



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

**O Impacto da Técnica Dialítica na Imagem Corporal do
Cliente com Doença Renal Crónica**

The Impact of the Dialysis Technique on the Body Image of Clients with
Chronic Kidney Disease

Jéssica Carolina Martins dos Santos Oliveira

**Lisboa
2024**



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

**O Impacto da Técnica Dialítica na Imagem Corporal do
Cliente com Doença Renal Crónica**

The Impact of the Dialysis Technique on the Body Image of Clients with
Chronic Kidney Disease

Jéssica Carolina Martins dos Santos Oliveira



Orientador: Professor Doutor António Filipe Cristóvão



**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

O Livro de Dias (Dalai Lama)

Agradecimentos

Agradeço especialmente:

Ao professor doutor Filipe Cristóvão pela sua orientação, suporte,
disponibilidade, profissionalismo, humanismo;

Às enfermeiras Dilar Costa, Marta Matos e Ângela Môsca pela partilha de
conhecimento, experiências e pelo constante *feedback* positivo face à minha prática;

À minha família pelo amor, carinho, incentivo e força;

Ao meu amor, pela compreensão, empatia, companheirismo, orgulho, cuidado,
dedicação e por me fazer feliz todos os dias;

Aos meus afilhados pelos mimos e gargalhadas nos momentos mais difíceis;

Aos meus amigos pela capacidade de me conseguirem tirar da rotina e
acreditarem no meu caminho;

Aos meus colegas pela flexibilidade e apoio;

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que todo este
percurso fosse possível.

Siglas

AV – Acesso Vascular

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DC – Doença Crónica

DM – Diabetes Mellitus

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DR – Doença Renal

DRC – Doença Renal Crónica

DtRC – Doente Renal Crónico

EC – Ensino Clínico

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Especialista em Médico-Cirúrgica

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Imagem Corporal

ID – Indução Dialítica

ISBAR – Identificação, Situação Atual, Background, Avaliação e Recomendações

JBIC - Joanna Briggs Institute

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

OS – Orifício de Saída

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PAV – Prótese Arteriovenosa

PIA – Pressão Intra-abdominal

Pmp – Por Milhão de População

PSCr – Pessoa em Situação Crónica

QV – Qualidade de Vida

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

SV – Sinais Vitais

TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal

TD – Técnica Dialítica

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Tratamento Substitutivo da Função Renal

Tx – Transplante Renal

UC – Unidade Curricular

Resumo

A doença crónica compreende cerca de 40% a 45% das doenças sinalizadas em Portugal, e a tendência é que este número continue em cinética ascendente (Plano Nacional de Saúde, 2021-2023). Os clientes que sofrem destas doenças necessitam diariamente de polimedicação, produtos e materiais que são imprescindíveis à sua sobrevivência, tratamento e qualidade de vida. A doença renal crónica é uma delas. O Despacho n.º 12635/2023, revela que as implicações clínicas e sociais na doença renal crónica são significativas, necessitando de terapias complexas, exigentes e prolongadas.

Notavelmente, Portugal apresenta uma elevada prevalência de clientes em tratamento substitutivo da função renal, nomeadamente em hemodiálise e em crescente na diálise peritoneal – tratamentos que implicam a construção ou inserção de um acesso de diálise e que resultam em grandes alterações no estilo de vida do cliente. Este relatório procura, através de uma *Scoping Review* e da prática clínica, averiguar qual o impacto das técnicas dialíticas na imagem corporal do cliente com doença crónica renal, bem como refletir sobre o percurso vivenciado ao longo dos campos de estágio selecionados. A presente investigação insere-se, assim, no contexto do desenvolvimento de competências de mestre, bem como das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Os resultados demonstram um impacto significativo nas dimensões físicas e psicossociais do cliente. O acesso de diálise altera de imediato a perceção que este tem de si próprio, surgindo ainda outras alterações físicas que potenciam emoções negativas, levando à diminuição da autoconfiança, ao aumento da ansiedade e à depressão. Com efeito, a deterioração gradual inerente à doença renal e a necessidade contínua de tratamentos favorece o isolamento e a desvalorização social.

Caberá ao enfermeiro ter um papel fundamental na prestação de cuidados, procurando desenvolver técnicas adaptativas, promover conexões sociais, oferecer apoio contínuo e estabelecer políticas de saúde que permitam colmatar as necessidades destes clientes.

Palavras-Chave: Doença Renal Crónica; Técnicas Dialíticas; Imagem Corporal; Enfermeiro; Competências.

Abstract

Chronic diseases comprise around 40% to 45% of the diseases currently reported in Portugal, and this number is expected to continue to rise (Plano Nacional de Saúde, 2021-2023). Patients that suffer from these diseases require daily polymedication and materials that are essential for their survival, treatment and quality of life. Chronic kidney disease is one of them. Despacho no. 12635/2023 reveals that the clinical and social implications of chronic kidney disease are significant, requiring complex, demanding and prolonged therapies.

Notably, Portugal has a high prevalence of patients undergoing renal function replacement treatment, namely hemodialysis and, increasingly, peritoneal dialysis – treatments that involve the insertion of a dialysis access and that result in major changes in the patient's lifestyle. Through a scoping review and clinical practice, this report aims to ascertain the impact of dialysis techniques on the body image of patients with chronic kidney disease. The present investigation is, therefore, conducted in the context of the development of nurse master's skills, as well as common and specific skills of the Specialist Medical-Surgical Nurse, in the specific area of Patient in Chronic Situations.

The results demonstrate a significant impact on the patient's physical and psychosocial dimensions. Access to dialysis immediately changes the person's perception of themselves, which together with other physical changes lead to negative emotions, leading to a decrease in self-confidence, increased anxiety and depression. In effect, the gradual deterioration inherent to kidney disease and the continuous need for treatments favours isolation and social devaluation.

It is up to the nurse to play a fundamental role in providing care, developing adaptive techniques, promoting social connections, offering continuous support and establishing health policies that allow to cater to the needs of these patients.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Dialysis Techniques; Body image; Nurse; Skills.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. QUADRO CONCEPTUAL	12
2.1 A Doença Renal Crônica: Conceito e Evolução	12
2.2 O Tratamento da Doença Renal Crônica Terminal	13
2.3 Competências do Enfermeiro Especialista.....	14
2.4 Modelo de Aquisição de Competências – Patrícia Benner.....	15
2.5 Imagem Corporal.....	16
2.6 A Imagem Corporal e a Doença Renal Crônica.....	17
2.7 A Teoria Adaptativa de Callista Roy.....	18
3. METODOLOGIA.....	22
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	23
4.1 Unidade de Internamento de Nefrologia	23
4.2 Unidade de Diálise Peritoneal.....	33
4.3 Unidade de Hemodiálise	45
5. REVISÃO SCOPING.....	56
5.1. Introdução.....	56
5.2 Metodologia do Estudo.....	56
5.3 Resultados.....	58
5.4 Discussão.....	62
5.5 Conclusões	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Cronograma de atividades	
APÊNDICE II – Estudo de Caso 1	

APÊNDICE III – Estudo de Caso 2

APÊNDICE IV – Comunicação Encontro Renal 2023

APÊNDICE V – Reflexão “Além das palavras: Desafios e Adaptações no Consentimento Informado em Contextos Multiculturais”

APÊNDICE VI – Poster “Bem-estar intra e interdialítico”

APÊNDICE VII – Resultados Revisão Scoping

1.INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) de Estágio com Relatório, introduzida no plano de estudos do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (PSCr).

A enfermagem nefrológica é definida como *"a specialty practice addressing the protection, promotion, and optimization of health abilities, prevention of illness and injury, facilitation of healing, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, groups, communities, and populations affected by kidney disease"* (Bodin, 2017; citando Gomez, 2017, p.1). Com efeito, e à luz do crescimento global da doença renal (DR) e da necessidade de diferenciação e individualidade de cuidados na área, o presente relatório propõe uma reflexão sobre o impacto físico e psicossocial das alterações da imagem corporal (IC) no cliente com doença renal crónica (DRC), procurando ainda fomentar a reflexão sobre a importância da intervenção do enfermeiro especialista neste plano.

A eleição da presente temática reflete a experiência acumulada através do exercício de funções numa clínica de hemodiálise (HD), em particular, no que respeita à verbalização, preocupação, desagrado e desconforto com a IC em consequência do tratamento substitutivo da função renal (TSFR), nomeadamente das técnicas dialíticas (TD), e o impacto dos mesmos no quotidiano dos clientes.

Para efeitos do presente estudo, foram selecionados os seguintes campos de estágio: uma unidade de internamento de Nefrologia e Transplantação Renal, uma Unidade de diálise peritoneal (DP), e uma Clínica de HD; todas estas, instituições de referência a nível nacional. Foi ainda tido em consideração, para a realização da análise de competências desenvolvidas nos contextos clínicos, o referencial teórico de *Patrícia Benner*, permitindo definir os níveis de perícia atingidos ao longo do percurso. Ademais, no decorrer do estágio foi adotado o modelo teórico de *Callista Roy*, que se destaca pela abordagem à pessoa enquanto ser em permanente adaptação perante os estímulos ambientais a que é exposta.

O presente relatório é composto por cinco capítulos. O primeiro capítulo retrata o quadro conceptual, onde é feita uma abordagem teórica à DRC e a sua evolução, as modalidades terapêuticas, as competências do enfermeiro especialista, o modelo de aquisição de competências (*Patrícia Benner*), a IC e a sua relação com a DRC, e ainda a

Perspetiva de Enfermagem – Teoria Adaptativa de *Callista Roy*. O segundo capítulo consiste no enquadramento da metodologia utilizada, enquanto o terceiro capítulo descreve as atividades desenvolvidas em contexto clínico, subdivididas pelos respetivos campos de estágios. O quarto capítulo apresenta a revisão da literatura (*Scoping Review*) realizada no decorrer do desenvolvimento de competências de mestre. Por último, o quinto capítulo elenca as considerações finais do presente relatório.

2. QUADRO CONCEPTUAL

2.1 A Doença Renal Crônica: Conceito e Evolução

A DRC é uma situação clínica irreversível e de agravamento progressivo da função renal, definida por uma taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 60mL/min/1,73m^2 num período superior a três meses (Bodin, 2017). Os marcadores de diagnóstico incluem anormalidades analíticas (sanguíneas e urinárias) e exames de imagem.

A TFG e a albuminúria são considerados pela *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) marcadores da função renal, permitindo classificar a evolução da DRC por cinco estádios (KDIGO, 2012).

No estágio G5, a TFG é inferior a 15mL/min/1,73m^2 e é acompanhada de sinais e sintomas derivados da “síndrome urémica”, nomeadamente, anorexia, náuseas, vômito, mal-estar, fadiga, pericardite, neuropatia periférica e alterações no sistema nervoso central. Todos os indivíduos nesta fase acabaram por necessitar de um TSFR para garantir sua sobrevivência (Brooks, 2017; Pereira e Neves, 2020).

A DRC é um problema de saúde pública a nível mundial. O estudo RENA (Vinhas et al, 2020) revela uma prevalência global de DRC entre 11 a 13%. No entanto, de acordo com o mesmo estudo, cerca de 20,9% da população portuguesa apresenta algum grau de DRC (estádio 1-5), sendo que, em finais de 2022, existia uma prevalência de 20249 doentes sob TSFR, a mais elevada a nível europeu e a oitava a nível mundial (Galvão, 2023).

As causas podem ser sistémicas, como a diabetes (DM) ou doenças renais primárias, como a glomeruloesclerose focal. A DM e a hipertensão arterial (HTA) são as principais causas mundiais de DRC (Brooks, 2017). De acordo com a sociedade portuguesa de nefrologia, a diabetes (26,6%) foi a principal causa de DRC em clientes em programa de diálise em 2022.

Pereira e Neves (2020), revelam que os fatores de risco modificáveis associados à progressão desta doença incluem a HTA, a proteinúria, a dislipidémia, a hiperglicémia, a obesidade e o tabagismo. Porém, surgem também os designados fatores não tradicionais, particularmente, a inflamação, o *stress*, as alterações do metabolismo mineral, a disfunção endotelial e a atividade simpática (Pereira e Neves, 2020).

2.2 O Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal

A DRC apresenta um carácter evolutivo, permitindo aplicar medidas para atrasar a sua progressão e o início da diálise. A restrição proteica, a restrição de sal, a perda de peso, a cessação tabágica, o controlo da pressão arterial, a utilização de inibidores da enzima de conversão da angiotensina/antagonistas dos recetores de angiotensina II, o controlo da glicémia, bem como o tratamento da dislipidemia e da acidose metabólica, são intervenções clássicas e eficazmente comprovadas pela evidência científica no retardar da evolução da doença (Pereira e Neves, 2020). Por este motivo, a deteção e referenciação atempada desempenham um papel fundamental na preparação para o TSFR ou tratamento conservador.

As modalidades de tratamento substitutivo da função renal são a HD, a DP e o transplante renal (Tx).

O tratamento de HD consiste em transportar o sangue, de forma segura, desde o cliente até uma membrana semipermeável (dialisador), que através de processos de difusão e convecção, removem solutos urémicos e excesso de fluidos, devolvendo o sangue depurado ao cliente e restaurando o equilíbrio ácido-base e eletrolítico (Hellebrand et al, 2017). Para a realização de HD é necessário um acesso vascular (AV). Entre estes destacam-se o cateter venoso central (CVC), provisório ou tunelizado, a fístula arterio-venosa (FAV) e a prótese de politetrafluoroetileno (PAV). O cliente em programa regular de HD é acompanhado pelo seu nefrologista e observado três vezes por semana pelo médico presente durante o seu tratamento, que ocorre (maioritariamente) com essa periodicidade durante 4 horas diárias ou 12 horas semanais (Pratas, 2020).

Por sua vez, a DP é um tratamento domiciliário que utiliza o peritoneu como um filtro fisiológico para as trocas e remoção de solutos e fluidos. Na DP é instilada uma solução dialisante através de um cateter peritoneal (*tenckhoff*). A diálise ocorre durante o tempo de permanência do dialisante na cavidade abdominal com posterior drenagem (Rodrigues, 2020). O cliente, família ou cuidador são responsáveis pelas trocas manuais necessárias, durante o período diurno (Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória – DPCA), que podem ser realizadas também através da conexão a uma cicladora (Diálise Peritoneal Automatizada – DPA).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em 2022, Portugal apresentava cerca de 13 mil clientes em programa de HD e quase 900 em DP, com uma incidência de novos doentes nestas terapias de 240,94 pmp (Galvão, 2023).

Por último, o Tx requer a remoção de um rim de dador e a sua implantação no recetor (Malheiro, 2020). O órgão pode provir de um dador vivo ou cadáver. Em Portugal, todos os cidadãos são potenciais dadores *post mortem*, exceto se manifestarem vontade contrária no Registo Nacional de Não Dadores. Segundo os dados do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, em 2022, foram realizados 495 transplantes de rim. Este TSFR permite melhorar a qualidade de vida (QV) dos clientes com DRC terminal (McPake e Burnapp, 2009; Demet et al, 2018; Zante net al, 2022).

2.3 Competências do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista evidencia-se pelo reconhecimento da sua competência científica, técnica e humana com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas a que confere o seu estatuto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As denominadas **competências comuns do enfermeiro especialista** estão presentes em todos os contextos da prestação de cuidados, sustentando um perfil regulador para a certificação do enfermeiro. Estas competências incluem a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como o suporte efetivo ao exercício profissional especializado em termos de formação, investigação e assessoria. Além disso, o enfermeiro especialista deve demonstrar um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, procurando conjugar uma resposta eficaz para os problemas de saúde com os processos de vida das mesmas. Adicionalmente, é essencial que o enfermeiro apresente uma competência acrescida, ou seja, conhecimento, habilidades e atitudes que permitam o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade e que contribuam para o desenvolvimento técnico-científico da profissão. Em suma, estas competências são fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados em diferentes áreas de atuação (Regulamento nº140/2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à PSCr possui **competências específicas** que visam cuidar da pessoa e da sua família/cuidadores que vivenciam uma doença crónica (DC). Este profissional é capaz

de maximizar o ambiente terapêutico em conjunto com a pessoa e a sua família/cuidadores, promovendo o desenvolvimento de competências necessárias para lidar com a situação de forma mais eficaz (Regulamento nº429/2018).

As competências definidas pelo documento regulamentar contemplam: (a) a identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores, assegurando a prevenção, deteção precoce, estabilização, manutenção e adaptação à DC; (b) a promoção de intervenções especializadas para facilitar o processo de transição saúde/doença decorrente da DC; e (c) o cuidado da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DC, mobilizando conhecimentos e habilidades para responder de forma eficaz e promover o autocuidado e reintegração familiar e social.

É essencial que o enfermeiro tenha uma prática baseada na evidência, seja o líder ideal para projetos de formação, assessoria e investigação, e esteja orientado para alcançar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este deve desenvolver conhecimentos e habilidades para garantir um cuidado de qualidade, focado no bem-estar do cliente e na promoção da sua saúde. Assim, o EEEMC na área de Enfermagem à PSCr desempenha um papel fundamental na melhoria da QV de indivíduos que apresentam limitações impostas pela cronicidade da sua doença.

2.4 Modelo de Aquisição de Competências – Patrícia Benner

A competência é caracterizada como “um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a uma avaliação” (Amaral e Figueiredo, 2020). No entanto, estão implícitas, neste conceito, a seleção, mobilização, integração e transferência de conhecimentos, procedimentos, técnicas e habilidades, tendo em conta as aprendizagens pessoais, formação educativa e a experiência profissional de cada um.

O Modelo de Desenvolvimento Profissional de Benner (2001), determina que, na aquisição e desenvolvimento de uma habilidade, o profissional passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciante avançado, competente, proficiente e perito. A progressão através destes níveis reflete o desenvolvimento do conhecimento clínico e suporta a progressão da carreira de enfermagem.

Ao enfermeiro **iniciado**, sem qualquer experiência, são atribuídas competências de carácter objetivo e são instituídas várias regras, na medida em que a sua principal

dificuldade remete para o julgamento arbitrário. O enfermeiro **iniciante avançado**, tendo já vivenciado um conjunto de experiências, compreende os componentes significativos que são reproduzidos em situações semelhantes, demonstrando um comportamento mais eficiente e responsável (recém-formados). Por outro lado, o enfermeiro passa ao nível de **competente** quando começa a traçar metas e planos a longo prazo, reconhecer padrões e priorizar os cuidados (normalmente associado ao profissional com dois a três anos de experiência no mesmo contexto, sendo capaz de ultrapassar vários imprevistos). Neste nível o enfermeiro é mais organizado e beneficia da experiência. O enfermeiro **proficiente** assimila os acontecimentos na sua totalidade, indo à raiz do problema. Neste nível, o melhor método de aprendizagem é a indutiva, por exemplo, recorrendo a estudos de caso, e colocando em prática os seus conhecimentos. Para Benner (2001, p. 51) o enfermeiro **perito** apresenta “uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”.

