbar as crises de cefaleia, melhorar a dieta e os hábitos de sono, com o controlo dos estímulos, educação para a higiene do sono, restringir ingestão hídrica antes de dormir e relaxamento muscular, terapia manual associada à massoterapia, programas de exercício físico dinâmicos, aeróbicos e resistidos assim como treinos de equilíbrio e coordenação (Gherpelli, 2002; Geib et al., 2003; Henrique et al., 2019).

Ao nível cutâneo, o prurido é um dos sintomas mais relevados pelos doentes com doença renal e dos mais negligenciados pelos profissionais. Para o controlo do prurido existem algumas intervenções que podem melhorar a qualidade de vida da pessoa com DRC, como a aplicação de emolientes diariamente, a utilização de loções de limpeza corporais adequadas para a diminuição da xerose da pele, um fator desencadeante e exacerbador do prurido. Habitualmente o calor é um fator desencadeante do prurido, pelo que se deverá optar por ambientes naturalmente frescos, assim como banhos curtos com água tépida. Deverá ser evitado o contacto com irritantes cutâneos, químicos e físicos, assim como roupa justa, dando preferência a materiais como o algodão em detrimento dos sintéticos. Deve-se ainda evitar irritantes não cutâneos, como bebidas alcoólicas ou especiarias picantes (Valente e Rosmaninho, 2019).

Durante o estágio, tive a oportunidade de desenvolver competências de gestão dos processos terapêuticos através do diagnóstico de complicações resultantes da DRC e do desenvolvimento de planos que fomentassem a gestão do regime medicamentoso, mas também do autocuidado através de medidas não farmacológicas, baseadas na evidência científica. Usando o modelo de desenvolvimento e competências de Benner (2005), a este nível, considero que passei do nível avançado para competente. A pesquisa bibliográfica acerca das complicações resultantes da DRC e das intervenções não farmacológicas existentes para essas complicações, potenciou o reconhecimento de situações e contextos em que essas intervenções foram benéficas e, a partir daí, pude praticar esses conhecimentos e competências de uma forma mais sistemática.

Ainda neste domínio, constatei que a maioria dos familiares/cuidadores sentem-se parte mais ativa do tratamento através do uso de medidas não farmacológicas e que estas medidas tem um resultado terapêutico positivo.

Ainda no âmbito da maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, o enfermeiro especialista em EMCEPSC deve igualmente desenvolver competências de promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição saúde-doença.

O autocuidado é um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar, eficazmente, após um acidente ou doença, e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais (Theuerkauf, 2000). O autocuidado assume-

se, cada vez mais, como foco de atenção no domínio da saúde devido às alterações dos padrões e prevalência de doenças crônicas, mudança de paradigma de uma lógica de cuidados curativos para os cuidados orientados para a promoção da saúde, existência de recursos limitados e contenção de custos com internamentos mais curtos. Destas transformações imerge a necessidade de capacitar famílias e cuidadores para melhorar a adaptação aos desafios de saúde e maior informação das pessoas tornando-os mais capacitados a tomar decisões sobre as questões de saúde com envolvimento ativo e maior motivação, para melhorar o seu bem-estar (Petronilho, 2012).

O surgimento da DRC implica alterações dos hábitos de vida tanto para a pessoa como para a família/cuidadores, que quando não integrados podem colocar em causa o projeto de saúde e, por conseguinte, o processo de transição. Para que alguém altere um comportamento adequando-o a uma nova condição de saúde é necessário possuir conhecimento sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer tal mudança.

Da minha experiência no estágio, considero que a ineficácia da gestão do regime terapêutico está muitas vezes associada a esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos e capacidades para gerir as indicações terapêuticas que podem significar demoras ou ausências de resultados positivos. Como futuro enfermeiro especialista, considero que devemos estabelecer planos de cuidados tendo em conta as capacidades da pessoa e os condicionantes pessoais e sociais do processo de transição e identificar os conhecimentos que devem ser melhorados e trabalhados de forma individualizada para cada pessoa.

Consegui perceber que o desenvolvimento do autocuidado da pessoa com DRC em geral requer o envolvimento de vários intervenientes no processo educativo do doente e da família, mas considero que o enfermeiro tem um papel fundamental neste âmbito pelo acompanhamento contínuo e sistemático. Esta proximidade permite-nos compreender as necessidades de orientações de cuidados e, conseqüentemente, identificar melhor os défices de conhecimentos e o melhor plano de cuidados.

Como futuro enfermeiro especialista e diariamente envolvido no acompanhamento do doente crónico, desenvolvi competências de promoção do autocuidado. Esta promoção contribuiu, através da informação fornecida à pessoa doente e família/cuidadores, para que estes atinjam o seu máximo potencial, adquirir conhecimentos, capacidades e comportamentos de autocuidado, manifestados numa gestão eficaz do processo terapêutico.

De acordo com Orem (1993) o autocuidado é uma capacidade humana que varia a par com o desenvolvimento da pessoa, desde a infância até à velhice. O autocuidado varia com o estado de saúde, com os fatores que influenciam a educação e com as experiências de vida, na medida em que permitem a aprendizagem, a exposição a influências culturais, e o uso de recursos da vida diária.

O modelo conceptual de Orem abrange a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria de Sistemas de Enfermagem, interligadas e inter-relacionadas. A teoria do défice do autocuidado de Orem constitui a essência da teoria geral de Enfermagem, pois realça a necessidade das intervenções de Enfermagem. As intervenções de Enfermagem são exigidas quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera de doença ou de lesão (Taylor, 2004).

A teoria dos Sistemas de Enfermagem está baseada nas necessidades de autocuidado e na capacidade do doente na execução de atividades de autocuidado e na premissa que sempre que é criada uma exigência para um cuidado de Enfermagem existe automaticamente a produção de um sistema de Enfermagem.

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de Enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. O sistema de Enfermagem de apoio-educação ocorre quando o indivíduo consegue executar, pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado, regula o exercício e desenvolvimento das suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover o doente a um indivíduo capaz de se autocuidar (Foster & Janssens, 1993).

Tendo em conta a teoria de Orem (1993) e a teoria das transições de Meleis (2000), durante o estágio, foi utilizado o sistema de apoio-educação. Neste sistema, o autocuidado está relacionado com a prática de atividades de educação para a saúde, com o objetivo de promover, na pessoa com DRC, conhecimentos para uma tomada de decisão em seu próprio benefício, e comportamentos que melhorem o seu nível de autocuidado na vivência com DRC.

Na pessoa submetida a transplante renal, a promoção do autocuidado e a preparação do regresso a casa é fundamental, durante o estágio consegui desenvolver esta competência. Ainda durante o internamento, os doentes foram estimulados para o autocuidado e autogestão de sua condição de saúde-doença. Neste contexto em particular, consegui desenvolver na pessoa com DRC a autogestão do regime dietético e do regime medicamentoso, fundamental para estas pessoas. Uma gestão ineficaz do regime medicamentoso, principalmente, a toma incorreta dos imunossuppressores e outros medicamentos, pode levar ao insucesso do transplante. Outro aspeto que procurei desenvolver junto destes doentes, pela condição de imunodeprimido foi o autocuidado: cuidar da higiene, pois é importante capacitar a pessoa para manter a higiene corporal, para minimizar o risco de doenças oportunistas por microrganismos.

Outra dimensão do autocuidado que considero facilitador na gestão da DRC é o autocuidado com a FAV. Para além de ser fundamental para a pessoa com DRC, o desenvolvimento desta competência vai ser uma ferramenta essencial para o meu dia a dia no cuidado à pessoa com

DRC em programa de HD.