Em suma, o desenvolvimento de competências ocorre em função do julgamento, comportamento e experiência (Mick e Ackerman 2000). Através deste modelo, podemos afirmar que o enfermeiro especialista deve dominar conhecimentos técnicos, desempenhar um papel ponderado na tomada de decisão, comunicar de forma eficaz, ser flexível, com sentido de responsabilidade e seguir uma conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

2.5 Imagem Corporal

O neurologista austríaco e psicanalista Paul Schilder foi o pioneiro nos estudos sobre a essência e desmistificação do conceito de IC. O autor argumentava que a IC não é apenas uma construção perceptual, mas também um reflexo de comportamentos e interações com os outros: “a imagem do nosso próprio corpo que formamos na nossa mente, isto é, a maneira de como o corpo se parece para nós mesmos” (Schilder, 1950, p. 11). Desde então, vários investigadores abordaram este tema, acreditando que a IC influencia a saúde física e mental do indivíduo e respetivo comportamento (Jain e Kumar, 2016).

Atualmente, IC define-se pelas percepções, sentimentos e comportamentos desenvolvidos pelo indivíduo, sustentado pela sua autoavaliação da aparência física

(Couto, 2021, citando, Aliyev e Turkmen, 2014; Araújo, 2001; Grogan, 2007; Saur e Pasian, 2008 e Vargas, 2014), caracterizada pela figuração mental do corpo e fazendo parte da identidade pessoal de cada um (Gama e Batista, 2020). Deste modo, da aparência e da percepção do indivíduo sobre o seu próprio corpo, surgem sentimentos de apreciação, aceitação e conforto, originando uma IC positiva ou negativa (Piran e Tylka, 2019). A insatisfação corporal está relacionada com a avaliação negativa do tamanho, forma, tonificação muscular e peso corporal, entre outros fatores, e geralmente envolve a discrepância entre a avaliação que um indivíduo faz do seu corpo e da percepção do corpo ideal (Grogan, 2021).

No entanto, este conceito é um construto complexo, constituído por um conjunto de processos fisiológicos, psicológicos, sociais, emocionais e cognitivos, influenciado por fatores psíquicos, sociodemográficos, biológicos e socioculturais (Couto, 2021).

2.6 A Imagem Corporal e a Doença Renal Crónica

A construção da IC é a essência a partir da qual o ser humano determina as suas escolhas e projeta o seu futuro. A percepção do seu corpo e das suas capacidades são fulcrais para que o Homem assuma o controlo da sua própria vida (Machado, 2014). Aquando da presença de uma DC, a imagem que a pessoa tem do seu próprio corpo é alterada de imediato: o foco é transferido para o órgão doente, desencadeando emoções e reestruturando a sua imagem (Turra et al, 2001).

A DRC exige do cliente uma mudança gradual do seu estilo de vida com as restrições e limitações inerentes à cronicidade da doença, sobretudo ao atingir o estágio 5. Para a realização de HD é necessário um acesso à circulação sanguínea através de uma FAV, PAV ou CVC (que pode encontrar-se introduzido ou na região cervical, ou tórax anterior ou região inguinal). Bibiano et al (2014), referem que o local de inserção do CVC é considerado um fator desencadeante da alteração da autoimagem do cliente, na medida em que a imagem do cateter implantado no seu corpo desperta automaticamente a noção do estado de doença. O sentimento de pena por parte do outro desencadeia no cliente vergonha do seu próprio corpo.

A necessidade de construção da FAV é uma das principais marcas da DRC. Os clientes revelam desconforto e receio pela desfiguração do membro, pois podem surgir

aneurismas, edemas e hematomas. O frémio faz parte do bom funcionamento da FAV, no entanto, também este é percebido de forma negativa (Frazão et al, 2016).

As cicatrizes (devido ao CVC, ou à construção de FAV/PAV), as variações do peso, a xerose e a sua descoloração, as múltiplas manchas hemorrágicas, e as alterações hormonais que alteram a sensação de libido nas mulheres e provocam disfunção erétil nos homens comprometendo a sua sexualidade, também podem comprometer a visão do cliente sobre o seu próprio corpo (Machado, 2014; Silva et al, 2014).

A DP também confere alterações na IC. Esta TD é realizada através de um cateter peritoneal. Consequentemente, o abdómen tende a distender e pode verificar-se um ganho de peso devido às prescrições de dialisante ricas em glicose (Muringai et al, 2008).

A mudança na autoimagem torna o DtRC emocionalmente vulnerável, incitado pelo processo de incapacitação e medos causados pela dependência do tratamento dialítico e, consequentemente, podem surgir sentimentos de angústia e isolamento social (Macedo e Teixeira, 2016). Segundo Silva et al (2016), os determinantes psicossociais como a baixa autoestima e sensação de inferioridade são as principais complicações decorrentes desta mudança. Este sofrimento é impactante nas relações interpessoais do cliente com o seu meio social, originando afastamento e exacerbando sentimentos como a tristeza, amargura e até dependência emocional (sintomatologia depressiva).

Contudo, o enfermeiro pode ajudar o cliente na aceitação da sua IC, oferecendo oportunidades para expressar sentimentos, procurando compreender o impacto físico e psicossocial no acesso à diálise, e desenvolvendo intervenções de educação dos clientes.

2.7 A Teoria Adaptativa de Callista Roy

A teoria é crucial para a ciência e para a prática baseada na evidência. Um modelo teórico é fundamental para o desenvolver a prática de enfermagem, na medida em que suporta o enquadramento, planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados que são prestados (Smith e Parker, 2020).

O modelo de Roy reflete a Teoria dos Sistemas de *Bertalanffy* (1968) e a Teoria do Nível de Adaptação de *Helson* (1964), bem como os pressupostos filosóficos em que o modelo é sustentado pelos conceitos do humanismo e veracidade. Como todas as outras teorias de enfermagem, o modelo assenta em quatro conceitos transversais à prática de cuidados de enfermagem: a pessoa, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem. De

acordo com Roy e Andrews (1981, p.17), a pessoa é caracterizada como um sistema adaptável que funciona através de partes independentes atuando unidas em prol de um objetivo. Porém, existem mecanismos de controlo indispensáveis para o funcionamento do sistema humano, baseados em estímulos (entradas) que ativam mecanismos de resistência e, conseqüentemente, influenciam a capacidade de resposta positiva do indivíduo – nível de adaptação da pessoa – “influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos, incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações...” (p.18) que resultam em comportamentos (saídas) que a movimentam em direção ao domínio (Oliveira, 2023).

O Modelo de Adaptação de Roy demonstrou a sua utilidade ao acrescentar orientação ao processo de enfermagem, principalmente nos primeiros passos que consistem em dois níveis de avaliação e desenvolvimento de um diagnóstico do cliente.

No nível I, Roy (p. 28-31) identifica 4 modos de adaptação derivados dos comportamentos que resultam de mecanismos de resistência para estruturar a avaliação do cliente. O **modo fisiológico** está associado à resposta da pessoa como ser físico ao estímulo sustentado por cinco necessidades básicas de integridade fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção. O **modo do autoconceito** espelha os aspetos psicológicos e espirituais da pessoa, estando desconstruído entre o “eu” físico, correspondente à sensação do corpo e IC, e o “eu” pessoal que abrange a autoconsciência, o auto-ideal, o “eu” moral, ético e espiritual. O **modo da função na vida real** incide sobre os papéis representativos da pessoa na sociedade. Relaciona-se com quem é e como se percebe em relação ao outro. E o **modo de interdependência** encontra-se associado às suas relações próximas e interações emocionais sustentadas pelo amor, respeito e valorização.

No nível II, identificam-se os estímulos que influenciam o comportamento do cliente, surgindo o conceito de ambiente. Este situa-nos no mundo interior e exterior da pessoa, incitando à produção de respostas adaptativas através de estímulos focais (confronta a pessoa no imediato), contextuais (todos os estímulos do mundo interno e externo) e residuais (fatores internos e externos cujo efeito atual é desconhecido). Identificar este comportamento e estímulos permite estabelecer diagnósticos de enfermagem e estabelecer objetivos realistas com o cliente e família para a implementação de intervenções individualizadas.

Esta teórica nota que a função neurológica tem um papel fundamental, já que os subsistemas regulador e cognitivo, processam a informação, aprendizagem, julgamento, e emoções, bem como os processos adaptativos básicos (Silva, 2018).

O conceito de saúde à luz desta teoria, é definido como “um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada” (Roy e Andrews, 2001, p. 33), ou seja, perante um estímulo o cliente desenvolve uma resposta adaptável. Posto isto, os atos de enfermagem implicam a avaliação do comportamento e o planeamento de intervenções para capacitar a pessoa a lidar com os estímulos que influenciam a sua adaptação. Ou seja, o grande objetivo está centrado na promoção da adaptação nos quatro modos descritos anteriormente, contribuindo para a saúde da pessoa, qualidade de vida, e morte com dignidade (Oliveira, 2023).

Este modelo pode desempenhar um papel relevante no cuidado ao cliente com DRC, uma vez que, desde o processo de diagnóstico primário à progressão da doença, com eventual indução dialítica ou Tx, sofre mudanças significativas nos seus padrões de vida diários que implicam adaptação constante e reestruturação do meio para manter o seu bem-estar físico e psíquico.

Os clientes submetidos a TD (particularmente) apresentam necessidades específicas para manter a sua homeostase. Neste contexto, ocorrem alterações alimentares associadas à restrição dietética e hídrica, e alterações no exercício físico praticado previamente (modo fisiológico). O edema, intimamente relacionado ao pressuposto prévio devido à não eliminação de eletrólitos e do volume de líquidos propiciado pela falência renal; a hipotermia (principalmente em clientes sob HD), ocasionado pelo volume de sangue em circulação extracorpórea com perda de calor para o ambiente, ou na utilização de soluções sem estarem previamente aquecidas durante a infusão na DP; e o uso contínuo de medicamentos para o controlo eletrolítico e outras comorbilidades, são também problemas adaptativos inerentes a esse modo (Cardoso e Pacheco, 2021). Estes clientes apresentam também transformações corporais e experienciam sentimentos negativos como o medo, angústia, e baixa autoestima pela redefinição concetual do seu novo eu, dá lugar à procura do significado da vida através das suas crenças religiosas e espirituais (modo do autoconceito) (Elizabeth e Fernanda, 2022).

Também ocorrem reestruturações associadas à vida real prévia. Muitos clientes necessitam de abandonar os seus empregos e de redefinir os papéis em contexto familiar e/ou na sociedade, pela dependência gradual que os tratamentos e a progressão da doença acarretam. No entanto, uma rede de apoio seja ela familiar, de amigos ou comunitária, é fundamental para que ocorra uma adaptação positiva. Neste modo de interdependência está inserido o problema adaptativo relacionado com a questão sexual.

3. METODOLOGIA

O plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em EMC na área de Enfermagem à PSCr, na UC de Estágio de Cuidados de Enfermagem à pessoa com DC correspondente ao 2º semestre, bem como na UC de Estágio com Relatório correspondente ao 3º semestre, preconiza que o discente realize práticas nos campos de estágio que melhor se adequem à finalidade e objetivos a que se propõe, para a aquisição do título de especialista e do grau de mestre. O primeiro contexto (nove semanas, 268h) foi realizado no internamento de nefrologia e transplantação renal, e o segundo momento (18 semanas, 520h) consistiu em dez semanas no hospital de dia de DP, e oito semanas numa clínica de HD, com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos em ambas as TD.

Foram delineados objetivos gerais e específicos a cumprir em cada ensino clínico, baseados no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista e mestre em EMC na área da PSCr (Regulamento nº 65 e 429, 2018).

Objetivos Gerais: desenvolver competências de enfermeiro especialista e de mestre na área do cliente renal crónico em internamento e nas unidades de TD; cuidar do cliente e família/cuidador que vivência uma DC, nomeadamente com DRC; investigar sobre o impacto físico e psicossocial da TD na IC do DtRC; compreender como a intervenção EEEMC na área de enfermagem à PSCr pode ser um alicerce fundamental no cuidado destes clientes e famílias/cuidadores, potenciando o ambiente terapêutico dos mesmos em articulação com os pares; e, realizar investigação na temática selecionada.

As atividades desenvolvidas durante o EC cumprem o planeamento delineado, encontrando-se apresentadas com detalhe no apêndice I (cronograma).

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo são descritas e analisadas as atividades concretizadas durante o percurso em todos os locais de estágio.

4.1 Unidade de Internamento de Nefrologia

O serviço de internamento de nefrologia e unidade de transplantação renal tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem de excelência à pessoa e suas famílias com DR nos diferentes estádios.

Este serviço era estruturalmente composto por seis enfermarias (dezassete camas) e três gabinetes para realização de consulta médica, de enfermagem e acompanhamento social. Durante o internamento, as enfermarias eram mistas, ainda que houvesse o cuidado (quando possível) de agrupar os clientes por sexo, e sendo usadas cortinas para manter a privacidade destas pessoas.

Quanto aos recursos humanos, a equipa era composta por treze enfermeiros, dos quais apenas dois enfermeiros com grau académico de mestre e o título de especialista (médico-cirúrgica e de saúde mental) (peritos). A enfermeira coordenadora do serviço além de mestre era doutorada em Enfermagem. Os restantes, onze enfermeiros, eram prestadores de cuidados gerais.

Durante as nove semanas de ensino clínico, a população-alvo era maioritariamente composta por clientes do sexo masculino, melanodérmicos e com faixa etária compreendida entre os 19 e os 88 anos.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei integrar-me no seio da equipa multidisciplinar através da observação do espaço físico, da compreensão da dinâmica de funcionamento do serviço, e da consulta de normas e procedimentos institucionais facultados pela enfermeira orientadora (gestora do serviço). Seguidamente, agi em função da promoção do exercício profissional, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, ao desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente e suas famílias, sendo um elemento ativo na construção da tomada de decisão em equipa e adotando uma postura de respeito pela dignidade humana e práticas que garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Comparando o número de enfermeiros na prestação de cuidados, e o número de clientes com necessidades complexas de cuidados à sua situação crónica, é possível afirmar que estamos perante dotações inseguras, ficando aquém daquilo que é

preconizado para a promoção da segurança e gestão do risco, podendo comprometer a qualidade dos cuidados.

De acordo com o Regulamento nº 743/2019, “(...) nos diversos serviços de internamento de adulto, no âmbito das especialidades médicas e cirúrgicas, deve existir, pelo menos, 1 EEEMC, em permanência 24 horas por dia” (p. 140). Esta recomendação foi respeitada apenas nos turnos da manhã e em dias úteis, na medida em que apenas a coordenação de serviço era detentora deste título.

A passagem de turno ocorria no gabinete de enfermagem com as devidas precauções, para que a partilha de informação de cada cliente fosse dirigida apenas aos que estavam implicados no plano terapêutico (artigo 85º - do dever do sigilo; Ordem dos Enfermeiros, 2005).

O grau de independência dos clientes foi avaliado todos os turnos, utilizando o índice de *Barthel*, tendo demonstrando *scores* elevados que correspondem a elevada/moderada independência. Contudo, em circunstâncias particulares, como no tratamento médico conservador, foram verificados graus de dependência elevados. Os dados das entrevistas informais realizadas à equipa de enfermagem e serviço social, mostraram que o grau de dependência aumentou gradualmente, evolução que poderá ser explicada pelo fenómeno de envelhecimento populacional observado em Portugal¹.

Com o intuito de minimizar a falta de recursos humanos e implementar uma prática equitativa e segura, a distribuição dos enfermeiros foi realizada através da classificação em função do número de horas de cuidados necessárias aos clientes e do grau de dependência. O método estava instituído no serviço em questão e “é baseado numa dinâmica em que um único enfermeiro é responsável pela conceção e execução do cuidado total a um ou mais clientes, em função da carga de trabalho, no sentido de satisfazer todas as necessidades desses clientes” (Silva et al., 2021, p.288).

Os motivos de internamento mais prevalentes foram: lesão renal aguda ou DRC com necessidade de indução dialítica, biópsias renais por proteinúria, pré e pós

¹ O processo de envelhecimento demográfico em Portugal tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, prevendo-se que em 2050 as pessoas com 55 ou mais anos possam vir a representar quase metade (47,1%) da população portuguesa (Eurostat, 2019). Em simultâneo, é verificado um aumento crescente do índice de dependência dos idosos, estando previsto que, em 2050, o índice atinja um rácio de dependência maioritário de 65,8% (INE, 2015). Posto isto, podemos concluir que a cinética ascendente e contínua do grau de dependência dos clientes, na enfermaria, está diretamente relacionada com o envelhecimento populacional

transplante renal, bem como complicações associadas com a disfunção crónica ou aguda do enxerto. Estes clientes, normalmente, foram acompanhados previamente em consulta externa por apresentarem DRC, ou encaminhados do serviço de urgência geral por doença renal súbita, agudização da DC, ou por complicações inter e intra-dialíticas.

As principais comorbilidades destes clientes foram a DM, HTA, dislipidémia, entre outros diagnósticos cardiovasculares. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2023), 27,3% dos clientes sob HD e DP apresentam DM, bem como 12,5% com o diagnóstico de HTA. Lascasas et al (2019), demonstraram a importância do perfil de risco de doença cardiovascular, como tendo um papel importante de vários fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal, explanando que 96% dos clientes da sua amostra apresentava HTA, 81% dislipidémia, e 51% eram diabéticos.

O síndrome urémico (pode surgir a partir do estágio 4, TGF < 30ml/min) é caracterizado por um desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base, alterações no sistema metabólico (DM), cardiovascular (HTA), hematológico, respiratório, gastrointestinal, neurológico e músculo-esquelético. No sistema músculo-esquelético destaca-se a diminuição da ingesta proteica, a deficiência de calcitriol e vitamina D e a acidémia metabólica que contribuem para a miopatia urémica. Também pode surgir doença óssea associada a hiperparatiroidismo secundário. O sistema respiratório pode ser comprometido pelo próprio tratamento dialítico, pela disfunção da musculatura respiratória, hipertensão pulmonar com edema intersticial e redução do fluxo sanguíneo, limitação do fluxo aéreo nas vias respiratórias e até fibrose intersticial pulmonar/pleural.

A anemia é comum da DRC pela menor produção de eritropoietina. Normalmente normocítica e normocrómica, pode ser agravada por défice de ferro (por perdas gastrointestinais, desnutrição, tratamento dialítico, exames laboratoriais recorrentes e intervenções cirúrgicas frequentes), défice de vitamina B12 e ácido fólico, ambiente urémico, perda de sangue e inflamação crónica como artrite reumatóide (Gordino, 2019).

A urémia afeta também o epitélio intestinal, induzindo o processo inflamatório e comprometendo as junções intercelulares - disfunção da barreira intestinal que permite a translocação bacteriana e impede a homeostase intestinal (Cunha e Stinghen, 2018).

A encefalopatia urémica, neuropatia periférica, distúrbios na função sexual e alterações do sono são exemplos de patologia neurológica que podem surgir com a DR (Elias, 2004). Assim, podemos concluir que a DRC afeta vários sistemas orgânicos.

Durante este percurso, tive a oportunidade de desenvolver competências na área do Tx, conforme preconizado nos objetivos. Ocorreram quatro transplantes renais, um de dador vivo e os restantes de dador cadáver. Em 2019, em Portugal, foram colhidos 437 rins, 396 de dador falecido e 41 de dador vivo, o que permitiu transplantar 378 clientes com uma taxa de utilização de cerca de 87% (Filipe, 2020).

A Lei nº 22/2007 de 29 de junho permite que qualquer pessoa possa ser dadora, independentemente do grau de parentesco. Mediante a decisão da doação, é informado sobre o processo e quais os riscos. A avaliação clínica do dador inclui a história clínica, o exame físico e análises laboratoriais (Diretiva 2010/53/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa a normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação).

O dador cadáver é um indivíduo em morte cerebral ou de “coração parado” (morte cardíaca), com um rim em bom estado. Em Portugal é necessária a verificação do Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) antes da colheita do órgão (Diário da República, série I, 244/94). Nestes dadores o transplante deve decorrer no menor tempo possível, não podendo exceder as 48 horas. Por norma, o recetor é contactado telefonicamente, sendo de extrema importância que esteja sempre contactável. Por fim, a realização do transplante surge após o parecer positivo da Entidade de Verificação de Admissibilidade da colheita para transplantes (Diário da República, série II, nº 26951/2007).

As complicações do transplante são definidas como patológicas e/ou cirúrgicas. As primeiras incluem a infeção, rejeição, ou eventos cardiovasculares, enquanto as cirúrgicas estão associadas a complicações vasculares, urológicas e linfocelares (Tizo e Macedo, 2015).

Durante o ensino clínico, acompanhei um transplante de dador vivo entre irmãos, com complicação do recetor, um linfocelare. O tratamento cirúrgico com maior segurança para o cliente era a criação de uma janela peritoneal para permitir a drenagem do líquido linfático para a cavidade peritoneal onde posteriormente pode ser absorvido (Gomes et. al, 2022). Porém, a cliente foi submetida a uma drenagem, através de um cateter percutâneo, com permanência de um dreno durante cinco dias, aumentando o risco de infeção, mas com resolução da sua complicação e mantida a funcionalidade do enxerto.

Outra complicação observada, e com maior incidência no internamento foi a disfunção crónica do enxerto. Tizo e Macedo (2015), notam que pode ocorrer entre duas semanas a vários anos após o Tx, caracterizando-se por anormalidades vasculares e

fibrose, ou por perda da função do órgão. As manifestações são o aumento gradual de creatinina, HTA e proteinúria, ocorrendo isoladamente ou concomitantemente.

A área de abrangência do centro hospitalar é bastante vasta e inclui os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa [PALOP]. Os internamentos eram prioritários para os clientes transplantados, clientes com necessidade de ID urgente, e complicações da DP, pela sua especificidade com incapacidade de resposta por outras unidades.

Há problemas sociais que o serviço nacional de saúde não consegue dar resposta, principalmente resultantes de acordos de cooperação internacional na área da saúde com os PALOP. Estas pessoas, quando evacuadas do seu país de origem com necessidade de permanência em Portugal, necessitam de autorização de residência, registo na segurança social entre outros domínios processuais que chegam a demorar cerca de um ano. Sem apoio social e situações burocráticas regularizadas, não é possível a inscrição em centros de saúde e/ou banco alimentar. Ou seja, um cliente vindo dos PALOP para ID urgente e que inicie um programa dialítico, não é transferido para o setor convencionado e/ou domicílio com apoio da comunidade, enquanto o seu processo não for regularizado, mantendo-se no hospital. Posto isto, o desenraizamento sociofamiliar, cultural e a precariedade económica foram os problemas sociais major encontrados durante o ensino clínico.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei evidência científica para sustentar a prática de cuidados; contribuí para o desenvolvimento de estratégias face aos problemas identificados; e exerci de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro.

A instituição pretende desenvolver uma política de formação para dar resposta às necessidades educativas dos profissionais e para garantir a melhoria contínua e uma prática consistente de cuidados de qualidade. O rácio de enfermeiro-cliente deficitário, o excesso de trabalho e a carga horária têm como consequência a indisponibilidade dos profissionais para investimentos no âmbito da investigação e formação. Para colmatar as necessidades formativas, o serviço implementou um *Journal Club*, em que periodicamente, são apresentados e discutidos artigos científicos (particularmente estudos randomizados).

Enquanto futura enfermeira especialista, integrei este projeto, apresentando um artigo que recorreu a uma metodologia quantitativa, analítica e transversal. O estudo pretendeu investigar o papel da IC positiva na QV das pessoas com DRC. O meu objetivo

foi centrado na sensibilização dos pares para a importância do impacto da DRC e TSFR na IC dos clientes a quem prestam cuidados diários, e da relevância do enfermeiro como principal interveniente no processo de adaptação à situação de saúde atual.

A ficha de avaliação de “ação de formação” institucional foi aplicada a todos os presentes, e revelou que o conteúdo teve impacto para a prática clínica; que o formador captou a atenção e manteve o interesse dos participantes na sessão; que o formador conseguiu gerar debate com a audiência; que a formação correspondeu às expectativas, tendo sido útil; que teve uma duração (temporal) adequada tendo em conta o tipo de formação; e que globalmente a formação com o nível 4 (num intervalo de 1 a 4). Os pontos fortes apontados consistiam em tratar-se de uma temática original no serviço, pouco abordada e de extrema relevância, e de uma nova perspetiva implementada no seio da equipa sobre a IC. Os pontos fracos remeteram para a indisponibilidade do enfermeiro na abordagem psicossocial do cliente e vivenciarmos uma cultura predominantemente fechada, em que o cliente se mantém oprimido dentro da sua autoimagem.

Realizei também, uma reflexão sustentada pelo modelo reflexivo de *Shön*, sobre as práticas realizadas por mim e pela equipa de enfermagem, relativas a uma situação clínica de não adesão medicamentosa devido ao analfabetismo e aliteracia em saúde. Este exercício, permitiu desenvolver competências que contribuem para uma futura diferenciação nos cuidados de enfermagem (requisito para evolução do cuidar). A procura constante de alternativas para solucionar um problema contribuiu para o meu raciocínio e tomada de decisão clínica, a fim de produzir respostas adequadas às necessidades do cliente.

“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.14). A reflexão permite uma visão ampla de uma situação, identificando os aspetos fulcrais e analisando a pertinência de cada um deles através de uma retrospectiva sobre a prática de cuidados, e de acordo com os resultados obtidos.

Outro dos documentos elaborados, foi um estudo de caso, baseado numa situação clínica, de um cliente com DRC rapidamente progressiva devido a comportamentos de risco, cujo diagnóstico prioritário de enfermagem seria a “adesão ao regime terapêutico comprometido”. Este exercício permitiu evidenciar a importância do

comportamento em saúde e aplicar o modelo *COM-B* para a identificação dos determinantes modificáveis. O objetivo foi desenvolver um plano de cuidados em parceria com o cliente, com o intuito promover a adesão eficaz, que proporcionasse qualidade de vida compreendida pelo cliente.

Neste documento foi possível mobilizar diversos conteúdos lecionados, tais como: o modelo de *Virgínia Hunderson* na análise do padrão de satisfação das necessidades humanas fundamentais; o modelo de avaliação familiar de *Calgary* para a compreensão da dinâmica familiar; o modelo de *Callista Roy* para compreender o processo de adaptação do cliente à sua condição clínica; o modelo *COM-B* da mudança comportamental no desenvolvimento do plano de intervenção; e outras temáticas associadas à UC de Enfermagem em Nefrologia, Gestão e Controlo de Sintomas na PSCr e Enfermagem à PSCr (apêndice II).

No decorrer do EC, percecionei uma maior prevalência de determinados diagnósticos de enfermagem: adesão ao regime medicamentoso comprometido, adesão ao regime dietético comprometido, literacia (em saúde) baixa, IC positiva comprometida, impotência sexual atual, cansaço atual, ansiedade presente e risco de infeção.

Nos diagnósticos de adesão ao regime medicamentoso e dietético comprometido, a intervenção de enfermagem passou pela avaliação do nível de conhecimentos do cliente e da sua família/cuidador sobre essa temática; realçar a importância do seu cumprimento e educando para sua gestão eficaz; auxílio e acompanhamento na adaptação ao regime terapêutico, e encaminhar para outros especialistas quando necessário (e.g. nutricionista). A finalidade destas intervenções foi uma adesão eficaz tanto no regime medicamentoso como dietético, prevenindo agudização da DRC e contribuindo para o bom funcionamento do enxerto renal. A determinação dos diagnósticos bem como a avaliação da sua eficácia foram baseados em entrevistas informais durante a prestação de cuidados (internamento, consultas e *follow-up*) e na análise de dados laboratoriais.

O diagnóstico de aliteracia (em saúde) encontra-se relacionado com o défice de conhecimentos sobre a DRC e o TSFR, desencadeando ansiedade nestes clientes.

A consulta de esclarecimento é obrigatória perante este diagnóstico. A legislação exige que seja funcionalmente individualizada, com registo próprio, e que integre uma equipa multidisciplinar com, pelo menos, o nefrologista assistente, enfermeiro, assistente social e nutricionista (é de notar que não é obrigatória a inclusão de um técnico de saúde

mental (psicólogo ou outro), quando a depressão é tão frequente na pessoa com DRC). Esta consulta é realizada ainda que depois de indução dialítica urgente. No entanto, o seu funcionamento fica aquém das necessidades encontradas nestes clientes. A consulta é breve, com pouca abertura para dúvidas, e por vezes com uma linguagem inadequada ao alfabetismo do cliente. A afluência desta consulta é superior à capacidade de resposta institucional, permitindo apenas a entrega da norma da DGS 017/2011 e uma breve descrição verbal sobre as modalidades terapêuticas.

As lacunas são colmatadas no internamento, com a educação realizada pelo enfermeiro responsável pelo cliente e sua família, permitindo uma abordagem individualizada, esclarecer dúvidas, a partilha de sentimentos e desmistificação de algumas crenças associadas aos tratamentos. Neste contexto, surgiu um projeto de avaliação da ansiedade nos clientes com admissão para ID, através da aplicação de uma Escala de Ansiedade e Depressão (avaliados apenas os parâmetros relativos à ansiedade) no 1º e 3º dia e aquando da alta. Após a primeira avaliação, são desenvolvidas intervenções especializadas no âmbito da Saúde Mental para diminuir o grau de ansiedade dos clientes, suportando a adaptação favorável à sua nova condição de saúde.

O diagnóstico de IC positiva comprometida é algo comum nos clientes com DRC em estágio 5, uma vez que as modalidades dialíticas implicam múltiplas mudanças. Através de entrevistas informais durante o EC, percebi que os clientes lidavam relativamente bem com a sua aparência física. O motivo surge da indução recente, onde os clientes mantinham a esperança de recuperar a funcionalidade do órgão.

Porém, a implantação de dispositivos médicos ou construção de um AV para iniciar programa de diálise afetavam a autoimagem do cliente. Os clientes jovens adultos referiram a visualização dos dispositivos por parte dos filhos como uma preocupação, bem como daqueles que desconhecem a sua nova realidade. Todas as faixas etárias mencionaram necessidade de adaptação, independentemente da sua aparência física, para garantir a sua sobrevivência, priorizando a funcionalidade do seu corpo.

A dependência de um tratamento/cuidados de saúde, perda de papéis sociais, perda de emprego, deterioração clínica e/ou funcional pela DC, foram tidos como situações que alteram o modo como interpretam o seu novo eu.

O suporte familiar também é essencial para a adaptação, pois pode favorecer a mudança de comportamentos e a aceitação do tratamento (Roy e Andrews, 2001). A

intervenção de enfermagem centrada na pessoa implica criar uma relação terapêutica, avaliar o impacto da doença e do tratamento na IC, além de promover a educação para a saúde.

Outro dos diagnósticos mais comuns é a impotência sexual e falta de libido tendo também influência na autoimagem dos clientes. Muitas vezes, este diagnóstico está associado à doença, ao tratamento (fadiga), ou ao efeito secundário da medicação. Para promover uma atividade sexual satisfatória, a intervenção de enfermagem reflete-se na educação do cliente e parceiro sobre estas limitações; sugestão de práticas sexuais contornando as consequências da doença e/ou dos tratamentos e procurando alternativas quando se relaciona com o dispositivo médico; rever o plano medicamentoso com o médico assistente, ou encaminhar para um especialista clínico.

O risco de infecção está associado à presença de um cateter central para HD, cateter para DP e à canulação da FAV ou PAV. O enfermeiro educa o cliente e família/cuidador para o autocuidado na preservação do AV, designadamente: a lavagem adequada das mãos; o uso adequado do equipamento de proteção individual, a vigilância de sinais de infecção nos locais de canulação, e como agir em caso de suspeita de infecção.

Os agentes mais comuns de infecção foram a *Klebsiella Pneumoniae*, *Escherichia Coli*, e *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina*. O vírus com maior contato neste EC foi o SARS-COV2. A instituição integra uma equipa no programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos que articula com elementos do serviço, partilhando diretrizes e monitorizando exames bacteriológicos/micológicos e virais. Enquanto futura especialista sensibilizei elementos da equipa de saúde (enfermeiros, assistente social, administrativas e equipa médica) para o uso correto de equipamento de proteção individual e lavagem/desinfecção correta das mãos, minimizando o risco de contaminação dos profissionais e de contaminação cruzada para outros clientes.

As consultas alocadas ao serviço de internamento (médica e de enfermagem) correspondem, só ao período pós-imediato ao transplante, com acompanhamento semanal destes clientes durante um período de três meses. Esta consulta tem como finalidade garantir, analisar, validar e monitorizar a adesão terapêutica, bem como realizar e reforçar a educação para a saúde aos clientes submetidos ao transplante renal.

Um dos projetos em implementação nesta unidade, remetia para a transição segura do hospital para o domicílio do cliente recém-transplantado com um programa de

educação estruturado. O programa é personalizado de acordo com os conhecimentos do cliente. Neste contexto, a enfermeira gestora do serviço, procedeu à tradução das escalas: de compreensão do Tx; de monitorização dos comportamentos do autocuidado; de preparação para a alta; de avaliação da qualidade dos cuidados de transição; e *checklist* de sintomas (versão Tx), aplicando-as para validar os aspetos psicométricos e para analisar o desenvolvimento da melhoria contínua. Algumas das escalas também permitem o levantamento de variáveis de readmissão em trinta dias ou idas a consultas não programadas, permitindo uma intervenção futura que promova ganhos em saúde para o cliente e para a instituição. O consentimento informado foi assinado pelos participantes com devida explicação do projeto em curso.

O sistema de informação de enfermagem utilizado é a *Glint* 2014, baseado na taxonomia CIPE e onde são realizadas todas as etapas do processo de enfermagem. Porém, a desatualização deste sistema, nomeadamente o défice de diagnósticos e intervenções, impede que o processo seja adequado para responder às necessidades específicas destes clientes. Numa tentativa de solucionar este problema transversal a muitos outros serviços, o conselho de administração hospitalar investiu na implementação do sistema "*S.Clinico*" até ao final do ano 2024.

O sistema de informação *Glint* permite uma interação multidisciplinar, uma vez que todos os profissionais de saúde têm acesso a ligações específicas onde prescrevem e registam a sua atividade. A facilidade na articulação da informação é um fator facilitador para a prática de cuidados de qualidade.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, a orientação realizada pela gestora da unidade foi preponderante no desenvolvimento de competências. Colaborei na gestão de *stock* de materiais e de terapêutica, gestão de recursos humanos e gestão dos cuidados, desenvolvendo atividades na avaliação da qualidade dos cuidados, envolvendo o processo de enfermagem, o risco e segurança para o profissional e para o cliente, e a utilização dos recursos consoante as necessidades do serviço. A gestão das necessidades educativas da equipa de enfermagem é realizada em autorreflexão através das propostas de projetos aquando das avaliações para o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública. Nestes foram propostos projetos no âmbito da preparação e administração assética de terapêutica endovenosa e comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde através da técnica ISBAR.

Em suma, este local de estágio foi bastante enriquecedor para o desenvolvimento de competências no âmbito da PSCr, particularmente com patologia nefrológica. Baseado no modelo de aquisição e desenvolvimento de competências, referenciado por *Benner*, considero estar no estágio de proficiente após a conclusão deste EC.

Exercer funções num serviço de medicina interna e de hemodiálise permitiu-me, nos últimos sete anos, vivenciar e desenvolver competências na abordagem à PSCr. O ensino clínico teve enfoque no DtRC, desenvolveu a minha visão holística, e trouxe contributos para a minha perceção daquilo que deve ser considerado em cada situação clínica. Posto isto, considero ser capaz de reconhecer a deterioração clínica de um cliente, muito antes das alterações evidenciadas nos sinais vitais (SV), ou em outros dados (edema, palidez, tosse fadiz, etc.) (Benner, 2001, p.57). No entanto, considero que aquando de uma situação completamente nova, voltarei a estar no estágio de competente até realizar uma nova avaliação e análise crítica do contexto com consequente de tomada de decisão fundamentada pela evidência científica e sustentada pelos princípios que regem a profissão de enfermagem.

A colaboração e envolvimento ativo na prestação de cuidados, sob supervisão da enfermeira orientadora, foi fundamental para a realização dos objetivos e atividades propostas, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Após o término deste desafio, foi-me proposta a colaboração para a redação de um capítulo cujo título é *"Applying Person-Centered Care Model in the Postoperative Period of Renal Transplant Recipients: A Comprehensive Nursing Approach"* no livro *"New Insights in Perioperative Care"* (Shallik, 2024), publicado na IntechOpen a 20 de março de 2024.

4.2 Unidade de Diálise Peritoneal

O segundo momento de ensino clínico, foi realizado num hospital de dia de DP inserido no mesmo espaço físico que o serviço de HD hospitalar. A equipa multidisciplinar era constituída por dois nefrologistas e duas enfermeiras (uma delas EEEMC na vertente nefrológica e outra perita na área da DP com 20 anos de experiência profissional na área), duas administrativas, uma dietista e uma assistente social. As últimas duas profissionais pertenciam ao serviço de HD, mas davam apoio à unidade sempre que necessário.

A unidade funciona em dias úteis das 8h às 16h, dispondo ainda de uma linha de apoio telefónico durante 24h para resolver qualquer problema técnico ou aconselhamento e encaminhamento em caso de sinais e sintomas de alerta. Existem ainda visitas domiciliárias regulares permitindo a monitorização, validação e continuidade da realização da TD em segurança.

O papel da equipa nesta unidade era procurar, dentro das suas possibilidades, o bem-estar do cliente, respeitando a individualidade e opções, tendo sempre em conta que a responsabilidade pelo sucesso do tratamento era, principalmente, do próprio cliente. O objetivo deste contexto foi avaliar e intervir no cliente e família na vertente saúde/doença e em todo o processo que envolvesse a DP (desde a preparação para a TD, colocação do cateter de DP, processo de educação para a saúde e realização da técnica à transferência de modalidade, TD ou Tx, situações emergentes, até à remoção do cateter de DP).

O gabinete de enfermagem dispõe de equipamento técnico, material de consumo clínico inerente à prestação de cuidados ao cliente em DP, cicladoras (*Baxter®* e *Fresenius Medical Care®*) e placas de aquecimento de solução dialisante. Existe ainda uma arrecadação onde estão acondicionadas as soluções de DP manuais.

Durante as 10 semanas de estágio, a unidade assegurou cuidados a 33 clientes em programa de HD, a maioria (20) do sexo masculino, com média de 59 anos. Estes dados corroboram o relatório anual de Galvão et al. (2023), que revela uma prevalência de 889 clientes em programa de DP, sendo que 619 com idade inferior a 65 anos.