A FAV é considerada o acesso vascular de excelência para a HD pois apresenta maior tempo de durabilidade e menor complicações como a trombose, infecção e hospitalizações. Para Ponce (1997), a falência do acesso vascular originaria mais de 500 internamentos por ano e cerca de 3500 dias de internamento. Posto isto, o desenvolvimento de comportamento de autocuidado com a FAV pela pessoa com DRC, é de extrema importância e ajuda a detetar complicações precoces com a FAV e prolongar a qualidade de vida (Sousa, 2012).

A promoção e o desenvolvimento do autocuidado da pessoa com DRC com FAV permite desenvolver competências na pessoa, com o objetivo de desenvolver nela habilidades para identificar e evitar situações compatíveis com disfunção da FAV. Esta área pode ser dividida em quatro dimensões definidas temporalmente em relação à construção da FAV e do estágio da DRC e engloba os ensinamentos a efetuar à pessoa com FAV: Cuidados Antecipatórios na Preparação da Fístula Arteriovenosa; Cuidados nas 48 horas após a Construção da Fístula Arteriovenosa; Cuidados Específicos com o Processo de Maturação da Fístula Arteriovenosa e Cuidados Específicos em Programa Regular de HD (Sousa, 2012).

- Cuidados Antecipatórios na Preparação da Fístula Arteriovenosa

Nesta dimensão, o enfermeiro deve informar a pessoa sobre o que é o acesso vascular e a sua importância para o tratamento, dar importância ao estado de hidratação da pessoa, de forma a prevenir a hipotensão arterial que favorece a trombose da FAV, capacitar a pessoa para a gestão do regime medicamentoso, em particular da medicação anti hipertensora e antiagregante plaquetária, para evitar a hipotensão e a hemorragia e o aparecimento de hematomas durante a cirurgia que podem comprometer a viabilidade e funcionamento do AV, melhorar o conhecimento da pessoa sobre a preservação da rede vascular e o seu autocuidado nesta área para limitar a morbilidade associada aos cateterismos repetidos e ainda a não permitir que seja avaliada a TA no membro da FAV, assim como flebotomias, cateterizações e colheitas de sangue. Nesta dimensão, capacitar e melhorar o conhecimento da pessoa para a higiene pessoal e hidratação da pele é de extrema importância para manter a pele em boas condições de elasticidade e prevenir infeções. Ainda neste âmbito, devemos promover uma autogestão do padrão alimentar adequada (Sousa, 2009).

Durante o estágio, tive a oportunidade e identifiquei necessidades, a nível do défice de comportamentos de autocuidado com a preservação da rede vascular, em pessoas com DRC a fazer HD por CVC. Nestas situações, procurei explicar e evidenciar a importância dessa preservação para futura construção do acesso arteriovenoso, de forma a capacitar sobre os cuidados a ter com o estado de hidratação e o regime medicamentoso, sobre os cuidados a ter após a construção da FAV e sobre verificação de sinais isquémicos.

- Cuidados nas 48h após a Construção da Fístula Arteriovenosa:

Esta dimensão corresponde ao período de 48 horas que decorre logo após a cirurgia de construção. As intervenções de Enfermagem neste período, centram-se no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado que dotem a pessoa de capacidades, de modo a evitar ou detetar precocemente a trombose/ disfunção da FAV.

O enfermeiro deve procurar melhorar o conhecimento da pessoa na funcionalidade da FAV, complicações isquémicas, cuidados imediatos com a FAV e a conservação da funcionalidade da FAV, desenvolvendo ações do âmbito do ensinar, orientar, descrever e explicar que promovam o autocuidado (Sousa, 2009).

Neste sentido, nas primeira 48 horas, deve-se encorajar a pessoa a manter o membro do AV elevado e quente quando em repouso para favorecer o retorno venoso e prevenir o edema, manter o membro em extensão quando caminha, mobilizar o membro do AV para aumentar a circulação de retorno e evitar movimento bruscos que dificultem esse retorno e origem hemorragia. Porém, neste âmbito, a pessoa que acaba de construir um AV deve compreender que a dor e o edema são frequentes no pós-operatório, mas devem desaparecer em duas semanas. Se estes sintomas não desaparecerem é um sinal de disfunção e deve ser comunicado ao enfermeiro. A pessoa deve, também, estar atenta a outros sinais e sintomas isquémicos relacionados com a hipoperfusão distal, principalmente nas primeiras 24h, através da avaliação objetiva pelo arrefecimento das extremidades distais, com perda de sensibilidade e cianose, e subjetiva, através da sensação de arrefecimento, adormecimento, parestesias, e alteração da função motora distal (Sousa, 2009).

A pessoa deve verificar a funcionalidade da FAV através da verificação do frémito, colando a mão sobre a área da anastomose sentindo a uma sensação de zumbido e fazer esta verificação regularmente, pelo menos três vezes por dia (Sousa, 2009).

A pessoa deve ainda ser informada a não retirar o penso e proteger o membro de qualquer ação, que possa ser suscetível de potenciar a infeção ou danificar o acesso, assim como a reconhecer sinais e sintomas de infeção (rubor, calor, edema e dor) na FAV e comunicar ao enfermeiro caso ocorram (Sousa, 2009).

Ao nível da conservação da FAV, a pessoa deve ser instruída a não avaliar a TA no membro do AV, nem permitir que o façam, evitar venopunções e traumatismos, não carregar volumes pesados e efetuar movimentos bruscos, não adotar posições que dificultem o retorno venoso, evitar diferenças de temperatura bruscas, roupas e acessórios apertados pelo risco de hipoperfusão e não efetuar tricotomia do membro do AV (Sousa, 2009; Ibeas et al, 2017).

- Cuidados Específicos com o Processo de Maturação da Fístula Arteriovenosa

Esta dimensão corresponde ao período desde 48h após a construção do AV até à primeira punção. As intervenções de Enfermagem neste período, centram-se no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado que levem ao melhor desenvolvimento e maturação da FAV.

O enfermeiro deve procurar melhorar o conhecimento da pessoa em Cuidados na Maturação, Higienização e Sinais Isquémicos, desenvolvendo ações do âmbito do ensinar, orientar, descrever e explicar que promovam o autocuidado nesta dimensão.

Nesta fase, as intervenções do enfermeiro devem ser no sentido de ensinar a pessoa a realização de exercícios isométricos distais, para promover o desenvolvimento muscular e vascular e, conseqüentemente, poder acelerar o processo de maturação, aumentar a permeabilidade e o desenvolvimento da AV que favoreçam a dilatação venosa. A pessoa deve manter a avaliação do frémio e estar atenta à sua diminuição, que pode ser indicativa de estenose. A pessoa deve igualmente ser capacitada a identificar sinais de alerta de disfunção da FAV, como o (re)aparecimento do edema ou o não desaparecimento deste, nas primeiras semanas. A pessoa deve ser orientada igualmente, nesta fase, para saber identificar sinais de isquemia do membro da FAV, nomeadamente arrefecimento da mão, palidez e cianose. Os cuidados de higiene mantêm a sua grande importância nesta fase e a pessoa deve ser ensinada a realizar uma higiene adequada mediante a lavagem diária com água e sabão, mas preservar a zona da ferida seca, após a retirada dos pontos de sutura (Sousa, 2009; Ibeas et al, 2017).