Os motivos de escolha desta TD incluem: técnica domiciliária (37%), maior liberdade durante o dia (27%), sugestão médica (10%), flexibilidade de horário (7%), preservar património vascular (7%), exaustão do AV (3%), compatibilidade laboral (3%), técnica mais fisiológica e “menos agressiva” (3%) e intolerância à HD (3%). Alguns destes pressupostos vão ao encontro da literatura que refere vantagens da DP se comparadas com a HD, incluindo da conveniência de um tratamento domiciliário, preservação da função renal residual, redução de instabilidade cardíaca, sem necessidade de canulação venosa central e anticoagulação, melhoria dos níveis de hemoglobina com redução de eritropoietina e transfusões, redução da incidência de bacteriemia, menor restrição hídrica e alimentare, melhoria da QV, maior relação custo-eficácia na maioria dos países, maior equidade no acesso à diálise em locais com recursos limitados e maior

sobrevivência, especialmente nos primeiros anos da execução da técnica (Bodin, 2017; Eroglu et al, 2022; Bello et al, 2022). Porém, em 2022 e 2023, seis clientes saíram do programa, dois para Tx e os restantes por peritonite refratária, incapacidade para realizada a técnica, *burnout* e disfunção do cateter peritoneal, transitando para HD.

A etiologia da DRC mais comum nesta unidade foi: nefroangioesclerose hipertensiva (23%), doença do ovário poliquístico autossômica dominante (20%), nefropatia diabética (10%), glomeruloesclerose segmentar e focal (10%) e nefropatia IgA (7%).

A modalidade dialítica mais utilizada destes clientes foi a DPA (21 clientes) realizada maioritariamente durante o período noturno. Esta modalidade oferece maior liberdade e autonomia durante o período diurno. Apenas um cliente, em teletrabalho, optou por realizar durante o dia. A ID é realizada através de DPCA, sendo que após o programa de educação completo e eficaz, o cliente pode transitar para a DPA.

O acesso à cavidade abdominal é realizado através de um cateter *Tenckhoff*. Este dispositivo é colocado por via laparoscópica ou percutânea pelo nefrologista. Tive oportunidade de presenciar a segunda técnica e acompanhar todo o processo. Este teve início na preparação do cliente, decidindo em parceria sobre o local do orifício de saída (OS) do cateter, observação e orientação do material para a colocação, teste de permeabilidade e observação pós-cirúrgica, além de acompanhamento do cliente em regime de consulta. A monitorização da funcionalidade do cateter é recomendada, sugerindo uma taxa de sobrevivência da sua permeabilidade superior a 80% após um ano (Payton, 2016).

Nem todas as pessoas têm critérios para realizar DP. Por vezes, a idade e a fragilidade, o isolamento social, a falta de apoio familiar, a falta de capacidade funcional, e a disfunção cognitiva podem ser inibidores desta técnica. Apesar disso, a DP assistida deve estar disponível se for a técnica elegida pelo cliente. As cirurgias abdominais limitantes, obesidade severa, a ausência de condições de armazenamento no domicílio, síndrome depressivo e renitência em relação à autodiálise são também circunstâncias limitantes à execução da técnica (Rodrigues, 2020).

No domínio da responsabilidade ética e legal, analisei os protocolos e normas em vigor na unidade. A unidade dispõe de um *dossier* com todas as normas de procedimento, que englobava: indução de DP ou "*Break In*"; cuidados ao OS do cateter de DP; tratamento

de infecções do orifício externo do cateter de DP; atuação perante um doente em DP com suspeita de peritonite; protocolo adicional ao tratamento de peritonite (alteplase); desobstrução do cateter de DP; mudança de extensor; medição da pressão intraperitoneal; prevenção de infecção em DP; avaliação da eficácia dialítica e caracterização da permeabilidade peritoneal; “*shaving*” do cateter peritoneal; preparação das cicladoras *Baxter®* e *Fresenius®*; e procedimentos de DPCA com os sistemas *Baxter®* e *Fresenius®*. Estes documentos estavam em revisão e atualização pela equipa multidisciplinar, embora respeitassem as *guidelines* atuais emanadas pela *International Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD), havendo o cuidado de imprimir e anexar às normas atuais, o que manifestava dedicação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Durante o ensino clínico colaborei na consulta de esclarecimento preconizada pela DGS através da norma n.º 017/2011. Antes da consulta é analisada a história clínica do cliente, com o intuito de individualizar a abordagem. A consulta permitiu o esclarecer a pessoa, família e/ou cuidador acerca das várias modalidades de tratamento e técnicas, recorrendo a materiais visuais e interativos e privilegiando um estilo de aprendizagem cinestésico através da manipulação de um CVC e de uma boneca com cateter *Tenckhoff*. Foi ainda disponibilizado material informativo (folhetos e livros) disponibilizado pelas indústrias (Guia do doente: DP / HD). Além das modalidades, foram exploradas situações relativas à autogestão terapêutica, estilo de vida, condição domiciliária, agregado familiar, coabitação com animais de estimação, existência de suporte e/ou cuidador. A consulta é realizada apenas à 5.ª feira e apresenta um registo próprio através de uma área específica do *SClínico*. O nefrologista realiza a primeira consulta, e as seguintes são realizadas pelo enfermeiro, assistente social e dietista com um intervalo mínimo de 2 semanas. Este intervalo permite ao cliente e família/cuidador refletir e decidir em consciência sobre as modalidades apresentadas, permitindo ter um papel ativo no processo de gestão da doença (Moutinho et al, 2020). Após a decisão é assinado o consentimento informado com a seleção da modalidade terapêutica, mesmo sem carácter vinculativo.

Durante o EC procurei estabelecer uma relação terapêutica dada a familiaridade destes clientes com a unidade; tratá-los de acordo com as suas preferências; ajustar as consultas e tratamentos de acordo com as suas atividades pessoais e profissionais salvaguardando a segurança do cliente; possibilitar viagens dentro e fora do país gerindo o pedido e entrega dos consumíveis necessários; manter a privacidade durante os

momentos de educação para a saúde, técnicas ou consulta mensal deixando a porta fechada ou correndo a cortina existente dentro do gabinete; e garantir o consentimento informado para as visitas domiciliares, linha de apoio, tratamento de dados e fornecimento de material e soluções de dialisante por parte das empresas *Baxter®* e *Fresenius®*; respeitando os princípios ético-deontológicos.

No domínio da melhoria contínua da qualidade participei em todas as atividades realizadas pela unidade, nomeadamente nas consultas de enfermagem desde a avaliação pré dialítica, à colocação do cateter, avaliação inicial, programa de educação e treino no autocuidado ao OS do cateter e na realização de DPCA e DPA, monitorização regular da doença e tratamento, testes de equilíbrio peritoneal, troca de extensor, educação e suporte ao doente e família na autogestão do regime terapêutico, intervenção e acompanhamento do cliente com complicações associadas ao tratamento e em internamento face a outras comorbilidades.

A educação do cliente deve realçar um OS sempre limpo e seco, observado pelo menos duas vezes por semana após os cuidados de higiene e exercício intenso. É fundamental prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) designadamente: evitar ambiente com animais; correntes de ar que favoreçam a dispersão de microrganismos; desinfetar superfície de trabalho; usar máscara, material de limpeza ou desinfetante; higienizar as mãos; e respeitar a assepsia na manipulação do material (Chow et al, 2023). A ISPD revela que não há evidência científica sobre a superioridade dos agentes de limpeza em termos de prevenção de infeção. Foi disponibilizado um folheto com a informação supracitada com alertas para sinais de infeção; fugas de líquido extra cateter, cansaço, dispneia, diarreia, vômitos, febre, edemas e aumento de peso, evitando assim infeções, deslocações do cateter e internamentos desnecessários.

De acordo com Thomas (2019), os cuidados pós-cirúrgicos ao OS e respetivo cateter podem diminuir o risco de infeção no local de inserção e túnel, enquanto favorecem a cicatrização. Esta abordagem ajuda a prevenir qualquer dano ou tração de ambos os *cuffs* do cateter e reduz o risco de aumento da pressão intra-abdominal (PIA), que pode levar à fuga do líquido peritoneal.

Na primeira consulta foi apresentada a estrutura física da unidade bem como a equipa de saúde ao cliente, fornecido um guia de acolhimento e explicado o

funcionamento do serviço, como era realizada a comunicação com a equipa multidisciplinar, quais eram os direitos sociais do cliente e dadas informações sobre o apoio domiciliário durante todo o processo. Realizei a avaliação clínica do cliente destacando os antecedentes pessoais e familiares e a história de saúde atual. Também colaborei no exame físico, na avaliação da independência nas AVD, caracterização das condições do domicílio. Igualmente esclareci sobre o tratamento prevenção de complicações. Esta consulta iniciava o treino do cliente ao OS e á técnica de DP.

Na segunda consulta colaborei na educação sobre o regime terapêutico; higiene corporal e das mãos, cuidados ao OS; e exercício físico como recomendam (Bennet et al. 2022); hábitos de natação e desportos aquáticos, cuidados na drenagem do peritoneu e reforço dos cuidados ao OS.

O treino supervisionado incidiu especialmente na técnica de lavagem das mãos, nos cuidados ao OS usando um manequim. Para avaliar o OS, foi usada a escala de *Twarsowski* modificada, que permite identificar precocemente a infeção do OS e assegurar um tratamento efetivo (Ticona et al, 2016).

A terceira consulta avaliava a cicatrização do OS e reforçava o treino da técnica de DP e as complicações infecciosas associadas à DP (infeção do OS, do túnel, peritonite) bem como as mecânicas (disfunção do cateter *Tenckhoff*), sinais e sintomas de sobrecarga hídrica, e o que fazer em situação de urgência.

Chow et al (2023) definem a infeção do OS pela presença de exsudado purulento com ou sem eritema entre a união do cateter e a pele, sendo o aparecimento de edema, granuloma e formação de crosta insuficientes para diagnosticar a infeção; e a infeção do túnel é sugerida pela presença de sinais de inflamação como eritema, edema, dor ao toque e endurecimento. A peritonite é a infeção mais comum associada a DP, e o seu diagnóstico é efetivado quando duas das seguintes situações estiverem presentes: dor abdominal e/ou efluente turvo; contagem de leucócitos do efluente > 100/uL após um tempo de permanência de 2 horas com polimorfonucleares > a 50%; cultura positiva do efluente de DP (Li et al, 2022). Esta complicação está associada a danos significativos para o cliente e pode comprometer o tratamento. A dor, o aumento dos custos de tratamento, e as alterações da membrana peritoneal podem prejudicar a ultrafiltração, com necessidade de remoção do cateter, transferência para HD ou até mesmo a morte. Para a prevenção da peritonite, é instituída antibioterapia profilática através do cateter de DP;

é realizado tratamento imediato na infecção do OS ou do túnel; aquando da contaminação do sistema é realizada a troca do extensor do cateter e a troca manual com antibiótico intraperitoneal durante 6 horas; implementação de um programa de treino e validação dos procedimentos de acordo com as normais atuais; precauções acrescidas em caso de ter animais domésticos (Li et al, 2022).

Durante o EC acompanhei um cliente que recorreu á unidade por peritonite recidivante. Foi aplicado o protocolo de peritonite e realizada uma visita domiciliária que identificou dois cães partilhando o local do tratamento. Foi feito reforço do treino e validação dos procedimentos da técnica de DP. Elaborei um estudo de caso seguindo as orientações da CARE e relacionei a intervenção de enfermagem com os modelos de *Virgínia Hunderson* (para satisfação das necessidades humanas fundamentais), de avaliação familiar de *Calgary* para a compreensão da dinâmica familiar, e o modelo de *Callista Roy* para compreender o processo de adaptação do cliente face à situação de cronicidade e identificar os domínios sujeitos a intervenção (apêndice III).

Em 2022, as complicações infecciosas foram responsáveis pela saída de 32,9% dos clientes portugueses em programa de DP (Galvão et al, 2023), pelo que as taxas de infeção fazem parte dos indicadores de qualidade da unidade. No ano de 2022, a unidade apresentou 0,39 episódios/doente por ano de infeção do OS e/ou túnel e 0,29 episódios/doente por ano de peritonite, encontrando-se em níveis inferiores as metas recomendadas para a taxa global destas infeções pela ISPD (2022, 2023) que sugerem um valor inferior a 0,40 episódios/doente por ano em ambas as infeções.

As complicações mecânicas podem alterar o fluxo do cateter devido a dobras do sistema e/ou cateter, clampe rotativo do extensor estar fechado, não realizar a quebra total “espigão”, presença de fibrina, obstipação, obstrução do cateter ou migração do cateter. As intervenções passam por verificar o sistema de linhas, espigão e clampe rotativo; avaliar as características do efluente (fibrina ou coágulos) e administrar heparina nas soluções dialisantes ou uroquinase pelo intracateter de acordo com o protocolo; uso de laxantes; raio-x abdominal; ou reposicionamento por via cirúrgica. A fuga de líquido peritoneal acontece sobretudo ao iniciar a DP precocemente. As intervenções remetem para a vigilância do OS e da parede abdominal, monitorização dos volumes de infusão e ultrafiltração, podendo ser necessário suspender a DP e passar temporariamente a programa de HD (Moutinho et al, 2020).

Outras das complicações mais comuns associada à DP é a sobrecarga hídrica pela remoção inadequada de líquidos e ingesta hídrica excessiva, manifestada pelo aumento de peso corporal, edemas, HTA, hipervolemia e dificuldade respiratória. Através da otimização do cateter (verificação da permeabilidade), remoção de líquidos (infusão de uma solução hipertônica), reforço educativo (restrição hídrica e do consumo de sal, bem como monitorização dos valores de ultrafiltração), e ajuste da prescrição de DP (aumentar o gradiente osmótico das soluções e/ou adicionar icodextrina) esta complicação pode ser revertida (Kelman e Watson, 2017). Os mesmos autores abordam ainda a dor, podendo estar relacionada com o final da drenagem pela localização do cateter, infusão da solução de dialisante a temperatura diminuída, infusão de ar (omalgia) e aumento da PIA (lombalgia). As intervenções passam pela suspensão da drenagem, infundir dialisante aquecido, administrar analgésicos ou reduzir o volume de infusão. Outras complicações são a exteriorização do *cuff* externo (Crabtree et al, 2019), hemoperitонеu, ou fuga pleuroperitoneal (Kelman e Watson, 2017). O aumento da PIA pode causar hérnia (umbilical, inguinal, incisional e do hiato), sensação de enfartamento, náuseas e vômitos, prolapso uterino e fuga para a região escrotal. A intervenção de enfermagem inclui ensinar o cliente a otimizar o trânsito intestinal, reduzir o volume de infusão ou correção cirúrgica (Moutinho et al 2020). As complicações mais frequentes na unidade e que surgiram ao longo do ensino clínico foram a suspeita de infecção do OSC/túnel, peritonite, complicações mecânicas do cateter, contaminação do sistema e sobrecarga hídrica.

É regra aguarda duas semanas entre a colocação do cateter e o início da técnica, podendo ser testada a permeabilidade do cateter. Após a colocação do cateter que tive a oportunidade de presenciar, verifiquei que, durante a lavagem pós-operatória, perdurava um efluente rosado, pelo que foram realizadas lavagens diárias até obter um efluente límpido (Crabtree et al, 2019).

O programa de educação e treino sobre a técnica de DPCA ocorreu num período mínimo de 5 dias consecutivos e de forma individualizada (Figueiredo et al, 2016). A unidade de DP segue um plano detalhado de treino com validação e registos dos conhecimentos e habilidades obtidos. O programa era adaptado às necessidades do cliente, capacitando-o para realizar a DPCA de forma segura, cumprindo a técnica de lavagem e desinfecção das mãos, os cuidados ao OS, capaz de administrar terapêutica intraperitoneal e calcular o balanço hídrico dos ciclos de DP e a respetiva ultrafiltração.

Deveria ainda demonstrar conhecimentos sobre os sinais e sintomas de infecção, sobrecarga hídrica, como proceder em caso de complicações, regime terapêutico (dietética, ingestão hídrica, exercício físico), viagens e férias. Todo o programa foi baseado nas recomendações realizadas por Figueiredo et al (2016), sendo disponibilizados folhetos diversos para facilitar o processo de aprendizagem.

A unidade dispunha de um avental simulando um abdômen para o cliente treinar os procedimentos, para depois realizar a técnica no próprio peritôneo. O treino permitiu avaliar o volume de infusão adequado ao conforto do cliente e uma prescrição dialítica personalizada. Após o treino o cliente concretizava a primeira troca domiciliária na presença da enfermeira da empresa fornecedora dos consumíveis e soluções dialisantes, e era redigido um relatório da visita que era posteriormente encaminhado à unidade. Esta visita permitia reavaliar a segurança na execução da técnica e verificar as condições domiciliárias que pudessem comprometer o sucesso do tratamento (Szeto et al, 2017). Realizei uma visita neste momento de aprendizagem específico, uma vez que a enfermeira orientadora pertencia à empresa em questão.

A unidade oferecia treino específico para o cliente que transitasse da DPCA para DPA. Este treino também era personalizado e avaliado.

Existem vários fatores que podem comprometer a capacidade de adaptação e afetar a capacidade para o autocuidado. Numa ocorrência, a unidade foi contatada por um familiar que alegava alterações da memória recente de um cliente com 83 anos de idade e que vivia sozinho. Nesse momento, o cliente foi contato antecipando o calendário de consulta de enfermagem. Foi aplicado o exame do *mini-mental state*, verificando-se alteração cognitiva. Também foram reavaliados os seus conhecimentos e habilidades perante a TD e não se verificou qualquer compromisso da técnica. Sem historial de infecção ou complicações associadas, informámos o nefrologista sobre a alteração da memória recente e optou-se pela monitorização regular do cliente.

Dirigíamo-nos regularmente à sala de HD para cuidar do OS de um senhor de 86 anos que primeiramente elegeu a DP, mas que, por receio e dificuldade de aprendizagem, optou por manter-se no programa de HD. Estas situações corroboram Thomas (2019), que identifica o receio do insucesso na realização da técnica, a degradação da memória, o nível de literacia e o síndrome urémico como barreiras na aprendizagem e permanência em DP.

As consultas do hospital de dia (médica e de enfermagem) avaliavam regularmente a eficácia do tratamento, monitorizando os SV, peso corporal, valores analíticos, autovigilância domiciliária (SV, peso, diurese e balanço hídrico), características do dialisado e respetiva análise citológica, exame do OS, avaliação da adesão ao regime terapêutico e eram esclarecidas as dúvidas do cliente. Nestas consultas a diálise era adequada às necessidades do cliente, integrando a percepção do mesmo sobre o seu tratamento, estado volémico e nutricional e preservação da função renal residual, indo além das medidas de remoção de toxinas (Rodrigues, 2020).

Diariamente monitorizava-se o tratamento de DPA através das plataformas digitais das respetivas indústrias, permitindo avaliar a adesão ao tratamento e analisar os registos da cicladora. Perante registo de alarmes nas infusões ou drenagens e indícios de má adesão ao tratamento, o cliente era contactado para reavaliação na unidade de DP.

A avaliação da eficácia do tratamento dependia da TD, da depuração do sangue (*clearance*), da ultrafiltração, da função renal residual, do tipo de membrana e da situação nutricional (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, a unidade avaliava o ajuste e eficiência do tratamento de acordo com os testes de equilíbrio peritoneal (TEP), da cinética de ureia e dos valores laboratoriais, otimizando o bem-estar do cliente (Perl et al, 2016). Os TEP devem realizar-se entre as 6 e 12 semanas após o início do tratamento, e posteriormente quando clinicamente indicado, embora se recomendem testes anuais (Morelle et al, 2021). A unidade não realizou vários testes aquando do início do tratamento e nos restantes anos, devido à pandemia SARS-CoV-2, situação que foi analisada pela equipa de saúde. Esta análise permitiu uma reavaliação detalhada de cada cliente com priorização e respetiva marcação dos TEP. Estes testes têm a durabilidade de 4 horas e consistem na infusão de uma solução de alta concentração de glicose (4,25% ou 3,86%). São realizadas colheitas sanguíneas no início do procedimento e após 2 horas, bem como amostras do dialisado ao início e após 1 hora, 2 horas e 4 horas. Através da cinética de depuração da ureia, creatinina e glicose ao longo das 4 horas a membrana é classificada como baixo, médio-baixo, médio-alto ou alto transportador. É ainda detetada a redução da capacidade de ultrafiltração o peritoneu, verificando uma disfunção da membrana peritoneal quando a ultrafiltração é inferior a 400ml em 4 horas ou inferior a 100ml em 2 horas. Neste sentido, é importante analisar o "*sodium dip*" para despiste de outras complicações, como a esclerose peritoneal encapsulante. Este é calculado com a subtração dos valores de

sódio no início do procedimento e ao fim de uma hora, revelando que se for inferior ou igual a 5mmol/L estamos perante uma disfunção da membrana (Morelle et al, 2021). Embora tenha percecionado esta inconsistência relativa aos TEP, conferi que os clientes em que os testes foram realizados apresentavam uma diálise adequada à sua membrana, demonstrando maior número de ciclos com curtos tempos de permanência para os altos transportadores e menor número de ciclos com tempo de permanência superior para os baixos transportadores, e ainda a prescrição de solução de icodextrina em clientes com diminuição da função residual, permanecendo valores de eficácia dialítica dentro do esperado ($Kt/V \geq 1,7$).

Os diagnósticos (focos) de enfermagem mais comuns foram: edema (utilizando o instrumento do Sinal de *Godet*), risco de infeção (avaliação do OS através da escala de *Twardowski*), eliminação urinária, risco de obstipação, aceitação do estado de saúde, gestão do regime terapêutico, aprendizagem de habilidades, e ferida cirúrgica.

No domínio da gestão dos cuidados as enfermeiras da unidade seguiam o modelo de gestão de casos, reconhecido como um modelo exemplar de organização do cuidado conhecido como “Cuidado Integrado”, que envolve a coordenação do cuidado entre o cliente e os membros de uma equipe interdisciplinar. O principal objetivo foi melhorar a acessibilidade aos cuidados, e melhorar a continuidade e a eficácia da implementação de planos de cuidados personalizados (Cruchinho, 2021). Neste sentido, as enfermeiras da unidade asseguraram: avaliação e prestação de cuidados de enfermagem ao cliente; registos informativos no *SClínico* e registo nacional de vacinação (quando aplicável); gestão de materiais de consumo clínico do gabinete de enfermagem de DP; colaboração com os técnicos de farmácia na gestão de *stock* de soluções DP necessárias aos clientes internados; gestão de materiais e de consumíveis para a DP; colaboração na formação em serviço; vacinação da gripe sazonal aos clientes em programa; articulação com a quipá multidisciplinar e assistência domiciliar; gestão de férias; e elaboração de mapa de sessões de DP (semanalmente e mensalmente).

Procurei manter um papel ativo em toda a logística da unidade e auxiliar a enfermeira orientadora em toda a carga exaustiva de trabalho. Durante o ensino clínico, ocorreram três internamentos de clientes cujos diagnósticos foram de endocardite, nevrite ótica e de infeção de uma ferida num membro inferior com compromisso neurocirculatório. Com o intuito tratar a situação aguda de doença, foi realizada

diariamente a preparação e acompanhamento da TD a estes clientes no serviço de cardiologia, neurologia e cirurgia vascular (respetivamente). Os registos informáticos no programa *SClínico*, incluíram o plano de cuidados atualizado, a articulação entre especialidades médicas, contribuindo para a continuidade dos cuidados.

Quanto ao desenvolvimento de competências do domínio das aprendizagens profissionais, realizei um estudo e um percurso intensivo neste campo de estágio, dada a minha inexperiência e pouca familiaridade com esta técnica, adquirindo um leque de conhecimentos e competências inerentes a este contexto. Apesar de não haver um programa de formação em serviço, a equipa de DP procura atualizar-se e procede de acordo com a evidência mais atual. A equipa realiza formação aos colegas do serviço de internamento de nefrologia sobre a DP, para que estes possam prestar cuidados diferenciados aos clientes internados e auxiliar na logística hospitalar após o horário de encerramento da unidade.

Relativamente à temática em estudo, explorei informalmente a perceção destes clientes face à IC. Uma das clientes referiu que inicialmente se encontrava em negação com o seu diagnóstico, dificultando a sua transição de saúde/doença. Necessitou de realizar HD urgente e dizia não tolerar esta técnica, afirmando ser esse o seu pior momento e manifestando vontade de “deixar de viver”. Aquando da colocação do cateter *Tenckhoff*, queria escondê-lo permanentemente, mas com o tempo conseguiu adaptar-se. Ao contrário da literatura sobre o aumento de peso associado às altas concentrações de glicose, esta cliente emagreceu, referindo manter a dilatação abdominal aquando da infusão das soluções. A estratégia utilizada, e em articulação com o nefrologista, foi de diminuir o volume de infusão quando pretendesse sair de casa. A praia deixou de ser um problema quando passou a utilizar *bikini* de cintura subida acondicionando o cateter com o cinto sem qualquer fricção. Quanto aos seus filhos, não se recordam da sua mãe sem o cateter ou sem realizar o tratamento, pelo que também faz parte do seu dia-a-dia. Refere manter a sua sexualidade ativa, optando por adaptar o ato fora dos horários de tratamento, embora saiba que o pode fazer com a devida precaução. Esta cliente afirma que o tratamento impactou a sua autoestima, mas que o seu marido é um grande apoio, e mantém uma grande esperança na chegada do Tx.

Outro cliente afirmou ter restringido muito o seu núcleo social, escondendo a doença dos mais próximos. Atualmente casado, no início do namoro distanciava-se da

parceira por vergonha do cateter e do tratamento. Contudo, foi surpreendido e ela tornou-se um elemento ativo na sua gestão terapêutica. Primeiramente não tinha problemas com a sua IC, porque o cateter encontrava-se localizado numa zona oculta pelo vestuário. Porém, devido a complicações infecciosas e mecânicas necessitou de colocar um novo cateter no lado oposto e acima da linha do vestuário, perturbando a sua autoimagem. Neste momento refere preocupação com a incerteza do futuro do seu tratamento, dada a sua deterioração progressiva da função renal.

A partir da temática em estudo fui convidada para uma apresentação no Encontro Renal 2023 - Congresso luso-brasileiro, partilhando conhecimentos na área da nefrologia com vários elementos de referência. A comunicação (apêndice IV), foi divulgada na unidade de DP e HD, sensibilizando os colegas para este tema intrínseco aos cuidados holísticos do DtRC. De acordo com a teoria de Benner (2001), situo-me atualmente no nível de competente neste contexto clínico, dado o meu planeamento consciente e refletido, determinando os aspetos importantes das situações atuais e futuras dos clientes a quem prestei cuidados.

4.3 Unidade de Hemodiálise

O terceiro e último momento do ensino clínico, realizou-se numa unidade satélite de HD, na região de Almada. Este setor convencionado pertence a uma empresa líder a nível mundial na prestação de cuidados aos DtRC. A sua prática é baseada em elevados padrões de qualidade assistencial, acompanhando os últimos avanços na área dos cuidados renais. A cultura desta organização assenta num desempenho ético, socialmente justo e ambientalmente correto.

A clínica conta com seis nefrologistas (inclui o diretor clínico) e quatro médicos residentes. A equipa de enfermagem inclui 40 enfermeiros, dos quais 33 em regime de prestação de serviços. Ao todo há 18 enfermeiros especialistas, um em EMC na área de nefrologia, quatro na área da pessoa em situação crítica e os restantes em outras especialidades. A restante equipa multidisciplinar incluía 13 assistentes operacionais, uma nutricionista, uma farmacêutica, uma assistente social e duas administrativas.

Nota-se uma disparidade na prestação de cuidados entre os enfermeiros com vínculo permanente e os com contrato de prestação de serviços. Estes pareciam mais preocupados com a técnica dialítica, enquanto os primeiros revelavam cuidados

holísticos. Vários fatores podem explicar esta situação: o facto de este ser considerado um segundo emprego; a exposição a uma carga de trabalho intensa e *stressante*; e cuidados a clientes crónica e vulneráveis. A falta de recursos humanos, sobrecarregando os demais, a rotina repetitiva, a necessidade de lidar com situações emergentes e imprevistas podem conduzir ao desgaste físico e emocional. A falta de reconhecimento, de oportunidades, de desenvolvimento e de progressão da carreira, bem como a remuneração inadequada em relação à complexidade dos cuidados prestados, também podem gerar desmotivação e prejudicar cuidados de qualidade.

A unidade dispõe de farmácia, armazéns com consumíveis, sala de refeições para os profissionais, gabinete de assistência social e dietista, balcão administrativo, gabinetes para consultas médicas e de enfermagem, vestiários para profissionais e para clientes, instalações sanitárias para os profissionais e outra pública, zona de espera, centrais de tratamentos de águas e de gestão de soluto dialisante, sala de equipamentos de reserva e avarias, e duas salas de tratamento hemodialítico (13 e 20 postos), cada uma com salas de sujos e despejos, zonas de roupa limpa, e zona de material de consumo e uso clínico. A estrutura física respeita os requisitos para funcionamento das unidades de diálise (artigo 39.º da portaria n.º 94/2024/1, descrita no Diário da República, 1.ª série n.º 50).

A clínica funciona seis dias por semana, com quatro turnos nos dias pares (inclui um turno noturno) e três turnos nos dias ímpares. A maioria dos turnos de manhã, intermédio e tarde tinham lotação máxima, embora com um posto reservado para situações de urgência, ajuste de horário de tratamento ou resolução de problemas (protocolo de emergência do artigo 20.º da portaria n.º 94/2024/1, do Diário da República, 1.ª série n.º 50). Por norma, os turnos da manhã incluíam clientes com grau de dependência leve (de acordo com a escala de *Barthel*), os turnos de intermédio de elevado grau de dependência e os turnos da tarde e noites eram para clientes maioritariamente independentes.

A unidade atendia 196 clientes com DRC, a maioria (114) do sexo masculino, e uma população entre os 18 e 95 anos (média de 66,2 anos). Estes dados estão de acordo o relatório anual da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (Galvão et al., 2023), quanto à distribuição por sexo e quanto à faixa etária dominante. A clínica acolhe clientes estrangeiros, pois a imigração tem aumentado muito nos últimos anos, resultando numa população diversificada e multicultural, que traz desafios aos cuidados de saúde, uma vez

que é essencial que os profissionais entendam e respeitem as diferentes crenças, práticas e necessidades de saúde das diversas comunidades. A promoção de cuidados de saúde multiculturais exige sensibilização, capacitação e adaptação para garantir a todos os indivíduos, independentemente da sua origem, cuidados culturalmente sensíveis e eficientes. No entanto, há clientes com grandes barreiras linguísticas, levando à realização de uma reflexão (apêndice V) sobre a garantia do consentimento informado em contextos multiculturais e multilinguísticos. Neste contexto, elaborei um poster (apêndice VI) com questões inerentes ao bem-estar intra e interdialítico, em oito línguas distintas (português, inglês, francês, espanhol, crioulo, bengali, russo e chinês), de modo a sensibilizar os profissionais para esta problemática e facilitar a integração destes clientes na prestação de cuidados culturalmente competentes.

Para a realização de HD, os clientes necessitam de um AV. Neste contexto, existiam 25 clientes com CVC (19 implantados na veia jugular interna direita, 1 na veia jugular externa direita, 4 na veia jugular interna esquerda e 1 na veia subclávia direita), 22 clientes com PAV (3 *loop* antebraço, 18 braquibasílica ou braquiauxilar e 1 safeno femoral direita) e 149 clientes com FAV (27 braquibasílica, 68 braquicefálica e 54 radiocefálica). A utilização de CVC como acesso permanente para HD não é a escolha ideal, mas é uma alternativa na seleção do acesso. A cateterização na veia subclávia e utilização de CVC de inserção periférica estão associados ao risco de estenose venosa e trombose. O local preferencial para a colocação de CVC tunelizado é a veia jugular interna direita, criando um túnel subcutâneo que permite a saída do cateter pela parede torácica. A colocação de CVC na veia femoral é reservada para situações de DtRC com acessos coagulados necessitando de HD urgente, ou clientes com estenose das restantes veias de abordagem. A hemorragia retroperitoneal e no local de inserção, hematoma e infeção são complicações associadas à colocação dos CVC femorais. Porém, imediatamente após a inserção do CVC jugular ou subclávio também pode ocorrer pneumotórax, hemotórax ou embolia gasosa, e hemorragia se a artéria for puncionada inadvertidamente (Kallenbach, 2021, p.108-109).

De acordo com Ponce (2020), a FAV é considerada o melhor AV, com maior durabilidade e menor risco de trombose a médio ou longo prazo e exigindo menos intervenção diária. Mas exige uma maturação de 8 a 10 semanas, obrigando a um CVC em casos de HD urgente. A FAV não está isenta de complicações, trazendo desvantagens associadas, essencialmente, aos clientes idosos, com elevada incidência de DM e um

patrimônio vascular comprometido. A taxa de falência precoce é duas vezes mais elevada (40-50%) do que as PAV (19%) e ambas mantêm funcionalidade mediante as intervenções preventivas necessárias. Segundo o mesmo autor, a maturação das PAV é inferior, necessitando apenas de 38 dias, conquanto exija mais intervenções invasivas por angioplastia e mais trombólises para manter a sua permeabilidade. A construção da FAV, deve privilegiar a extremidade do membro superior e ser o mais distal possível. O cirurgião deve preferir o braço não dominante e a anastomose entre a artéria radial e a veia cefálica, na região distal/antebraço do cliente. É altamente eficaz, com menos complicações e permeabilidade superior (Melo et al, 2016).

Em regra, o tratamento dura 12 horas semanais, com três sessões de quatro horas em dias intercalados, exceto quando é realizado durante o período noturno com uma duração de 6 horas. Existem três tipos de tratamento em execução na clínica: HD de baixo fluxo de alta eficácia (7 clientes), HD de alto fluxo (147 clientes) e hemodiafiltração (HDF) pós-diluição (39 clientes). De acordo com a Ordem dos Médicos (2017), a HD de baixo fluxo de alta eficácia tem como característica o uso de membranas de baixa permeabilidade/fluxo (Elisio19H), mas de alta eficiência, depurando através do mecanismo de difusão, débitos de sangue efetivos >300ml/min, e débitos de dialisante >500ml/min. A HD de alto fluxo usa membranas de alta permeabilidade/alto fluxo (Elisio21H). Na HDF é igualmente utilizada uma membrana de alta permeabilidade, mas a processo depurativo acrescenta o mecanismo de convecção, sendo este responsável por grande parte da remoção das toxinas, sobretudo de maior peso molecular. Esta modalidade dialítica está comprovada como sendo de alta eficácia quando comparada com a HD convencional (Canziani et al, 2023).

No domínio de competências da responsabilidade profissional, ética e legal procurei agir em conformidade com as normas e protocolos em vigor na instituição. A dispunha de um sistema integrado de gestão da qualidade que determina a conduta da equipa multidisciplinar. Existia ainda um departamento de qualidade responsável pela atualização dos protocolos e normas de acordo com a mais recente evidência científica, permitindo permanentemente uma prática de cuidados segura.

A experiência na prática de cuidados numa unidade satélite, facilitou a prestação de cuidados segura, relações terapêuticas consistentes e a gestão do tratamento e das complicações que lhe são inerentes. As complicações durante o tratamento podem

ocorrer com o cliente e com o equipamento. Estas resultam do próprio processo hemodialítico, da condição do cliente antes do tratamento e/ou de interações complexas entre o cliente e o procedimento, podendo evoluir ao longo do tempo dependente do tempo de permanência nesta técnica.

As complicações mais comuns são a hipotensão, câibras musculares, náuseas e vômitos, cefaleia, prurido, precordialgia, cervicalgia/dorsalgia/lombalgia, febre e calafrios (Hellebrand et al, 2017, 185-203). Todos eles ocorreram durante o estágio, tendo intervindo de acordo com as recomendações (a hipotensão exige colocar os clientes em posição de *trendelenburg*, diminuir a taxa de ultrafiltração e a temperatura do dialisante entre os 36-36°C (Bodin, 2017), administrar fluidoterapia ou solução salina (NaCl 20%); nos casos de câibras realizei alongamentos dos músculos afetados, aplicado calor, e realizada expansão de volume se indicado; na presença de precordialgia dei primazia há redução da taxa de ultrafiltração, seguida da velocidade da bomba, administração de terapêutica dirigida (nitroglicerina, oxigenioterapia ou outros) conforme indicado, ou até mesmo suspensão do tratamento perante dor refratária a todas as intervenções mencionadas; perante febre e calafrios avaliei sinais e sintomas de infecção (identificadas infecções do trato urinário ou do acesso vascular), realizei hemoculturas, e administrei antipiréticos e antibioterapia consoante prescrição médica. A hipoglicémica, HTA, hipotermia, hematomas associados à punção venosa e coagulação total ou parcial do sistema extracorporeal também foram presenciados, intervindo igualmente em conformidade com o que está protocolado.

Procurei envolver o cliente em todo o plano de cuidados, tendo a preocupação de avaliar sinais e sintomas decorrentes do período interdialítico, a posição de conforto durante o tratamento, preferências na canulação ou até mesmo como se sentiam naquele dia, dando espaço para colocar questões ou abordar as suas necessidades e preocupações. O espaço das unidades individuais permitia manter a privacidade e dignidade dos clientes.

Vários clientes apresentavam doença demencial e realizavam HD através de FAV/PAV. Durante o tratamento foi necessária uma monitorização rigorosa para evitar mobilização do membro com perfuração do AV ou saída acidental das agulhas. Nestes casos, explica-se ao cliente o procedimento e o seu intuito, optando-se pela imobilização do membro durante o tratamento. No final, a hemóstase sequente à remoção das

agulhas também pode oferecer um grande risco hemorrágico. As quedas também são uma preocupação acrescida nestes clientes, pelo que o cliente com marcha insegura é transportado em cadeira de rodas e transferido pelo enfermeiro e assistente operacional.

Nenhum dos clientes era portador de doença infetocontagiosa, mas já tinha havido clientes portadores do vírus da hepatite C. Não existia uma sala de isolamento para a realização de tratamento destes clientes, mas os monitores para esse efeito apresentavam uma sinalética de cores (vermelha, conhecida somente pelos profissionais), para que fossem trocados em caso de infeção, evitando comportamentos discriminatórios. É apenas obrigatória a existência de uma unidade de isolamento em caso de infeção pelo vírus da hepatite B (Portaria n.º 94/2024/1, artigo 20.º, Diário da República 1.ª série n.º 50).

Todas as situações supracitadas vão ao encontro do dever do enfermeiro especialista na promoção da segurança, privacidade e dignidade na pessoa na prática de cuidados (Regulamento 140/2019).

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei envolver-me ativamente em todos os projetos desenvolvidos pela instituição. Existiam a decorrer cinco projetos em simultâneo.