A promoção do autocuidado da FAV durante o processo de maturação é fundamental para a prevenção de complicações e melhor desenvolvimento do AV. Durante o estágio, consegui, igualmente, treinar a competência de promoção de autocuidado nas 48H após a construção da FAV. As pessoas que construíram FAV nas 48H anteriores, foram capacitadas para verificar a funcionalidade da FAV através da verificação do frémio, reforçada a necessidade de avaliar sinais isquémicos. Instruídas que o edema deve regredir nas primeiras semanas e dos cuidados de conservação da FAV, como não avaliar a TA nesse membro, evitar venopunções e traumatismos e não carregar volumes pesados.

Durante fase de maturação da FAV, também consegui acompanhar algumas pessoas, e foi possível e capacitá-las para os cuidados específicos durante este processo. Foram instruídas e treinadas a fazer exercícios isométricos distais, a manter a avaliação da funcionalidade da FAV e comunicar desvios e avaliado o conhecimento sobre os sinais de isquemia do membro e sobre os cuidados de higiene. Os doentes, com quem tive oportunidade de treinar estas competências na fase de maturação da FAV, não estavam consciencializados para a importância dos cuidados de higiene com o membro da FAV e ,por isso, intervimos no sentido de analisar, com eles, a relação entre os cuidados de higiene e a prevenção de infeções do AV e a diminuição da morbilidade. Esta avaliação é de extrema importância, pois uma consciencialização facilitadora deste aspeto, permite uma capacitação mais facilitada para os cuidados de higiene e prevenção de infeção.

- Cuidados Específicos em Programa Regular de HD

Esta dimensão corresponde ao período desde a primeira punção, até ao final de vida do AV. As intervenções de Enfermagem neste período, centram-se no desenvolvimento de

comportamentos de autocuidado que levem à manutenção do AV nas melhores condições possíveis

O enfermeiro deve procurar melhorar o conhecimento da pessoa nos Cuidados Prévios à Punção; Cuidados Intradialíticos; Cuidados Interdialíticos; Hematomas e Retirada das Agulhas, desenvolvendo ações do âmbito do ensinar, orientar, descrever e explicar que promovam o autocuidado nesta dimensão.

A pessoa em programa regular de HD com FAV deve ser orientada para a lavagem do membro com água e sabão anti-bacteriano antes das canulações, para evitar a transmissão de infeções e informar a pessoa sobre a importância da rotação dos locais de punção. Durante a sessão de HD, é fundamental que a pessoa compreenda que a hipotensão arterial é a complicação mais frequente e consequente do excesso dos ganhos intradialíticos; nesse sentido, o enfermeiro deve instruir a pessoa a controlar os ganhos intradialíticos e a identificar sinais e sintomas de hipotensão. Para além disso, deve instruir a pessoa a mobilizar apenas suavemente o membro da FAV e a não usar roupas apertadas durante a sessão de HD para evitar infiltrações.

O enfermeiro deve explicar à pessoa a importância da remoção das agulhas após o tratamento e de efetuar compressão nos locais de punção com pressão dinâmica e sem utilizar pinças. Em caso de hematoma, a pessoa deve ser instruída e treinada a efetuar massagem suave no sentido do retorno venoso, várias vezes ao dia (Sousa, 2009).

Entre os tratamentos de diálise, a pessoa continua a ter um papel preponderante e o enfermeiro deve capacitar a mesma, sobre os cuidados a ter no retirar dos pensos, que devem ser apenas retirados no dia seguinte após a sessão de diálise, assim como a não retirada das crostas do local da punção e a manutenção de uma nutrição adequada que permita o equilíbrio entre o ganho intradialítico e a capacidade de perda durante a sessão de HD. Uma questão muito importante no autocuidado com a FAV é capacitar a pessoa a atuar em caso de hemorragia pelos locais de punção, devendo ser orientada a efetuar compressão no mínimo 10 minutos e, em caso de persistência, contactar os serviços de emergência hospitalares ou a unidade de diálise (Sousa, 2009; Ibeas et al, 2017).

Durante o estágio, consegui desenvolver comportamentos de autocuidado nas pessoas com FAV através da consciencialização da relação do autocuidado da FAV com a prevenção de complicações, como a infeção do AV e a trombose, e com o aumento da longevidade do AV. Além disso, consegui capacitar e instruir as pessoas sobre o o risco de hipotensão, como reconhecer os sinais e comunicar sempre ao enfermeiro, evitar fazer movimentos durante a canulação e durante o tratamento para evitar hematomas e sobre os cuidados a ter durante e hemóstase e com o penso. Antes das sessões tive ainda oportunidade de incentivar, instruindo e treinando as pessoas com FAV a lavar o membro nos lavatórios disponíveis.

Durante a permanência do doente na unidade de HD, principalmente nos doentes que iniciaram

o tratamento recentemente, o enfermeiro tem uma excelente oportunidade para avaliar as necessidades da pessoa no âmbito da DRC e procurar satisfazê-las. O autocuidado com o AV é um foco primordial do enfermeiro no âmbito da DRC e por isso, durante o estágio e o contacto com os doentes, procurava perceber se o doente fazia a avaliação (frémite e pulso) do AV e a cuidados de higiene no domicílio, a lavagem do membro do AV antes de entrar para a sala de tratamento, uso de roupas apertadas, acessórios e relógios no membro do AV e se evita carregar volumes pesados com o membro do AV.

Alguns doentes ainda não estão consciencializados da relação do autocuidado da FAV com a prevenção de complicações e com a longevidade do acesso vascular. Em alguns casos foi possível identificar lacunas ao nível dos conhecimentos acerca dos cuidados a ter com o AV principalmente ao nível da avaliação da funcionalidade do AV, como a avaliação do frémite, e do uso do relógio. A lavagem do membro é uma prática muito encorajada na unidade de HD e por isso os doentes adotam esse comportamento, os doentes dependentes são substituídos nessa atividade pelos profissionais.

A equipa está motivada e sensibilizada para promoção do autocuidado com o AV, reforçando em vários momentos a instrução e o treino tanto dos doentes como dos familiares/cuidadores quando este não tem capacidade para garantir o autocuidado.

À luz do modelo de desenvolvimento de competências de Benner, considero que a minha competência na promoção do autocuidado com FAV, estou no nível proficiente, pois considero ter capacidade de reconhecer as situações na globalidade e antecipar os acontecimentos, foi das competências que mais trabalhei neste período, pela importância do AV para a pessoa com DRC. Neste domínio foi possível identificar o potencial para melhorar a capacidade do doente e cuidador para autocuidado com AV e considerando os indicadores de resultado estabelecidos estes indicam que foi onde tive maior sucesso terapêutico.

O sucesso dos planos terapêuticos e dos ganhos em saúde que verifiquei ao longo do estágio junto das pessoas com DRC, assim como a superação destas dificuldades e a adequação das intervenções a cada pessoa, recorrendo a conhecimentos especializados e atualizados, fez a diferença nos cuidados prestados à pessoa doente e fará no meu futuro profissional como enfermeiro especialista.

Ainda no campo do desenvolvimento de competências de maximização do ambiente terapêutico, o enfermeiro especialista em EMCEPSC deve intervir como gestor de risco na promoção de um ambiente seguro e de qualidade.

As pessoas têm o direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua condição, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. A segurança está intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde, que

devem ser realizados com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Despacho n.º 9390/2021).

Nos sistemas de saúde modernos, durante a prestação dos cuidados, a ocorrência de incidentes de segurança é uma realidade e, por isso, a implementação de estratégias de redução de incidentes, em especial dos evitáveis, é reconhecida como ganhos em saúde e um investimento em saúde. A promoção da segurança do doente requer uma abordagem sistémica, contínua e promotora da cultura de segurança assente numa lógica de melhoria contínua e um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas (Despacho n.º 9390/2021).

Os estatutos da OE e do Código Deontológico definem que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos técnico-científicos, integrando todas as medidas que objetivem a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. O enfermeiro especialista, assume um papel com importância acrescida como dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas na área da governação clínica, na melhoria da contínua da qualidade e na gestão de um ambiente terapêutico e seguro (Decreto-Lei nº 156/2015; OE, 2015).

Os serviços de HD são locais com forte probabilidade de ocorrência de eventos adversos pois apresentam vários fatores de risco, como os procedimentos invasivos realizados, a utilização de equipamentos complexos, doentes com várias comorbilidades, alta rotatividade de doentes e administração de medicamentos potencialmente perigosos, como a heparina (Holley, 2006). Os eventos adversos mais frequentes nas unidades de diálise são a hipotensão arterial, fluxo sanguíneo inadequado, infeção ou sinais de infeção no acesso vascular deslocação da agulha, infiltração/hematoma, coagulação do circuito extracorporal, quedas e falha dos equipamentos (Holley, 2006; Rocha et al., 2019; de Sousa et al., 2016).

No ambiente hospitalar, com um elevado número de persidade de profissionais que se coordenam para dar a melhor resposta às solicitações, com utilização de vários fármacos, procedimentos e equipamentos, a gestão do risco é fundamental para o controlo de situações adversas. Uma política de gestão de risco centra-se em prevenir ao máximo os riscos associados com a prática clínica. O risco, em ambiente hospitalar, pode ter persas naturezas: física, por calor, ruído ou radiação; química, como as soluções terapêuticas administradas; mecânica, como as quedas; biológica, como a contaminação ou transmissão de microorganismos; ergonómica ou psicológica (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010).

Ainda na gestão de risco, devemos fazer distinção entre o risco clínico e não clínico. O risco não clínico envolve aspetos como a segurança do edifício, de resíduos e de bens. O risco clínico está relacionado com os cuidados de saúde prestados. A gestão do risco clínico tem como finalidade melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, e faz a identificação e análise das situações que colocam o doente em risco de sofrer um evento adverso (Dücker et al, 2009).

Nesta área os enfermeiros são responsáveis por um perso número de intervenções, e por isso encontram-se numa posição privilegiada para reduzir a possibilidade de ocorrência de incidentes, para além de detetar precocemente as complicações e intervir proactivamente de forma a prevenir danos. A equipa de Enfermagem em HD deve possuir conhecimentos sobre como identificar os riscos e as situações que propiciam a ocorrência de incidentes, e identificar alternativas e intervenções que minimizem as falhas, adotar métodos de análise de risco e garantir a qualidade e segurança do serviço (Pedreira, 2009).

A HD é um tratamento complexo, multidisciplinar, que combina o uso de tecnologia avançada com a administração de medicação endovenosa, em pessoas com sérias e múltiplas complicações de saúde que aumenta por isso, o risco potencial de ocorrência de eventos adversos (Garrick et al, 2012).

Na clínica de HD testemunhei e intervim tanto na prevenção como na atuação em caso de eventos adversos. Existem persos eventos adversos que podem ocorrer durante o tratamento como a hipotensão, câibras, febre, dificuldades e complicações relacionadas com o acesso vascular, como a deslocação da agulha durante o tratamento, baixo débito do AV e complicações na canulação; embolia gasosa, hipoglicemia e coagulação do circuito extracorporal. Neste âmbito consegui desenvolver e melhorar as minhas capacidades e habilidades tanto na prevenção como na atuação nestas complicações, sendo as mais frequentes a hipotensão arterial e as complicações na canulação. O desenvolvimento desta competência foi possível através do treino em situações adversas e da pesquisa bibliografa da evidência científica e dos bundles presentes na unidade que fornecem um enquadramento para a gestão das dificuldades e complicações, realizado pela direção de Enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa doente, aumentando a segurança e reduzindo os riscos.

As quedas são um problema de saúde pública importante, uma vez que são a segunda principal causa de morte por acidente em todo o mundo, a seguir aos acidentes rodoviários, sendo os adultos com mais de 65 anos a população mais vulnerável a quedas fatais (OMS, 2021).

Reconhecendo este problema de saúde pública, a DGS criou a Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 para a prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares a implementar por profissionais de saúde em unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde. Por reconhecer esta importância, os serviços de saúde onde estagiei tem em prática este programa de prevenção de queda, tanto num como nouro tive a oportunidade de reunir com o enfermeiro responsável pelo projeto e com o enfermeiro gestor de risco. Esta experiência permitiu-me desenvolver competências de notificação, reconhecimento de situações suscetíveis de resultado indesejável e promoção de ações de deteção precoce e estratégias inovadoras de prevenção de risco. Tanto a unidade de HD como o serviço de nefrologia reconhecem especial importância dos programas devido às características da população com DRC (idade, fragilidade,

comorbilidades, heparinização, entre outras) e tem como finalidade pretende-se regular a metodologia de avaliação do risco de queda e definir as intervenções a implementar para prevenção da queda e em caso de queda, bem como definir responsabilidades pela implementação e avaliação do programa.

Consegui também desenvolver competências de promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem, de administração de processos terapêuticos complexos e de segurança na utilização de medicação. Durante o estágio na clínica de HD pude experienciar a preparação de medicação segundo o método de dupla verificação com o objetivo de mitigar os erros de preparação de medicação. Neste sentido, pude constatar que a verificação da preparação por um segundo enfermeiro tem a vantagem de limitar o primeiro enfermeiro a cometer o erro e a perpetuar o mesmo. Este achado vai de encontro aos resultados de Douglas et al (2018), que demonstraram que o uso de uma verificação dupla é mais efetivo que uma verificação única, para detetar erros simples de uso de medicação errada e na deteção de erros de dosagem mais complexo, como os baseado no peso.

Pude também experienciar o uso da estação de preparação de medicação BD Pyxis™, que no meu entendimento é uma ferramenta valiosa na prevenção de erros relacionados com a medicação. Este equipamento permite a retirada para preparação e administração dos medicamentos só após a prescrição médica, a identificação do enfermeiro por código de acesso e biometria e é, ainda, uma mais-valia na gestão de stocks e registo de consumos por doente, patologias e serviço permitindo um melhor controlo de custos. Para além da minha perceção, a literatura indica que este modelo de administração de medicação diminui o erro com a medicação e diminui igualmente o afastamento dos horários de administração programados, assim como aumenta a eficiência relacionada com o abastecimento de medicação aos serviços (Schwarz & Brodowy, 1995; Borel & Rascati, 1995).

No desenvolvimento de competências de gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos e de promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, considero que me encontro num nível proficiente. Consigo reconhecer as situações que podem levar a eventos adversos, como os eventos adversos em HD, prevenindo-os e revertendo-os quando ocorrem.

Ao nível da promoção de um ambiente seguro para a prática de Enfermagem, considero que a experiência no internamento de Nefrologia e Unidade de Transplante melhorou esta minha competência, através da melhoria do meu conhecimento de estratégias inovadoras, como o caso do programa de gestão de quedas e de incêndio nesta unidade e o uso da estação de preparação de medicação. Neste âmbito desenvolvi igualmente competências de notificação de incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de Enfermagem, num nível proficiente. Tive oportunidade de notificar incidentes na plataforma interna da organização para reporte interno de incidentes. Também contactei com a plataforma “Notifica” da DGS que é uma

plataforma que permite ao utente e ao profissional de saúde notificar e gerir incidentes ocorridos no sistema de saúde, relacionados com a segurança na prestação de cuidados de saúde.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório cumpre o objetivo de descrever o meu percurso nos contextos clínicos do estágio, tendo por base uma apurada e fundamentada reflexão crítica, demonstrando o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas tendo em conta as atividades realizadas e fundamentando o meu percurso de aprendizagem.