As complicações intradialíticas estão associadas a dificuldade na gestão do regime dietético e hídrico, levando o cliente ao ganho ponderal interdialítico significativo. Perante estas complicações, foi desenvolvido um projeto de educação para a saúde, com vídeos sobre: “Alimentação”, “As suas análises”, “Programa Básico de HD”, “Adaptação à HD”, “O que é a doença renal” e “O que é um acesso vascular”. Foram ainda realizadas sessões individuais sobre gestão do regime dietético, disponibilizando o livro “A alimentação na insuficiência renal crónica” da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, e encaminhando para a dietista em casos de dúvidas. Após a observação das análises mensais, a dietista abordava cada cliente, disponibilizando alternativas alimentares.

Registei ainda a entrega de panfletos sobre prevenção de quedas a todos os clientes que realizavam tratamento num turno de intermédio. Percecionei a entrega deste recurso a clientes com diminuição da acuidade visual, demência, baixa literacia, barreiras linguísticas importantes e a clientes jovens sem qualquer compromisso da marcha ou equilíbrio, verificando ainda uma sessão de educação para a saúde para os mesmos. Neste contexto, abordei a enfermeira orientadora sobre a importância de

adequar a educação às necessidades de cada cliente e a inclusão da família neste programa.

A consulta da DM é outro projeto da organização, considerando as principais causas de DRC. Faz-se uma avaliação inicial sobre o tipo de DM e tratamento, monitorização da glicémica capilar, valores de hemoglobina glicada e o registo de sinais e sintomas associados. É efetuado um exame físico mensal aos pés dos clientes diabéticos (68 clientes) com registo restrito aos profissionais envolvidos. As alterações são comunicadas ao nefrologista de referência e é redigida uma carta de referência ao centro de saúde ou associação protetora dos diabéticos em Portugal, com follow-up e vigilância em simultâneo com as entidades especializadas. A clínica não dispunha de um espaço físico nem de material de penso necessário ao acompanhamento específico destas situações.

Havia ainda um grupo de trabalho para controlo de infeção, visando sensibilizar e educar sobre a importância da lavagem do braço à entrada da sala de HD. Neste contexto, foi realizado um estudo pela minha enfermeira orientadora sobre os fatores de não adesão após dois anos de sessões de ensinos. Os resultados apontam para esquecimento para a lavagem do membro no domicílio. Têm decorrido outras ações de sensibilização, como a utilização da luva para a devida hemóstase, ou auditorias internas com o intuito de compreender as fragilidades inerentes às práticas diárias. Neste momento, está a decorrer um estudo sobre a associação bacteriológica a infeções dos acessos vasculares e a relação dos custos de antibioterapia. À minha observação, os profissionais utilizam o equipamento de proteção individual necessário, recorrem à higienização e desinfecção das mãos nos momentos preconizados, adotando uma conduta rigorosa na assepsia do tratamento.

A enfermeira orientadora tem formação na área dos AV, sendo o principal elemento no projeto que envolve a avaliação e monitorização da FAV e PAV. Este projeto faz o acompanhamento e preparação prévio à construção do AV, monitorizando a sua maturação e incorporação através de registo ecográfico, com devido mapeamento e descrição da tipologia do acesso em registos de enfermagem. O cliente é educado sobre os cuidados ao AV e preparado para a primeira e seguintes punções com consulta de *follow-up*, dando abertura ao cliente para partilhar as dificuldades sentidas nesta fase de adaptação, alterações percecionadas, bem como dúvidas e inquietudes. Posto isto, a

organização dispõe um sistema de inteligência artificial para a avaliação dos acessos de acordo com múltiplas variáveis. Após uma reflexão crítica, constatou-se que todas as avaliações tinham variáveis díspares, impedindo a padronização dessa avaliação (e.g. a variável “clínica” surgia como algo incongruente e sem fundamentação científica). Esta avaliação permite diagnosticar um risco diminuído, moderado, ou grave de trombose do AV. Em função das prioridades são marcadas consultas de avaliação ecográfica com registo de imagem e respetivo encaminhamento para o nefrologista e referência para o centro de AV para intervenção por angioplastia, se necessário. A avaliação do fluxo da FAV/PAV é realizada, trimestralmente, através do *Transonic/Nephroflow*. Todas estas intervenções são fundamentais na deteção precoce de possíveis complicações e asseguram a longevidade da FAV/PAV, pelo que o enfermeiro avalia o AV antes, durante e após o tratamento de HD, efetuando o respetivo registo. Esta avaliação engloba a observação, palpação (pulso e frémito), auscultação (sopro), e análise de sinais e sintomas de infeção, aneurisma, edema, estenose, má perfusão periférica (síndrome de roubo) e hematoma (Melo et al, 2016).

A técnica de canulação mais utilizada era a técnica em escada, seguida da técnica em área e uma cliente a realizar técnica em MuST. Pinto et al (2022), referem que a canulação em área resulta em dilatações aneurismáticas, fragilidade da parede vascular, podendo causar estenoses nas regiões adjacentes. Mesmo desaconselhada, é a técnica de punção mais simples, com menor dor, e a preferida dos clientes. A técnica de canulação em MuST implica um trajeto mínimo de 8 cm para uma punção segura. Consiste em seis pontos de canulação (três artérias e três venosos) para as respetivas três sessões semanais. A tortuosidade venosa ou aproximação da artéria da FAV podem impedir esta técnica (Peralta et al, 2021). A técnica de escada envolve uma rotação sucessiva dos locais de punção em cada sessão de HD, na esperança de proporcionar tempo suficiente para a cicatrização, reduzindo complicações como a hemóstase prolongada, infeção e desenvolvimento de aneurismas (Kumbar et al, 2020), sendo por isso a técnica recomendada ao nível da evidência científica.

Uma das lacunas é o sistema de informação utilizado. O programa de HD é regista um plano de cuidados com linguagem CIPE, sendo atualizado uma vez por ano ou sempre que necessário. Aquando da ocorrência de uma queda, o incidente é notificado, bem como registado e alterado o plano de cuidado quando ocorrem alterações significativas

após internamento hospitalar. Inerente a este projeto encontra-se a consulta de admissão onde são efetuados o acolhimento, o consentimento informado para a HD e a avaliação inicial do cliente. O objetivo é a criação de um sistema uniformizado registrando diagnósticos e intervenções individualizadas, bem como um registo integral dos cuidados holísticos prestados pelos enfermeiros em HD. Todos as atividades desenvolvidas na gestão destes projetos creio que demonstram práticas de enfermagem de qualidade.

Uma vez que a enfermeira orientadora é o segundo elemento em funções de coordenação da unidade, tive a oportunidade de desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem. A gestão de recursos humanos e materiais, manutenção e funcionamento dos equipamentos e gestão dos postos de tratamento devem ser assegurados pelo enfermeiro responsável.

O método de trabalho instituído é o do enfermeiro responsável. Este método envolve a prestação de cuidados ao cliente através de uma tomada de decisão individualizada. O enfermeiro é o principal responsável pelos cuidados diários e contínuos, sendo também responsável por coordenar as decisões clínicas, bem como supervisionar os cuidados prestados durante o seu percurso na instituição (Ventura-Silva et al, 2021). Deste modo, a distribuição é realizada tendo em conta o enfermeiro responsável, mas a grande rotatividade de enfermeiros impede a aplicação integral deste método.

O rácio instituído corresponde a um mínimo de cinco clientes por turno para cada enfermeiro, embora a dotação varie consoante os recursos disponíveis e as intercorrências diárias, havendo (por vezes) necessidade de ficarem seis clientes ao cuidado de um enfermeiro. Como estipulado no Manual de Boas Práticas em HD (Melo et al, 2016), o número de enfermeiros por unidade de diálise deve ser ajustado de acordo com a realidade institucional. Porém, a norma das dotações seguras em cuidados de enfermagem, recomendam pelo menos um enfermeiro por cada quatro clientes. As dotações seguras são fundamentais para assegurar cuidados de excelência que satisfaçam os DtRC. As dotações do enfermeiro especialista nestas instituições ainda aquém das necessidades diárias dos clientes em programa de HD.

Foi ainda desenvolvido um documento com o *stock* de consumíveis necessários nas respetivas salas de HD, sendo preenchido diariamente para reposição do material em uso.

Independentemente dos défices encontrados no sistema de informação, ele permite a continuidade de cuidados, registando o tratamento (material, prescrição dialítica, terapêutica de ambulatório e intradialítica) e a monitorização do cliente durante o mesmo (SV, peso inicial e final, avaliação do AV, complicações durante a sessão). É possível ainda a realização de registos de alerta para o tratamento seguinte, permitindo ao enfermeiro que venha a cuidar desse cliente num turno seguinte, o acesso imediato às ocorrências. A organização desenvolveu ainda uma *app* “D.Care” para *iOS/Android*, que confere a comunicação entre os clientes e os profissionais de saúde. A aplicação permite ao cliente o acompanhamento diário do seu tratamento. É um dos métodos através da quais a organização incentiva o cliente a interagir ativamente na sua saúde, envolvendo-se nos respetivos cuidados e bem-estar. Contudo, todo o sistema de informação é exclusivo da organização, impedindo o acesso e articulação com outras instituições de saúde. Na tentativa de colmatar esta necessidade, quando o cliente é encaminhado para outra instituição, é realizada a articulação através de contato telefónico, e-mail ou disponibilizadas informações através do familiar/cuidador de referência.

Exemplo de uma situação de continuidade e articulação de cuidados foi o caso de um senhor idoso, com síndrome demencial rapidamente progressiva, com uma gastrostomia endoscópica percutânea recente. Após o tratamento, foi administrado um suplemento hiperclórico por essa via e verifiquei a presença de um granuloma e exsudado seropurulento da ostomia. Foi realizada limpeza com soro fisiológico, aplicado um penso de proteção e contactada a esposa (cuidadora e familiar de referência) para posterior articulação com os cuidados domiciliários. A ostomia teve uma evolução cicatricial favorável e o problema foi solucionado em cerca de duas semanas.

As competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram desenvolvidas com o aprimorar conhecimentos teóricos e científicos no âmbito do cuidado ao DtRC em programa de HD, com a preocupação de agir de acordo com as *guidelines* e normais atuais que garantissem cuidados de qualidade, seguros e especializados. O grande desafio foi o constante envolvimento com a equipa em tempo permanente prestando cuidados além da técnica dialítica.

Tive oportunidade de analisar as preocupações dos clientes sobre a IC. Constatei uma preocupação transversal com a FAV aneurismática, principalmente durante o verão. Notei até dois clientes que pediram a laqueação da FAV, na medida em que a

consideravam “monstruosa” e sentiam uma deformação progressiva do membro e receio das complicações adjacentes. Ao contrário, outros clientes valorizavam o AV como manutenção da sua vida. Outros referiram o emagrecimento constante como algo que os transtornava, um cansaço debilitante após os tratamentos, e a sexualidade comprometida. Neste último plano, um dos clientes encontrava-se, inclusive, a realizar testosterona intramuscular de duas em duas semanas. A dependência gradual e alteração significativa de papéis na sociedade foram também mencionados com regularidade e com expressões de revolta.

Segundo o modelo de aquisição de competências adaptado por Benner (2001), dada a minha experiência prévia no setor convencionado em HD penso ter ultrapassado do nível de proficiente a perito na prestação de cuidados especializados e de excelência.

5. REVISÃO *SCOPING*

A revisão *scoping* mapeia o conhecimento sobre um assunto, conceito ou questão (Peters et al., 2020) e identifica as principais características de um fenômeno. Esta revisão foi realizada de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI).

5.1. Introdução

A construção da IC é a essência a partir do qual o ser humano determina as suas escolhas e projeta o futuro. A percepção do corpo e das suas capacidades são fulcrais para que o homem assuma o controlo da sua própria vida (Machado, 2014). Aquando da presença de uma DC a imagem que a pessoa tem do seu próprio corpo é alterada de imediato, uma vez que todo o enfoque passa a ser no órgão doente e essas modificações orgânicas desencadeiam emoções, reestruturando a sua IC (Turra et al, 2001).

O cliente com DRC em estadio 5 necessita de um TSFR para sobreviver. A escolha da TD é complexa, envolvendo alterações permanentes no estilo de vida e dependência de um tratamento. Exige um acesso vascular que afeta a imagem destes clientes. Por outro lado, o próprio tratamento causa alterações significativas na percepção corporal, surgindo sinais e sintomas colaterais potenciando essas modificações. Além dos aspetos físicos, são diagnosticados problemas psíquicos e sociais, dada a vulnerabilidade destes clientes incitada pelo processo de deterioração progressiva a que estão sujeitos. Contudo, o enfermeiro pode ajudar o cliente na aceitação da sua IC, criando oportunidades para expressar os seus sentimentos, e para compreender o impacto físico e psicossocial no acesso à diálise, desenvolvendo intervenções na preparação e educação destes clientes.

5.2 Metodologia do Estudo

Numa fase preliminar, foi realizada uma pesquisa em literatura cinzenta, bem como em várias bases de dados, para identificar revisões na temática elegida e os descritores mais utilizados em estudos neste domínio. Posto isto, foi elaborado um protocolo de revisão, assumindo um papel preponderante na organização e elaboração do estudo, uma vez que "(...) pré-define os objetivos e os métodos da revisão *scoping*" (JBI, 2015, p. 10).

A questão em estudo foi estruturada através da estratégia PCC, sistematizando a relação entre todos os momentos de desenvolvimento da revisão: População (P): Clientes com Doença Renal Crónica; Conceito (C): Imagem Corporal; Contexto (C): Diálise.

Surgindo a questão: **Qual o impacto da Técnica Dialítica na Imagem Corporal do cliente com Doença Renal Crónica?**

Os critérios de inclusão foram todos os artigos que contemplassem a população adulta, que abordassem a imagem corporal (conceito) e em que constem clientes em TD (contexto). Foram ainda selecionados todos os tipos de estudo, num espaço temporal de 10 anos, redigidos em inglês, português ou espanhol. Quanto aos critérios de exclusão foi definido rejeitar artigos sem acesso ao seu texto integral.

Quadro 1 – Descritores

		Linguagem Natural	Termos indexados	
			CINAHL	MEDLINE
População #1	Clientes com DRC	Patient OR Chronic Kidney Disease OR Chronic Kidney Failure - (AB)	Patients OR Dialysis Patients / Renal Insufficiency OR Renal Insufficiency, Chronic OR Kidney Failure, Chronic - (AB)	Patients OR Renal Insufficiency, Chronic OR Kidney Failure, Chronic - (AB)
Conceito #2	Imagem Corporal	Body Image OR Self Concept - (AB)	Body Image OR Body Dissatisfaction OR Body Image Disturbance OR Self Concept OR Self-Concept Alteration OR Altered Self Concept - (AB)	Body Image OR Body Dissatisfaction OR Self Concept - (AB)
Contexto #3	Diálise	Hemodialysis OR Peritoneal Dialysis OR Dialysis OR Dialytic Technique - (AB)	Dialysis OR Dialysis Care OR Hemodialysis OR Hemodialysis Care OR Hemodialysis Therapy OR Peritoneal Dialysis OR Peritoneal Dialysis Care OR Peritoneal Dialysis Therapy - (AB)	Renal Dialysis OR Dialysis OR Peritoneal Dialysis - (AB)

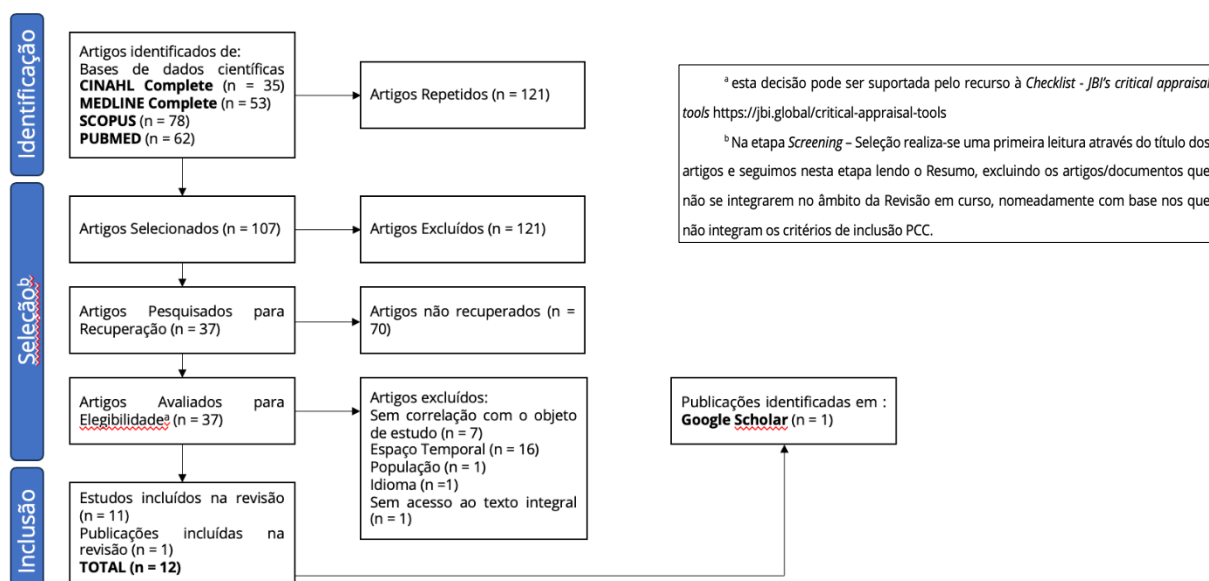
Primeiramente, realizei a pesquisa nas bases de dados SCOPUS, PUBMED, CINAHL e MEDLINE, com as palavras-chave representadas no quarto 1, recorrendo aos operadores booleanos. A pesquisa foi finalizada com #1 AND #2 AND #3. De seguida, utilizei a plataforma Rayyan, com o intuito de me auxiliar no percurso metodológico e organizar a triagem dos artigos. Inicialmente foram analisados os títulos e resumos, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, e por fim analisados os textos integrais. Foi ainda anexado à revisão um estudo de literatura cinzenta pela sua importância descritiva, por ser aplicado à população portuguesa e bastante recente.

A pesquisa forneceu um total de 228 artigos, dos quais 121 eram repetidos e foram excluídos. Seguidamente, os 107 artigos foram sujeitos a uma leitura do título e resumo, resultando na exclusão de 70 artigos por não corresponderem à questão de investigação. Nos restantes 37 artigos foram aplicados os critérios de elegibilidade, dos quais 7 artigos foram excluídos por não estarem correlacionados com o objetivo de estudo, 16 artigos por se encontrarem fora do espaço temporal (1997-2012), 1 artigo incidir sobre adolescentes, 1 artigo por estar redigido em língua turca e 1 artigo por não conseguir acesso ao seu texto integral.

Os doze artigos incluídos foram sujeitos a uma leitura integral e análise, dando origem a um quadro facilitador do mapeamento e extração de dados (apêndice VII) relevantes para dar resposta à questão de investigação, como recomendado pela JBI.

O fluxograma de pesquisa à luz da tipologia PRISMA, reflete a estratégia de pesquisa sistematizadamente (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de Pesquisa



5.3 Resultados

Foram selecionados artigos publicados entre 2013 e 2022, publicados em língua inglesa e portuguesa, publicados no: Brasil (2 artigos), Reino Unido (1 artigo), Austrália (1 artigo), Espanha (1 artigo), Croácia (1 artigo), Irão (1 artigo), Israel (1 artigo), Turquia (2 artigos) e Portugal (2 artigos). Todos com contributos pertinentes sobre o impacto da TD na IC dos clientes com DRC, permitindo uma análise multicultural da temática em estudo.