Apesar do percurso exigente e trabalhoso, o empenho, a motivação pessoal e a colaboração de ambas as equipas de Enfermagem contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal possibilitando, ao longo do tempo de estágio, desenvolver as competências exigidas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Este estágio foi desenvolvido em dois contextos clínicos, numa unidade de HD e numa unidade de transplantes renais/ serviço de nefrologia. A unidade de HD presta e promove cuidados de excelência à população com DRCT, vocacionada para a realização de tratamentos de HD para residentes num concelho do norte do país. Na unidade de transplantes renais/serviço de nefrologia são prestados cuidados altamente especializados em transplantação renal, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, enquanto no serviço de nefrologia são prestados cuidados de saúde hospitalares nefrológicos diferenciados à pessoa com DRC, na unidade de DP são acompanhados mais de uma centena de doentes que optaram por esta técnica de diálise autónoma e domiciliária, na unidade de HD faz-se o acompanhamento e a realização de tratamentos de HD, hemocarboperfusão e plasmaferese aos doentes internados no hospital e no serviço de urgência.

Para Benner (2001, p.12) a “prática é um modo de obter conhecimento, sendo a experiência necessária para desenvolver perícia” e o enfermeiro evolui ao longo de vários níveis de competência, até atingirem um nível de competência para prestar cuidados de excelência à pessoa. Assim sendo, em ambos os contextos deste estágio, assumi o desenvolvimento de competências especializadas através de uma perspetiva empreendedora e de aproveitamento de todas as oportunidades, naquilo que são as competências necessárias exigidas pela OE e o progresso para desenvolver cuidados de excelência.

Segundo este modelo de Benner e durante o estágio, consegui obter conhecimento e desenvolver as minhas capacidades através da prática baseada na melhor evidência científica. Melhorei as minhas competências de estabelecimento da relação terapêutica, de comunicação adaptada à pessoa e família e desenvolvi, ainda mais, as de identificação das necessidades das pessoas com DRC e da família e cuidador, assim como a influência que a doença tem no seu

quotidiano e o impacto da qualidade de vida. Procurei integrar o doente e a família/cuidadores nos planos de cuidados como ponto chave do processo terapêutico e igualmente como alvo de cuidados.

O diagnóstico de DRC tem um impacto capaz de interferir na vida do indivíduo e família/cuidadores. Esta condição de doença crónica exige mudanças no estilo de vida indispensáveis ao processo de transição saúde-doença, com o objetivo de atingir as metas terapêuticas e da melhoria da qualidade de vida. Neste percurso, desenvolvi conhecimentos e competências de promoção de intervenções especializadas facilitadoras do processo de transição de saúde/doença decorrente da DRC, através do planeamento de cuidados personalizados com foco em vários domínios como o regime dietético, o regime medicamentoso, o padrão alimentar, o padrão de exercício e o autocuidado com o AV.

Apesar de no meu percurso profissional já ter investido no desenvolvimento de competências na área da prevenção, intervenção e controlo de infeção, consegui melhorar as minhas competências nesta área, principalmente na promoção na família/cuidadores de medidas de prevenção e controlo da infeção e no desenvolvimento de estratégias junto da equipa para a prevenção e controlo de infeção.

À luz do processo de Enfermagem, sempre que se prestam cuidados de Enfermagem deve-se fazer uma avaliação para verificar se cada um dos doentes alcança o nível de bem-estar previsto. Neste estágio, consegui desenvolver competências de promoção de intervenções para facilitar o processo de transição decorrente da DRC, mas também de avaliar os resultados dessas intervenções com base nas respostas da pessoa e família/cuidador. Tanto na unidade de HD e diálise peritoneal pela proximidade de contactos, como nas unidades de internamento, consegui desenvolver esta competência e perceber que uma boa avaliação dos resultados das nossas intervenções é preponderante, tanto para perceber possíveis reajustes do plano de cuidados, como a eficácia do mesmo.

Igualmente durante este trajeto, consegui melhorar a minha capacidade de gestão de sinais e sintomas na pessoa com DRC tanto através da gestão do regime terapêutico e do desenvolvimento das medidas não farmacológicas. A doença renal tem impacto em vários sistemas orgânicos e implicações: a nível digestivo, cardiovascular, neurológico, cutâneo e músculo-esquelético.

O enfermeiro tem uma ação preponderante na promoção do desenvolvimento do autocuidado, através da informação, orientação e aconselhamento, que fornece à pessoa e família/cuidador, com o objetivo de os incentivar a utilizar o seu potencial de aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos. No domínio do autocuidado na doença renal, a FAV é considerada o acesso vascular de excelência para a HD pois apresenta maior tempo de durabilidade e menores complicações como a trombose, infeção e hospitalizações. Deste modo, o desenvolvimento de comportamento de autocuidado com a FAV pela pessoa com DRC, é

fundamental para detetar complicações e situações compatíveis com disfunção da FAV e melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença renal. No meu percurso, tive oportunidade de desenvolver competências de promoção do autocuidado da FAV nos cuidados antecipatórios de preparação da FAV, nas 48h após a construção da FAV, nos cuidados específicos com o processo de maturação da FAV e nos cuidados específicos programa regular de HD. Apesar de possuir algum conhecimento nesta área, julgo que foi a competência mais desafiante período, pela importância do AV nesta população e pelo défice de conhecimento dos doentes e famílias/cuidadores com quem tive contacto. Através dos indicadores de resultado definidos, também considero que foi onde tive maior sucesso terapêutico.

A ocorrência de incidentes é uma realidade nos cuidados de saúde e o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista, tem um papel com importância acrescida como dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas de redução de incidentes, em especial dos evitáveis e da implementação de uma cultura de segurança. Durante o estágio consegui desenvolver as competências de promoção de um ambiente seguro para doentes e profissionais e melhorei, ainda, o meu conhecimento e competências na monitorização e prevenção de eventos adversos e no desenvolvimento de medidas preventivas, assim como na gestão da queda dos doentes na unidade de cuidados e no domicílio.

Por tudo isto, considero que o planeamento deste estágio foi fundamental para o seu sucesso na aquisição de competências especializadas do cuidar da pessoa com DRC. Este desenho permitiu-me seguir o curso natural da doença e o seu itinerário terapêutico desde os seus estádios iniciais até às terapias de substituição renal, e acompanhar os diferentes processos de transição das pessoas e famílias/cuidadores em cada momento, com as suas necessidades individuais e o desenvolvimento de estratégias adequadas e coerentes, para desenvolver o autoconhecimento e as capacidades para uma melhor gestão da doença e melhoria da qualidade de vida.

Tendo em conta este meu percurso, as experiências vivenciadas e as competências desenvolvidas, considero ter alcançado os objetivos estabelecidos, adquirindo as competências necessárias e exigidas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. A pessoa com doença crónica, em especial com DRC, é um domínio pelo qual nutro grande interesse e por isso pretendo continuar a minha formação. Considero que a formação é a chave para um melhor desempenho e para prestar cuidados de excelência e que permite ao enfermeiro responder às exigências da atividade profissional e aos problemas vivenciados pela pessoa e pela família/cuidador.