Os autores dos artigos selecionados são maioritariamente enfermeiros, alguns especialistas em nefrologia e outros em enfermagem psicossocial e de saúde mental. Porém, prevalecem autores com currículos associados à psicologia, terapia ocupacional, médicos e alguns coautores no âmbito da assistência social, nutrição e fisioterapia. Onze dos doze artigos encontram-se em revistas indexadas nas bases de dados: CINAHL, Medline, Pubmed e Scopus.

Os resultados retratam o impacto das TD na IC dos clientes com DRC, espelhados através de domínios físicos, psíquicos e sociais importantes. A associação da qualidade de vida destes clientes surge como um conceito implícito do impacto das dimensões supracitadas. Embora a perceção e avaliação do sentimento de si próprio tenha um carácter individualizado, todos os artigos abordam estes aspetos como problemas adaptativos face à mudança do seu estilo de vida.

Aspetos Físicos: emergem comportamentos relacionados com o autoconceito, como a verbalização de sentimentos negativos sobre o corpo; a preocupação com mudanças corporais associadas à FAV; e perda da libido ou disfunção sexual com redução da sua atividade, resultando em esgotamento físico (Frazão et al, 2014).

As pequenas cirurgias que levam à criação de um AV e à necessidade de conviver com cateteres, fístulas e cicatrizes associadas, exercem forte influência na perceção da IC. Os aneurismas e os hematomas são tidos como feios e medonhos, revelando lutas diárias para lidar com esta alteração, principalmente quando confrontados pelos filhos e netos. Como estratégias alteram a forma de vestir, escondendo as deformações e dispositivos, uma vez que lhes eram pedidas explicações (Mafara et al, 2016; Villarreal et al, 2019). Outros autores notam que a FAV altera significativamente a aparência do braço e gera insatisfação com a afiguração (Güçer e Kantarci, 2020). Além disso, há outros efeitos colaterais como o prurido e alterações da cor da pele que causam desconforto (Tavsanlı e Nehir, 2018).

A dor é também mencionada como um aspeto relevante e referido como um dos medos iniciais. Mesmo usando anestésico local estavam sempre preparados para a “pior dor”. Porém, muitos clientes culpam a equipa de saúde pela sua sensação e hematomas associados à punção (Mafara et al, 2016).

Dois dos artigos revelam que a população feminina apresenta uma maior preocupação com a IC do que a população masculina (Güçer e Kantarci, 2020; Nia et al,

2022). Nesta sequência, várias mulheres mencionam sentir-se edemaciadas e deformadas, abordando um antes e depois marcado pelo início dos tratamentos, sentindo-se irreconhecíveis ao espelho. Outras, após a remoção excessiva de líquidos referem a perda de peso como algo que refletia um corpo não reconhecido por si. Foi ainda verbalizado o declínio físico comparado com o envelhecimento precoce (Villarreal et al, 2019). No entanto, outros dois artigos não revelaram qualquer interação entre o género e a insatisfação com o corpo (Carvalho e Barbosa, 2016; Cunha et al, 2021). Lev-Wiesel et al (2022), notaram mudanças significativas na aparência física em ambos os géneros, referindo aumento ou diminuição abrupta do peso, falta de apetite e dilatação abdominal que culminaram em sensações fisicamente desconfortáveis e fazendo com que os intervenientes se sentissem “feios” e menos atraentes.

A sexualidade é um dos aspetos referidos nos artigos, notando que a maioria dos doentes reconhece que a DRC diminui a libido. Muitas vezes relacionam com o cansaço, principalmente após a HD, outros por se sentirem menos atraentes devido à mudança da IC, e noutras circunstâncias pela idade avançada. Nas mulheres mais ativas sexualmente, esta foi vivenciada como uma perda, obrigando-as a manter relações sem desejo e naturalmente menos satisfatórias. A presença de dispositivos pode obrigar a alterar hábitos, posturas durante o ato e até impedir a relação (os cateteres afetaram mais esta dimensão que as fístulas) (Villarreal et al, 2019). No estudo de Carvalho e Barbosa (2016), a população masculina percecionou níveis superiores de satisfação sexual antes do tratamento, mas após o início do mesmo igualaram os níveis das mulheres.

Existe uma diferença significativa no compromisso da autoimagem dos clientes em programa de diálise (med 5.5) e submetidos a Tx (med 3), quando comparados com a população em geral (med 1) ($X^2 = 21.31$; $p < 0.001$) (Milić et al, 2022), impactando a qualidade de vida física dos mesmos (Leonard, 2013).

A qualidade de vida física está dependente das alterações que a IC causa nas várias funcionalidades corporais dos indivíduos. Perante essas modificações, há uma correlação positiva com o comportamento do autocuidado corporal ($r = 0.40$; $p = 0.006$) (Cunha et al, 2021).

Aspetos Psíquicos: Os clientes em tratamento dialítico verbalizam sentimentos de vergonha, tristeza, medo, inutilidade e insegurança com consequente esgotamento emocional, podendo culminar em comportamento autodestrutivo (Frazão et al, 2014).

Villarreal et al (2019), acrescentam sentimentos como a raiva e sensação de desconforto e, Leonard (2013) nota repulsa, associada à contaminação/infeção do acesso vascular. O desespero da vida também emergiu em várias narrativas (Lev-Wiesel et al, 2022). Estes clientes requerem apoio constante da equipa de saúde, sentindo-se vulneráveis porque dela dependem para manter a sua saúde e bem-estar. Embora, ansiosos, confusos e com sensação de incerteza sobre o tratamento, não tiveram outra alternativa senão render-se aos profissionais que os acompanham e prestam cuidados. Eles revelam conhecimento sobre a importância do AV, relatando medo de a perder e demonstrando preocupação, responsabilidade e autoconsciência. Neste mesmo estudo, um cliente mencionou que não recebeu atenção suficiente da equipa de enfermagem referindo sentir-se desrespeitado, abatido e perdido. No entanto, alguns expressaram a sua gratidão e confiança nos profissionais que lhes permitem um futuro (Mafara et al, 2016).

Mediante a insatisfação corporal e todos os sentimentos nela intrínsecos, surgem graves problemas adaptativos, nomeadamente a baixa **autoestima** (Frazão, Bezerra, Paiva e Lira, 2014; Villareal et al, 2019), **ansiedade** (Villarreal et al 2019; Güçer e Kantarci, 2020) e **depressão** (Carvalho e Barbosa, 2016; Güçer e Kantarci, 2020; Lev-Wiesel et al, 2022; Milić et al, 2022). Apenas no estudo de Grasselli et al (2016), foi contemplada uma amostra de mulheres com elevada autoestima. A mudança da IC, de papéis e deterioração do estilo de vida causam alterações radicais no próprio senso, comprometendo a identidade do cliente (Tavsanlı e Nehir, 2018).

Foram identificadas correlações positivas entre a depressão e os fatores da IC (med 12.2, $r = 0.9$) que contemplam a orientação para a aparência (investimento na própria aparência), e orientação para a doença (grau de investimento num estilo de vida fisicamente saudável) (Lev-Wiesel et al, 2022). Nia et al (2022), identificaram ainda uma relação entre o comportamento no autocuidado e a preocupação com a IC, uma vez que a promoção do autocuidado pode reduzir a ansiedade face a estas modificações, permitindo ao cliente um controlo adicional sobre a sua DC e monitorização da sua saúde.

Tanto a apreciação corporal como o comportamento de autocuidado se encontram correlacionados positivamente com a qualidade de vida psicológica dos clientes submetidos a tratamento dialítico (Cunha et al, 2021; Lev-Wiesel, 2022).

Aspetos Sociais: O isolamento social é um dos principais temas deste domínio. O isolamento surge perante a realização de três sessões de HD semanais (Mafara et al,

2016) ou por desvalorização da imagem social (Frazão et al, 2014). A dependência dos tratamentos e os efeitos colaterais da doença fazem dificultam a manutenção da atividade profissional e das responsabilidades sociais (Tavsanlı e Nehir, 2018).

A maioria dos sujeitos temia perder a sua independência e autonomia, pelo compromisso físico progressivo, tornando-se um fardo para as suas famílias (Villarreal et al, 2019). Lev-Wiesel et al (2022), acrescentam narrativas sobre o medo de prejudicar o corpo e os tratamentos como algo que arruinou por completo o cotidiano.

Os juízos de valor perante o olhar do outro também são um fator preponderante nesta avaliação social. Muitos são comparados a usuários frequentes de drogas injetáveis (Villarreal et al, 2019). Outros abordam o olhar dos filhos e netos como uma dificuldade adaptativa, sendo o número destes, um aspeto sociodemográfico estatisticamente significativo, demonstrado em valores mais elevados de compromisso da autoimagem ($\chi^2=26.677$, $p < 0.01^b$; $\chi^2=1141$, $p < 0.04$) (Tavsanlı e Nehir, 2018; Milić et al, 2022).

Güçer e Kantarci (2020), constataram que à medida que aumenta a satisfação com a IC, diminui a ansiedade físico-social e diminui a expectativa de que o físico seja avaliado negativamente por outrem.

As habilitações literárias foram associadas de forma negativa à depressão. Também o aumento da idade se associa a menores habilitações literárias e a níveis inferiores de insatisfação corporal (Carvalho e Barbosa, 2016).

O conceito de qualidade de vida relacional emerge no estudo de Cunha et al (2021), relacionando positivamente com a apreciação corporal ($r = 0.53$, $p \leq 0.001$), o comportamento do autocuidado ($r = 0.4$, $p = 0.006$) e a aceitação do corpo pelo outro ($r = 0.41$, $p = 0.005$).

5.4 Discussão

A literatura selecionada destaca o impacto da IC nos domínios físico, psicológico e social.

Aspetos Físicos: As TD implicam uma panóplia de alterações físicas ao longo do tempo. A necessidade de um AV e de dispositivos médicos para a sua realização são os mais evidentes. Os estudos refletem sentimentos negativos e desconforto associado às FAV, aos hematomas e cicatrizes da sua construção e consequente punção, bem como dos CVC para a realização de HD e cateter *Tenckhoff* para a DP. A dor, o prurido e a

alteração da cor da pele, a deformação abdominal, ganho ou diminuição de peso e a anorexia são outras alterações físicas.

Um dispositivo (CVC) saliente diante do seu pescoço, tórax anterior ou região inguinal pode perturbar a IC e ser visto como uma desfiguração aos seus olhos (Muringai et al, 2008; Bibiano et al, 2014). Embora nem todos os clientes apresentem um patrimônio vascular capaz de suportar uma FAV, é o AV ideal para a realização desta técnica, dado o risco de infecção e tromboembólico acrescido na utilização dos cateteres. Porém, em caso de infecção ou dificuldade na sua maturação, pode resultar em nova intervenção cirúrgica. O seu uso repetido e o tipo de canulação podem originar aneurismas, hematomas e edema que alteram a percepção da imagem destes clientes (Muringai et al, 2008; Frazão et al, 2016). No entanto, nenhum estudo procurou avaliar se há métodos de canulação que reduzem a formação de aneurismas. O tipo de canulação majoritariamente recomendado é a técnica em escada que envolve a rotação sucessiva dos locais de punção em cada sessão de HD, diminuindo o risco de hemóstase prolongada, infecção e formação de aneurisma (Kumbar et al, 2020). A experiência demonstra que ela é utilizada em concomitância com a técnica de canulação em área, favorecendo igualmente a deformação do membro. Não existe consenso quanto à canulação menos dolorosa, e ao contrário de outros países, em Portugal não é hábito a utilização de analgesia tópica antes de canular a FAV, sendo estes aspetos ignorados pela literatura. Ainda assim, a experiência aponta para a sua utilização com maior regularidade.

O cliente tem um papel crucial na preservação do AV, mantendo cuidados como a lavagem do membro antes das punções, hemóstase, tricotomia, exercícios, avaliar o frémito, identificar sinais de infecção, não permitir punções venosas e avaliação da TA no membro da FAV (Carpenito, 2003). Estes aspetos não surgiram na literatura.

Frazão et al (2016), afirmam que a oscilação de peso em clientes em HD, pode dever-se à restrição hídrica, ao catabolismo proteico, bem como a um tratamento inadequado. Podendo, também, ser exploradas as dificuldades na adesão terapêutica.

Existe uma grande influência da DRC no sistema musculoesquelético. Estando este afetado pelas alterações na perfusão muscular, estado catabólico, mediado por acidose metabólica, corticosteroides (associado a ganho de peso pela retenção de sódio), citocinas pró-inflamatórias e a própria diminuição na atividade física que é um pilar do tratamento para a melhoria da IC (Guedes e Guedes, 2012; Silva et al, 2014).

Dois artigos notaram (Güçer e Kantarci, 2020; Nia et al., 2022) que a população feminina apresenta uma preocupação superior com a IC do que a população masculina, com amostras apreciáveis: 120 e 280 participantes, dos quais 53 e 123 eram mulheres. Ambos usaram o questionário *Body Image Concern Inventory Questionnaire* e escala de percepção da IC adaptada à sociedade turca por Hovardaoğlu et al. (1989). No entanto, outros autores (Carvalho e Barbosa, 2016; Cunha et al., 2021; Lev-Wiesel, 2022), não observaram essa diferença, mas as suas amostras mais pequenas (respectivamente 67, 95 e 29 participantes). Também aplicaram escalas diferentes: a *Body Image Scale*, a *Body Appreciation Scale-2*; e o Multidimensional *Body-Self Relations Questionnaire*. É possível que aspetos culturais dos contextos possam justificar as diferenças dos achados. Güçer e Kantarci (2020) e Nia et al (2022) apresentam uma amostra muçulmana (Irão e Turquia), em que a percepção sobre a IC das mulheres difere das culturas ocidentais. Culturalmente, a modéstia e a castidade são mais valiosas do que a apresentação corporal ou a atratividade física, especialmente para mulheres. As relações familiares são muito fortes, nomeadamente com pais, irmãos e pares (Wilhelm et al, 2019), atuando como agentes sociais que comunicam ideais de aparência cultural. A proteção e medo de perder o conjugue por desinteresse físico com impacto sexual é igualmente primordial para estas mulheres (Mofrad et al, 2021). Lev-Wiesel et al (2022), não notaram relação entre as alterações da IC e o género numa população israelita. Contudo, esses estudos, mostraram que a DRC afeta a sua sexualidade, englobando tanto o desejo, como o interesse e até o próprio ato. Relacionaram os resultados com o cansaço após o tratamento, com o fato de se sentirem menos atraentes fisicamente e também com a idade avançada.

O DtRC torna-se vulnerável devido às alterações físicas e emocionais decorrentes da incapacidade e do medo com a progressão da doença e tratamento. A conduta sexual é afetada pelos efeitos urémicos na espermatogénese e pelos fatores psicológicos nela implícitos, dado que a vida sexual se encontra diretamente relacionada com o bem-estar físico e psíquico (Freitas e Cosmo, 2010). De acordo com Cuker e Frangnani (2010), a energia da dimensão psicológica que envolve sensações, sentimentos e emoções é intrínseca à sexualidade. Deste modo, pode haver um compromisso bigénero, reduzindo a sensação de libido e da circulação, alterações hormonais e infertilidade, e alterações no sistema nervoso devido ao excesso de terapêutica medicamentosa. Estas modificações na aparência, pode influenciar a percepção da imagem nos pares (Silva et al, 2014).

Aspetos Psíquicos e Sociais: Nos artigos incluídos no estudo, constatou-se a verbalização de sentimentos negativos que levaram a um esgotamento emocional e pensamentos de comportamentos prejudiciais a si mesmo. A baixa autoestima, a ansiedade e a depressão foram os problemas major, mencionados nos vários estudos. Apenas o estudo de Grasselli et al. (2016), revela uma amostra de mulheres com elevada autoestima. Note-se que este achado resulta da aplicação da escala da autoestima de *Rosenberg*, pois quando aplicadas a escala de medida da IC e a escala de silhuetas os resultados foram incongruentes, mostrando alta satisfação corporal, mas insatisfação com a sua silhueta. Porém, considera-se que a autoestima e a IC são ambas aspetos importantes para que a mulher detenha uma condição física, emocional e social adequada para lidar tanto com as consequências da sua DC como com o tratamento.

A ansiedade é a reação inicial e normal em grande parte dos indivíduos face ao prognóstico e à qualidade de vida dos DtRC em diálise (Metrogos et al, 2021). A experiência demonstra níveis de ansiedade elevados, principalmente nos clientes que iniciam o programa dialítico, nas primeiras canulações e quando os cuidados são prestados por profissionais que demonstram menos perícia.

A DRC e o tratamento impõem restrições que fragilizam a autoimagem, autoestima, a perceção do próprio sentido da vida e até a capacidade na tomada de decisão, afetando o cliente na sua identificação enquanto ser social. Deste modo, há um risco de compromisso nas relações afetivas, pelos sentimentos de dependência e inutilidade que este contexto agrega (Silva et al, 2014).

Os clientes em programa de HD são presos a um quotidiano monótono e restritivo, habitualmente três vezes por semana, permanecendo grande parte desse dia na instituição de saúde (Bibiano et al, 2014). A DP manual também causa constrangimento diário aos clientes, devido à necessidade de trocas em horário fixo (dependente da prescrição terapêutica) e a DP automática exige uma ligação diária em média durante 8 horas.

A tristeza, angústia, medo, carência foram sentimentos espoletados pelos tratamentos, onde os clientes consideram o sofrimento como impulsor de desilusão, depressão e de dependência, resultando na incapacidade de viver com

qualidade. A verbalização constante do que pode ser feito ou não desde o início do tratamento acarreta transtorno emocional.

O isolamento social, perda de emprego, dependência de subsídios, dificuldade de locomoção, menor atividade física, perda de autonomia, alterações da IC, e ainda a incerteza entre o medo de viver e de falecer são fontes de stress desencadeadas pela doença e tratamento (Ribeiro et al, 2020). O sofrimento psíquico e emocional proporciona conflitos internos, que podem desencadear sintomas, como a depressão, agressividade, revolta, insónia, irritabilidade e tantas outras alterações do humor (Silva et al, 2014).

A satisfação do cliente face à sua IC, pode ser afetada pelas reações e atitudes dos outros, principalmente daqueles que lhes são mais próximos, isto é, a confiança e identidade individual dependem da imagem clara de como ela se parece a si, mas também aos outros (Muringai et al, 2008). Bibiano et al (2016), afirmam que as relações interpessoais podem ser afetadas quando o cliente se sente constrangido e tem vergonha da sua imagem perante outras pessoas. A IC neste momento encontra-se relacionada com a fragilidade associada a vários indicadores como o impacto causado pela descoberta da insuficiência renal, a imposição de um acesso para diálise, a dependência de uma máquina para viver, o que favorece o aparecimento de estímulos, sentimentos e reações negativas, podendo desencadear sintomatologia depressiva.

Implicações para a prática: Os cuidados de enfermagem aos clientes em programa de diálise com alterações da IC são multidimensionais e requerem uma compreensão abrangente dos desafios físicos, emocionais e sociais inerentes à cronicidade da doença. Torna-se necessária uma parceria de cuidados que englobe a pessoa, família e profissionais na procura de educação e consciencialização para o desenvolvimento de intervenções com o foco na adaptação e equilíbrio destes clientes (Frazão et al, 2014).