7. BIBLIOGRAFIA

Abud, A. C. F., Kusumota, L., Santos, M. A. dos, Rodrigues, F. F. L., Damasceno, M. M. C., & Zanetti, M. L. (2015). Peritonite e infecção de orifício de saída do cateter em pacientes em diálise peritoneal no domicílio. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(5), 902-909. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0413.2630>

Akbar, S. A., Jafri, S. Z. H., Amendola, M. A., Madrazo, B. L., Salem, R., & Bis, K. G. (2005). Complications of renal transplantation. *Radiographics*, 25(5), 1335-1356.

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. (2008). Biblioteca Virtual em Saúde: Dieta Transplantado Renal. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/143dieta_transplante_rim.html

Axley, B., Speranza-Reid, J., & Williams, H. (2012). Venous needle dislodgement in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 39(6), 435.

Barbosa, D. A., Gunji, C. K., Bittencourt, A. R. D. C., Belasco, A. G. S., Diccini, S., Vattimo, F., & Vianna, L. A. C. (2006). Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, 304-309.

Bastos, M. G., Carmo, W. D., Abrita, R. R., Almeida, E. D., Mafra, D., Costa, D. D., ... & Paula, R. B. D. (2004). Doença renal crônica: problemas e soluções. *J Bras Nefrol*, 26(4), 202-15.

Belo, A., Gaspar, C., Almeida, C., Seringa, J., Papança, M., & Santana, R. (2021). *Handbook de Integração de Cuidados*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

Bianchi, M., Nogueira, Y. L., Nascimento, T. D., Menegócio, A. M. (2016). Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem nos Pacientes em Hemodiálise. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 20(1), DOI:<http://dx.doi.org/10.17921/14156938.2016v20n1p%p>.

Bianchi, P. D. A., Barreto, S. S. M., Thomé, F. S., & Klein, A. B. (2009). Repercussão da Hemodiálise na Função Pulmonar de Pacientes com Doença Renal Crônica Terminal. *Braz. J. Nephrol.*, 31(1), 25-31. <https://bjnephrology.org/wpcontent/uploads/2019/08/jbnv31n2a6.pdf>

Borel, J. M., & Rascati, K. L. (1995). Effect of an automated, nursing unit-based drug-dispensing device on medication errors. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 52(17), 1875-1879.

Borges, L. R.; Martins, D. G. (2001). Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? *Boletim de iniciação científica em psicologia*, 2, 1, 42-58.

Brito, D.C.S. (2009). A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas e deficiências adquiridas. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 15 (1), 106-119.

Cais, D. P., Turrini, R. N. T., & Strabelli, T. M. V. (2009). Infecções em pacientes submetidos a procedimento hemodialítico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21, 269-275.

Castro, M. D., Caiuby, A. V. S., Draibe, S. A., & Canziani, M. E. F. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49, 245-249.

CDC (2022). Centers for Disease Control and Prevention. About chronic diseases. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. Nursing Research Methodology. Califórnia: Aspen Publications, 1986.

Coelho, J. B., Lima, V. M. S., & Santos, E. P. de P. (2003). O Papel da Enfermagem no Cuidado de Portadores de Doença Renal Crônica. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 9(10), 155-170. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.11688>

Correia, A., Manso, M., Roncon-Albuquerque, R., Oliveira, G., Silva, C., Cruz, F., Antunes-Lopes, T. (2019). Kidney Donation After Cardiocirculatory Death: The Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Ata Urológica Portuguesa*, 36(1-2), 23-29. <https://doi.org/10.24915/aup.36.1-2.86>

Curtin, R. B., Oberley, E. T., Sacksteder, P., & Friedman, A. (1996). Differences between employed and nonemployed dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 27(4), 533-540.

da Silva, M. R., de Moura, L. M. S., Barjud, L. L. E., Batista, G. S., & da Silva Filho, M. L. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 9344-9374.

da Silva, V. W., Oliveira, J. E. C., de Oliveira, J. D. C. R., da Silva, V. M. P., de Souza Passos, T. K., da Silva, M. P. G., ... & da Silva Candéas, A. R. (2021). Papel do enfermeiro na abordagem da doença renal crônica: Revisão da literatura. Role of the nurses in the approach of chronic kidney disease: Literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20738-20743.

de Sousa, M. R. G., de Camargo Silva, A. E. B., Bezerra, A. L. Q., de Freitas, J. S., Neves, G. E., & de Brito Paranagua, T. T. (2016). Prevalence of adverse events in a hemodialysis unit.

Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República: II série, n.º 187. https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano_nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx#:~:text=texto%20integral%20do-,Despacho,-

Aceda%20ao%20Documento

Direção Geral da Saúde (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Norma da Direção Geral da Saúde N. 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012), 1-35.

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

Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_deprevencaocontrolodeinfeccaoassociadaoascuidadosdesaude0.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo De Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (Vol. 8). <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/>

Douglass, A. M., Elder, J., Watson, R., Kallay, T., Kirsh, D., Robb, W. G., ... & Coil, C. J. (2018). A randomized controlled trial on the effect of a double check on the detection of medication errors. *Annals of emergency medicine*, 71(1), 74-82.

Dückers, M., Faber, M., Cruijsberg, J., Grol, R., Schoonhoven, L., & Wensing, M. (2009). Safety and risk management interventions in hospitals. *Medical care research and review*, 66(6suppl), 90S-119S.

Fabião, A., Magano, C. O., Ferreira, J. M., & Miranda, P. R. (2005). Formação: contributo para a qualidade. *Servir*, 53(5), 236-43.

Fatehi, P., Chi-yuan, H. (2020). Chronic kidney disease (newly identified): clinical presentation and diagnostic approach in adults.

Ferreira, R., Oliveira, M., Vasconcelos, C. (2015). Diabetes Mellitus Pós-Transplante Renal. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10 (4), 151-157.

Foster, P.C.; Janssens, N.P.D.E.O. In: George, J.B. et al. (1993). *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas. Cap. 7, p. 90-107.

Fresenius Medical Care. (2011). *Manual de hemodiálise para enfermeiros*. (Fresenius Medical Care, Ed.). Lisboa: Edições Almedina

Fuchs, K. M., & Coustan, D. R. (2007). Immunosuppressant therapy in pregnant organ transplant recipients. *Seminars in perinatology*, 31 (6), 363 - 371. Disponível em <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2007.09.006>

Gallani, M. C. B. J. (2015). O enfermeiro no contexto das doenças crónicas. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem, 23, 01-02.

Garcia, R., Budó, M., Oliveira, S., Beuter, M. & Girardon-Perlini, N. (2012). Sectores de cuidado à saúde e a sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crónico. *Escola Anna Nery*, 16, 270-276. doi.org/10.1590/S1414-81452012000200009

Garrick, R., Kliger, A., & Stefanchik, B. (2012). Patient and facility safety in hemodialysis: opportunities and strategies to develop a culture of safety. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 7(4), 680-688. https://doi.org/10.2215/CJN.06530711

Geib, L. T. C., Cataldo Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 453-465.

Gherpelli, J. L. D. (2002). Tratamento das cefaléias. *Jornal de Pediatria*, 78, S3-S8.

GID. (2014). Prevenção secundária e terciária da DRC: Plataforma Integrada de Gestão Integrada da Doença. Acedido em 18-5-2022. Disponível em: <http://gid.min-saude.pt/drc/index.php?id=4>

Gokoel, S. R. M., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J. M., Moes, D. J. A. R., & de Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplantation reviews (Orlando, Fla.)*, 34(1), 100511. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>

Henrique, G. C. F., Ferreira, T. T. C., de Arruda Silva, A. P., de Melo Santos, I. B. V., de Oliveira, E. D. C. F., & de Souza, V. L. M. (2019). Intervenções não farmacológicas no tratamento da neuropatia periférica induzida pela quimioterapia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (28), e1029-e1029.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e ação numa perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Holley, J. L. (2006). A descriptive report of errors and adverse events in chronic hemodialysis units. *Nephrology news & issues*, 20(12), 57-8.

Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., ... & Barba, Á. (2017). Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis. *Nefrología*, 37, 1-191.

INSTITUTE OF MEDICINE. (2000). - *To err is human: building a safer health system*. [Em linha]. Washington, D.C.: Institute of Medicine. Acedido a 10/12/2022. Disponível em <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.

International Council of Nurses (2001). *International Classification for Nursing Practice - Beta 2 Version*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

Israel, S.M.C. (2010) *A prática pedagógica e suas interfaces com as doenças*. 2ª Edição Casa do

Psicólogo. ISBN: 978-85-62553-28-8

Johnson, D. W., Atai, E., Chan, M., Phoon, R. K., Scott, C., Toussaint, N. D., ... & Wiggins, K. J. (2013). KHA-CARI Guideline: early chronic kidney disease: detection, prevention and management. *Nephrology*, 18(5), 340-350.

Jolly, E. C., & Watson, C. J. E. (2011). Modern immunosuppression. *Surgery (Oxford)*, 29(7), 312-318. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2011.05.001>

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2005). The balanced scorecard: measures that drive performance (Vol. 70, pp. 71-79). US: Harvard Business Review.

Kim Y, Evangelista LS. (2013). Development and cultural adaptation of the Spanish version of the End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (SESRD-AQ). *Nephrol Nurs J*. 40(6):493-506.

Kusumoto, L., Marques, S., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. P. (2008). Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 152-159.

Levin, A., Stevens, P. E., Bilous, R. W., Coresh, J., De Francisco, A. L., De Jong, P. E., . . . Lamb, E. J. (2013). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-150.

Lupi, O., Rezende, L., Zangrando, M., Sessim, M., Silveira, C. B., Sepulcri, M. A. S., ... & Santos, O. D. R. (2011). Cutaneous manifestations in end-stage renal disease. *Anais brasileiros de dermatologia*, 86, 319-326.

Mahan, L. K.; Raymond, J.L. (2018) – Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia, 14 ed, Missouri: Saunders Elsevier. ISBN: 9788535229844.

Marinho D.F.,Melo R.D.,Sousa K.E.,Araújo O.F., Vieira J.N., Antunes, C.D., et al. (2020) Capacidade funcional e qualidade de vida na doença renal crônica. *Rev Pesqui Fisioter*, 10,212-9. doi 10.17267/2238-2704rpf.v10i2.2834

Meghnagi S. (1999).A competência profissional como tema de pesquisa. *Educ Soc*. 19(64):50-86.

Meleis, A, et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sc*. 23, Vol. 1, 12-28.

Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. D. C., Serra, I. D. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841-853.

Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais.

(2010). A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais.

Miranda, e. M.; Krollman, M. A. O. & Silva, C. A. (1993). Perfil psicológico do paciente renal crónico. *Jornal brasileiro de Nefrologia*, 15 (3), 85-91.

Morsch, C. M. F., & Veronese, F. J. V. (2011). Doença renal crônica: definição e complicações. *Revista HCPA*. Porto Alegre. Vol. 31, no. 1 (2011), p. 114-115.

Muñoz, V., Andrea, T., Jurado, M., Chicharro, M., & Villar, E. (2014). Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica*, 17(1), 45-50. Disponível em <https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000100008>

Nahas, M. V. (2006). Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4ed Londrina: Editora Medigraf

Nery, R. M., & Zanini, M. (2009). Efeitos de um programa de 12 semanas de exercícios físicos sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefro*, 151-153

Neves, P. D. M. M., Machado, J. R., Silva, M. V. , Abate, D. T. R. S., Rodrigues, D. B. R., Faleiros, A. C. G., & Reis, M. A. (2012). Nefropatia por IgA: análise histológica e correlação clinicomorfológica em pacientes do Estado de Minas Gerais. *Braz. J. Nephrol.*, 34(2), 101-108.

Nolte, E., Mckee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions. a health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies Series, World Health Organization Regional Office for Europe. England: McGrawHill. Open University Press, 2008. pp. Foreword xvi-xvii. ISBN 978 0 335 233700

Oliveira Almeida, R. de, dos Santos, S. L. F., Paiva, C. E. Q., Barros, K. B. N. T., & de Macedo Arraes, M. L. B. (2019). Medidas não farmacológicas em hipertensão arterial. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 21(2), 95-97.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Padrões De Qualidade dos Cuidados De Enfermagem. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2014). " Regulamento nº533//2014". Diário da República 2ª série, 233 (dezembro): 3 0 2 4 7 - 5 4 .
<https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2015/02/Regulamento5332014Norma DotacoesSeguras.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Ordem dos Enfermeiros - Agosto 2016. Acedido a 12/11/2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/>

8883/gobpghemodialisevfsite.pdf

Orem, D. (1993) Modelo de Orem - Conceptos de enfermagem en la práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería. 0-8016-6064-5.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2003. Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de ação: relatório Mundial. Geneve; 2002.

Organização Mundial de Saúde. (2005). Prevenção de Doenças Crónicas um investimento vital. S.l. : Ed. Português.

Organização Mundial de Saúde. (2021). Falls. Abril 2021. [Acedido em: Outubro de 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

Pataca, I. (1997). Rim Normal. Anatomia e Fisiologia. In Clínica de Doenças Renais (Ed.), Manual de Hemodiálise. Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Pedreira, M. D. L. G. (2009). Enfermagem para a segurança do paciente. Acta Paulista de Enfermagem, 22, v-vi.

Pedroso, M., Siqueira, H., Andrade, G., Medeiros, A., Tolfo, F., Moura, B. (2019). The nurse and the model of living of the renal transplanted user: seeking the quality of life / O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 11(1), 241.doi.org

Pereira, P. (2008). Em Portugal existem 14 mil pessoas em diálise ou transplante. Saúde Pública, 22-3.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau Editora, 105. ISBN 978-989- 8269-17-1.

Pham, P. T. T., Pham, P. M. T., Pham, S. V., Pham, P. A. T., & Pham, P. C. T. (2011). New onset diabetes after transplantation (NODAT): an overview. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, 175-186.

Petrovsk, V., & Dall'Agnol, C. M. (2006). Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço?. Revista Brasileira de Enfermagem, 59, 630-635.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista portuguesa de saúde pública, 27-39.

Ponce, P. (1997). Acesso à Diálise: a natureza do problema. In P. Ponce, Acesso à diálise, a perspectiva nefrológica (pp. 11-16). Lisboa: Quadrícor.

Portaria n.º 802/2010 de 23 de Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 163 — 23 de Agosto de 2010 . Acedido a 4 jan. 2010. Disponível em ipst.pt

Radu, A., Garcia, D., Sousa, L., Bico, I., Frade, M., & Marques, M. (2020). Gestão de Volume de Líquidos e da Intolerância à Atividade na Pessoa Submetida a Hemodiálise: Relato de Caso. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 6(3), 348-364. doi:[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(3\).464.348-364](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(3).464.348-364)

Rahdar, Z., Jahantigh Haghighi, M., Mansouri, A., Siasary, A., Alahyari, J. & Jahantigh, F., (2019). Probing the relationship between treatment regimen compliance and the quality of life in hemodialysis patients: A descriptive-analytic study. *Medical Surgical Nursing Journal*, 8(2). Doi: 10.5812/msnj.95599

Reis, V., P. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa.

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

Riella, M.C.; Martins, C. (2013) *Nutrição e o Rim*. 2.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

Rocha, R. D. P. F., & dos Santos, I. (2009). Necessidades de autocuidado entre doentes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 1(2), 423-433

Rocha, R. D. P. F., & Pinho, D. L. M. (2019). Ocorrência de eventos adversos em unidades públicas de hemodiálise. *Enfermeria global*, 18(3), 1-34.

Romanzini, Adilson Edson, Jesus, Ana Paula Marcielo de, Carvalho, Edevã de, Sasaki, Vanessa Damiana Menis, Damiano, Valquiria Barco, & Gomes, João Junior. (2010). Orientações de Enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2) , 2 3 9 - 2 4 3 . http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141527622010000200014&lng=es&tlng=pt.

Romão Junior, J. E. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Braz. J. Nephrol.*, 26(3 suppl. 1), 1-3. <https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbmv26n3s1a02.pdf>

Rubin, R. H. (1993). Infectious disease complications of renal transplantation. *Kidney international*, 44(1), 221-236.

Santos, B. P. dos, Schwartz, E., Beuter, M., Muniz, R. M., Echevarría-Guanilo, M. E., & Viegas, A. C. (2015). Consequences attributed to kidney transplantation: critical incident technique. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24 (3), 748 - 755. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>

Santos, C. T. & Sebastiane, R. W. (1996). O acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crónica. In: V. A. Angerani-Camon (org.). *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira.

Sarno, G., Muscogiuri, G., & De Rosa, P. (2012). New-onset diabetes after kidney transplantation: prevalence, risk factors, and management. *Transplantation*, 93(12), 1189-1195.

Schwarz, H. O., & Brodowy, B. A. (1995). Implementation and evaluation of an automated dispensing system. *American Journal of Health System Pharmacy*, 52(8), 823-828.

Silva, M. (2010). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Coimbra: Formasau.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2022). *Relatório Anual 2022*. Disponível em: spnefro.pt

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2012). *Relatório Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia*. Acedido a 9/11/2023. Disponível em: <https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamentodoencaterminal/er2023registo.pdf>

Sousa, C. N. (2009). *CUIDAR DA PESSOA COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/19355/2/ClementeMestrado.pdf>

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

Sousa, C.L.A.A. et al.(2019). Assistência de Enfermagem ao paciente com insuficiência renal crónica: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28(1). https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190905_224407.pdf

Sousa, J.C. (2005). A Doença Crónica e o desafio da Comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 21, Editorial, pp. 533-534

Sousa, M. E. (2012). *Adesão ao tratamento medicamentoso da pessoa portadora de Insuficiência renal crónica em hemodiálise*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem medicocirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu], (2ª ed.), pp. 5-40. 89 <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1681/1/SOUSA%20Maria%20Elisabete%20Pereira%20-%20disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>

Sousa, S. R., Galante, N. Z., Barbosa, D. A., & Pestana, J. O. (2010). Incidence of infectious complications and their risk factors in the first year after renal transplantation. *Jornal brasileiro de nefrologia*, 32(1), 75-82.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592. doi:

10.1146/annurev.psych.58.110405.085615.

Taylor, J.P. e Taylor, J. E. (2001). O processo de Enfermagem de Urgência e Diagnóstico de Enfermagem. In: Sheehy's, S. Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. Loures. Lusociência. pp.9-16

Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de Enfermagem. TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 211-235.

Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e actividades da vida diária In Shirley, P. Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo (pp. 173-2017). 2ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.

Tordoir, J. H. M., Van Der Sande, F. M., & De Haan, M. W. (2004). Current topics on vascular access for hemodialysis. *Minerva Urologica e Nefrologica*, 56, 223-236.

Travagim, D. S. A., & Kusumota, L. (2009). Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. *Rev. enferm. UERJ*, 388-393.

Valente, C., & Rosmaninho, I. (2019). Prurido crónico–Da etiologia ao tratamento. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 27(3), 219-232.

Varela, A. M., & Pecoits Filho, R. F. S. (2006). Interações entre a doença cardiovascular e a doença renal crônica. *Braz. J. Nephrol.*, 28(2 suppl. 1), 22-28. <https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbnv28n3s2a07.pdf>

Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743–800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)

Wei, M., Taskapan, H., Esbaei, K., Jassal, S. V., Bargman, J. M., & Oreopoulos, D. G. (2006). K/DOQI guideline requirements for calcium, phosphate, calcium phosphate product, and parathyroid hormone control in dialysis patients: can we achieve them?. *International urology and nephrology*, 38(3-4), 739–743. <https://doi.org/10.1007/s11255-005-0083-x>

World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action: Global report. Geneva: WHO

8. ANEXOS

Anexo I



Declaração de esclarecimento e de opção por modalidade de terapêutica da insuficiência renal crónica avançada e de unidade de tratamento pelo doente

DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO E DE OPÇÃO POR MODALIDADE DE TERAPÊUTICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA AVANÇADA E DE UNIDADE DE TRATAMENTO

Eu, (nome)..... deanos de idade, portador do (riscar o que não interessar) Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º, padecendo de insuficiência renal crónica avançada e carecendo iniciar o respectivo tratamento, declaro ter lido e compreendido o exposto no documento ESCLARECIMENTO PARA FACULTAR UM CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OPÇÃO DE TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA AVANÇADA, composto por vint páginas, incluindo esta.

Considerando-me adequadamente esclarecido, é de livre vontade que, como primeira opção para o tratamento da insuficiência renal crónica avançada de que padeço, opto pela modalidade (riscar o que não interessar) Díálise Peritoneal / Hemodiálise / Transplantação renal com dador vivo (caso exista potencial dador) / Tratamento médico conservador.

Mais declaro que, para prossecução desse meu tratamento, opto pelo(a) (unidade pretendida).....

Estas opções agora declaradas não prejudicam o exercício do meu direito de, futuramente, as poder alterar.

.....,de.....de.....

a)



Declaração de esclarecimento e de opção por modalidade de terapêutica da insuficiência renal crónica avançada e de unidade de tratamento pelo representante legal do doente

DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO E DE OPÇÃO POR MODALIDADE DE TERAPÊUTICA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA AVANÇADA E DE UNIDADE DE TRATAMENTO PARA REPRESENTANTE LEGAL

Eu, (nome), (riscar o que não interessar) portador do Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º emitido em/...../....., como representante legal de (nome), (riscar o que não interessar) portador do Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º emitido em/...../....., de anos de idade, portador do (riscar o que não interessar) Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º, que padece de insuficiência renal crónica avançada e carece iniciar o respectivo tratamento, declaro ter lido e compreendido o exposto no documento ESCLARECIMENTO PARA FACULTAR UM CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OPÇÃO DE TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA AVANÇADA, composto por vinte páginas, incluindo esta.

Considerando-me adequadamente esclarecido, é de livre vontade que, como primeira opção para o tratamento da insuficiência renal crónica avançada de que o meu representado padece, opto pela modalidade (riscar o que não interessar) Diálise Peritoneal / Hemodiálise / Transplantação renal com dador vivo (caso exista potencial dador) / Tratamento conservador médico.

Mais declaro que, para prossecução desse tratamento, opto pelo(a) (unidade pretendida)

Estas opções agora declaradas não prejudicam o exercício do meu direito de, futuramente, as poder alterar.

.....,de de

a)

Anexo II

Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

Passo a Passo