Primeiramente, os enfermeiros devem estar despertos para as mudanças físicas decorrentes do tratamento dialítico. Isso pode incluir perda ou ganho de peso, edema, alterações na pele e no cabelo, aneurismas, sinais de infeção, entre outros. É importante que os enfermeiros estejam preparados para avaliar e intervir em complicações resultantes dessas alterações. Além disso, o enfermeiro desempenha um papel crucial na educação dos clientes, permitindo que detenham a informação necessária sobre as mudanças corporais que poderão surgir durante o tratamento e saber como as gerir. Isso pode envolver orientações sobre dieta e nutrição adequadas, tratamento, AV, prática de

exercícios físicos adequados às limitações do cliente, cuidados com a pele e higiene pessoal, possíveis sinais e sintomas intra e interdialíticos, entre outros.

A evidência propõe programas de educação e informação antes do início do tratamento (Leonard, 2013), portanto seria importante haver consultas de enfermagem pré diálise, abordando as alterações da IC nas consultas de esclarecimento, com vários estilos de aprendizagem privilegiando o estilo visual e cinestésico. Posto isto, é imperativo que os profissionais possibilitem uma educação individualizada com o máximo de informação possível aos clientes e famílias, antes, durante e após o tratamento, para reduzir a ansiedade que emanam do medo do desconhecido (Mafara et al, 2016).

As alterações da IC podem afetar significativamente a autoestima, na autoimagem e na qualidade de vida. O enfermeiro deve ser formado para fornecer suporte emocional adequado, praticando uma escuta ativa sobre as preocupações dos clientes, validando os seus sentimentos, monitorizando regularmente o bem-estar psicológico e oferecendo recursos de apoio, como aconselhamento psíquico. Os clientes em programa de HD reúnem-se a cada dois dias, na mesma sala, por um período de habitualmente quatro horas, pelo que poderiam ser desenvolvidos grupos de apoio, diminuindo os sentimentos de solidão e dando voz a vários clientes (Liev-Wiesel et al, 2022). Neste contexto podem ser aplicadas a Escala da Ansiedade e Depressão (HADS), o questionário de deteção de mal-estar emocional, e a versão portuguesa do Kidney Disease Quality of Life- Short Form. Além disso, o enfermeiro pode desempenhar um papel ativo na promoção da autoaceitação e na adaptação às mudanças corporais, incentivando o cliente a desenvolver uma atitude positiva em relação a si mesmo e ao tratamento, e a encontrar maneiras de manter uma boa qualidade de vida, apesar das adversidades.

A criação de protocolos institucionais para intervir nas mudanças corporais e na sexualidade (Villarreal et al, 2019), bem como programas de intervenção e psicoterapia (terapia de resolução de problemas, cognitivo-comportamental) poderiam fazer a diferença na identificação da perturbação psíquica destes clientes (Carvalho e Barbosa, 2016). Dada a proporção de clientes com algum grau de sintomatologia depressiva e de ansiedade, é importante enfatizar a psiconefrologia como algo fundamental e uma abordagem obrigatória para todos os clientes com DRC (Milić et al, 2022).

A prática de enfermagem em clientes com alterações da IC em programas de diálise também requer colaboração interdisciplinar com médicos, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, para garantir uma abordagem holística.

Em suma, a prática de enfermagem neste contexto não exige apenas competência clínica, mas também empatia, compaixão e um cuidado centrado no cliente, visando melhorar a qualidade de vida e o bem-estar global, na medida em que enfrentam desafios permanentes no decurso da sua DC. O aumento da consciência do enfermeiro e o reconhecimento de fatores que afetam a IC destes clientes são cruciais para o desenvolvimento de intervenções que traduzam ganhos em saúde (Nia et al, 2022).

5.5 Conclusões

As TD apresentam um impacto negativo na IC dos clientes com DRC. Os resultados foram traduzidos em três principais dimensões, sendo elas: físicas, psíquicas e sociais.

A visão de si mesmo após a construção de um AV ou aplicação de dispositivo para a diálise, é alterada de imediato. Ocorrem ainda modificações físicas associadas à doença e tratamento como: edemas, aneurismas, alterações da coloração da pele, hematomas ou variações do peso. Estas alterações podem desencadear sentimentos negativos, resultando em baixa autoestima, ansiedade e depressão, interferindo na dinâmica do processo de saúde-doença. A deterioração progressiva inerente à doença renal e à necessidade continua dos tratamentos, revelaram isolamento e desvalorização social destes indivíduos.

Quando ocorre alteração na percepção da IC, o cliente estranha o próprio corpo, impedindo a desconexão entre a pessoa e a própria doença. Deste modo, são estabelecidos rótulos, estigmatizando a individualidade da pessoa e classificando-a de acordo com o seu diagnóstico.

Perante este estudo, os serviços de saúde devem proporcionar um cuidado especializado e individualizado, capacitando o cliente para uma tomada de decisão consciente e fundamentada e utilizando estratégias para lidar com as perdas ocasionadas às limitações fisiológicas. Através disto, o cliente pode atribuir novos significados ao tratamento, permitindo que o veja como um suporte para a manutenção da sua vida.

Portanto, o treino, a educação e informação adequada são necessários para desenvolver métodos e estratégias adaptativas e relações sociais, proporcionar suporte

social contínuo e elaborar políticas de saúde que permitam serviços de suporte necessários a estes clientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão do percurso delineado em parceria com o professor orientador e as enfermeiras orientadoras clínicas representa o culminar de um intenso processo de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSCr.

De acordo com o portal oficial do Instituto Nacional de Estatística a prevalência de DC ou de problemas de saúde prolongados tem estado em cinética ascendente nos últimos anos, afetando 43,9% da população portuguesa com 16 ou mais anos em 2021.

A prevalência da DRC com necessidade de TD vem aumentando em Portugal, refletindo uma tendência global de aumento da incidência de DC, como a DM e a HTA, que são as principais causas de doença renal. A crescente adoção de estilos de vida sedentários, dietas pouco saudáveis e o envelhecimento da população têm contribuído para o aumento da DRC na população portuguesa. A necessidade de TD, como hemodiálise e diálise peritoneal, para tratar a insuficiência renal coloca desafios adicionais no sistema de saúde, exigindo uma abordagem abrangente e integrada, garantindo o acesso equitativo ao tratamento e a qualidade dos cuidados aos clientes. Medidas preventivas, políticas de promoção da saúde e um maior investimento em infraestruturas e recursos para o tratamento da DRC tornam-se essenciais para lidar com este cenário desafiante.

Ao longo do presente relatório, foi analisada a influência do tratamento dialítico na IC dos clientes com DRC, bem como uma reflexão acerca da intervenção e cuidado especializado holístico. A emergência da temática ora apresentada permitiu, inclusive, que a mesma pudesse ter sido alvo de discussão em fóruns mais alargados (capítulo de um livro internacional publicado, participação no Encontro Renal 2023, moderação ao nível de um webinar internacional em contexto académico).

Esta conclusão não encerra apenas uma etapa de formação, mas inaugura uma nova fase que prepara para enfrentar os desafios da prática clínica, colocando em prática os conhecimentos adquiridos em prol da promoção da saúde e do bem-estar dos clientes. É o momento em que a teoria se funde com a prática, tornando-me não só numa enfermeira qualificada, mas também comprometida com a excelência do exercício profissional e com a promoção da qualidade de vida dos clientes com DC. Perspetivo

ainda, ser um elemento de referência na minha prática clínica e desenvolver projetos e investigação de modo a garantir a prática baseada na evidência.

Considero que todo o percurso como trabalhadora-estudante se tornou um grande desafio, dada a complexidade e exigência deste grau académico. Pelo que deixo o meu profundo agradecimento a todos os colegas, docentes e orientadores para partilha de experiências e saberes, com particularidade ao meu professor orientador pela sua disponibilidade, pelo reforço positivo permanente e pelo seu profissionalismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, G., Figueiredo, A. (2020). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. 5(5), 1-8.

Bello, A., Okpechi, I. Osman, M., Cho, Y., Cullis, B., Htay, H., Jha, V., Makusidi, M., CcCulloch, M., Shah, N., Wainstein, M., Johnson, D. (2022). Epidemiology of peritoneal dialysis outcomes. *Nature Reviews Nephrology*. Vol. 18(12), 779-793

Bennett, P., Bohm, C., Harasemiw, O., Brown, L., Gabrys, I., Jegatheesan, D., Johnson, D., Lambert, K., Lightfoot, C., MacRae, J., Meade, A., Parker, K., Scholes-Robertson, N., Stewart, K., Tarca, B., Verdin, N., Wang, A., Warren, M., West, M., Zimmerman, D. (2021). Physical activity and exercise in peritoneal dialysis: International Society for Peritoneal Dialysis and the Global Renal Exercise Network practice recommendations. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. Vol. 42(1), 8-24.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Bibiano, R., Souza, C., Silva, A. (2014). A percepção da autoimagem do cliente renal crônico com cateter temporário de duplo lúmen. *Revista Pró-UniverSUS*. Vol. 5(1), 5-11.

Bodin, S. M. (Ed.). (2017). *Contemporary Nephrology Nursing*. (3rd ed.). New jersey: American Nephrology Nurses Association.

Briggs, V., Jacques, R., Fotheringham, J., Maheswaran, R., Campbell, M., Wilkie, M. (2023). Catheter insertion techniques for improving catheter function and clinical outcomes in peritoneal dialysis patients. *Cochrane Library*.

Brooks, D. (2017). Chronic Kidney Disease: Diagnosis, Classification, and Management. In S. Bodin (Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (3rd)(pp. 101-130). American Nephrology Nurses Association.

Campello, C., Carvalho, M., Lopes, G. (2024). Paciente Renal Crônico: complicações durante o tratamento hemodialítico. *Acervo Saúde*. Vol. 24(2), 1-8.

Canziani, M., Matos, J., Guedes, M., Barra, A., Canhada, S., Carvalho, L., Gemente, D., Figueiredo, C., Filho, R. (2023). High volume online hemodiafiltration: a global perspective and the Brazilian experience. *Braz. J. Nephrol*. Vol. 46(2).

Cardoso, B., Pacheco, P. (2021). The Patients Underground Hemodialysis Confrontations From The Perspective Of The Roy Adaptation Model: A Integrative Reviw. *Revista Científica Multidisciplinar*. Vol. 2(10).

Carpenito, L. (2003). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre, 9ªEdição.

Carvalho A., Barbosa, M. (2016). A depressão nos doentes hemodialisados: o papel da satisfação corporal e da sexualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 34(2), 144-153.

Chow, K., Li, P., Cho, Y., Abu-Alfa, A., Bavanandan, S., Brown, E., Cullis, B., Edwards, D., Ethier, I., Hurst, H., Ito, Y., de Moraes, T., Morelle, J., Runnegar, N., Saxena, A., So, S., Tian, N., Johnson, D. (2023). ISPD Catheter-related Infection Recommendations: 2023 Update. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. Vol. 43(3), 089686082311727.

Couto, D. (2021). Imagem corporal, uma prespetiva lifespan: breve revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Psocologica da Aparência*. Vol. 1(1), 23-29.

Crabtree, J., Shrestha, B., Chow, K., Figueiredo, A., Povlsen, J., Wilkie, M., Abdel-Aal, A., Cullis, B., Goh, B., Briggs, V., Brown, E., Dor, F. (2019). Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. *Peritoneal Dialysis International*. Vol. 39(5), 414–436.

Cruchinho, P. (2021). Efetividade da gestão de caso em enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revis\ao da literatura. *Políticas e práticas de saúde em enfermagem*. Vol. 2(8), 89-99.

Cuker, G., Fragnani, E. (2010). *As dimensões psicológicas da doença renal crônica*. Graduação em psicologia. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Cunha, M., Vieira, F., Cepeda, R., Torres, S., Barbosa, M. (2021). O papel da imagem corporal positiva na qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crónica. *Revista Psicologia*. Vol. 35(2), 63-78.

Cunhas, R., Stinghen, A. (2018). The intricate relationship between gut and kidney. *Brazilian Journal of Nephrology*. Vol. 40(3), 215-216.

Decreto-lei nº 244/94. Diário da República I série. 244/94 (1994 /09/26)5780-5782. Disponível em: http://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantacao/Decreto_Lei_244_1994.pdf

Despacho nº 26951/2007. Diário da República II série. 26951/2007 (2007/11/26) 34157-34157.

Demet, D., Aksoy, N., Kiraz, N. (2018). Nursing Care After Kidney Transplant: Case Report. *Experimental and Clinical Transplantation*. Suppl 1(Suppl 1), 55-60.

Direção Geral de Saúde (2011). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Norme 017/2011. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf>

Diretiva 2010/45/UE, de 7 de Julho de 2010. Normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0053>

Elias, R. (2004) Distúrbios do sistema nervoso central e periférico. *Brazilian Journal of Nephrology*. Vol. 3(1), 40-41.

Elizabeth, M, Fernanda, V. (2022). Relato de vivencias de um paciente com insuficiencia renal crónica em base al modelo de Callista Roy. *International Journal of Interdisciplinary Studies, Sapienza*. Vol. 3(5), p. 277-286.

Eroglu, E., Heimbουργur, O., Lindholm, B. (2022). Peritoneal dialysis patient selection from a comorbidity perspective. *Seminars in Dialysis*. Vol. 35, 25-39.

Eurostat (2019). Ageing Europe - Looking at the lives of older people in the EU [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19-681-ENN.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>

Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su... Brunier, G. (2016). ISPD Guidelines/Recommendations: A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Peritoneal Dialysis International*. Vol. 36, 592- 605.

Filipe, R. (2020). Transplantação Renal em Portugal. Sociedade Portuguesa de Transplantação. Disponível em: <https://spt.pt/wp-content/uploads/2022/03/RSPT2020-RIM.pdf>

Frazão, C., Bezerra, C., Paiva, M., Lira, A. (2014). Changes in the Self-concept Mode of Women Undergoing Hemodialysis: A Descriptive Study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Vol. 13(2), 215-222.

Frazão, C., Tinôco, J., Fernandes, M., Macedo, B., Freire, M., Lira, A. (2016). Modificações corporais vivenciadas por pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Enfermería Global, Revista eletrônica trimestral de enfermería*. Vol. 43, 300-310.

Freitas, P., Cosmo, M. (2010). Atuação do psicólogo em hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Vol. 13(1), 19-32. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100003.

Galvão, A. (2022). Evolução Temporal da Incidência da DRC em TSFR Implicações Clínico Epidemiológicas. Relatório 2022. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Disponível em: https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/dados-gerais-do-registo-2022.pdf

Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M., Leal, R., Neves, M., Amoedo, M., Silva, G. (2023). Portuguese Registry of Kidney Replacement Therapy 2022. Disponível em: https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2023_registro.pdf

Gama, A., Baptista, T. (2020). O tema “imagem corporal” nas publicações do Scientific Electronic Library Online -SciELO: Revisão integrativa. *Revista ciências em saúde*. Vol. 10(1), 52–59.

Gomes, M., Pinheiro, F., Neves, P., Bertasso, A., Batista, R., Silva, R. (2022). Principais complicações cirúrgicas vasculares relacionadas ao transplante renal. *Research, Society and Development*. Vol. 11(14).

Gordino, S. (2019). Epidemiologia da insuficiência renal crónica e anemia associada em adultos. Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa.

Güçer, B., Kantarci, G. (2020). Body Image Perception of Chronic Kidney Disease Patients and Its Impact on Their Personal Relationships. *Turkish Journal of Nephrology*. Vol. 29(2), 122-128.

Guedes, K., Guedes H. (2012). Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crónica. *Revista Ciência & Saúde*. Vol. 5(1), 48-53.

Grasselli, C., Chaves, É., Lemos, L., Nogueira, D., Fonseca, C., Carvalho, T., Barreto, M. (2016). Autoestima, imagem corporal e estado nutricional antropométrico de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. Vol. 36(4), 41-47.

Grogan, S. (2021). *Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (4rd). Rouledge, USA.

Hellebrand, A., Allen, D., Hoffman, M. (2017). Hemodialysis. In S. Bodin (Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (3rd)(pp. 153-207). American Nephrology Nurses Association.

Instituto Nacional de Estatística (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Destaque - Informação à Comunicação Social [Internet]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP, (2022). Dados Anuais Atividade de Doação e Transplantação 2021. Disponível em: https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados_Anuais_Atividade_Doacao_Transplantacao2021-versao_integral_para_publicacao.pdf.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP, (2023). Dados Anuais Atividade de Doação e Transplantação 2022. Disponível em: <https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DadosAnuaisAtividadeDoacaoTransplantacao2022Apresentacaorevista.pdf>.

Jain, P., Kumar, G. (2016). Positive body image and general health: A mixed methods study. *The International Journal of Indian Psychology*. Vol 4(176), 33-51

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2012). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplementes*. Vol. 2(5), 1-150.

Kumbar, L., Ramani, K., Brouwer-Maier, D. (2020). Considerations in Access Cannulation: Traditional and Evolving Approaches. *Adv Chronic Kidney Dis*. Vol. 27(3), 199-207.

Lascasas, J., Fonseca, I., Malheiro, J., Santos, S., Campos, A., Castro, A., Moreira, C., Correia, S., Beirão, I., Lobato, L., Cabrita, A. (2019). Demographic, clinical characteristics and cardiovascular disease burden in a Portuguese cohort of older chronic kidney disease patients. Porto. *Brazilian Journal of Nephrology*. Vol. 41(1), 29-37.

Leonard, C. (2013). *Shame and disgust-sensitivity in adult dialysis patients: Are these variables predictive of psychological morbidity, body image disturbance and quality of life?* Department of Clinical Psychology. University of Leicester.

Lev-Wiesel, R., Sasson, L., Scharf, N., Saleh, Y., Glikman, A., Hazan, D., Shacham, Y., Barak-Doenyas, K. (2022). "Losing Faith in My Body": Body Image in Individuals Diagnosed with End-Stage Renal Disease as Reflected in Drawings and Narratives. *International Journal of Environmental Research Public Health*. Vol. 19, 10777.

Li, P., Chow, K., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, A., Harris, T., Kanjanabuch, T., Kim, Y., Madero, M., Malyszko, J., Mehrotra, R., Okpechi, I., Perl, J., Piraino, B., Runnegar, N., Teitelbaum, I., Wong, J., Yu, X., Johnson, D. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. Vol 42(2), 110–153.

Macedo, L., Teixeira, M. (2016). Alterações vivenciadas na Doença Renal Crónica: Impacto na percepção da Autoimagem e Sexualidade. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 9(5), 166-177.

Machado, F. (2014). *Autoimagem e qualidade de vida de idosos com fístula arteriovenosa submetidos à hemodiálise*. Universidade Católica de Brasília, Brasília.

Machado, F., Barbosa, C., Wollmann, P., Barbosa, P., Gomes, L. (2019). Autoimagem de idosos com fístula arteriovenosa submetidos à hemodiálise. *Revista Kairós-Gerontologia*. Vol. 22(1), 209-230.

Mafara, K., Magarey, J., Rasmussen, P. (2016). The lived experience of haemodialysis patients who have had a new arteriovenous fistula cannulated in a satellite unit. *Renal Society of Australasia Journal*. Vol. 12(3), 88-92.

Malheiro, J. (2020). Transplantação Renal, Imunobiologia e Terapêutica Imunossupressora. In P. Ponce (Ed.), *Manual de Nefrologia* (pp. 345-355). LIDEL.

McPake, D., Burnapp, L. (2009). Caring for patients after kidney transplantation. *Nursing Standart*. Vol. 23(19), 49-57.

Melo, J., Dias, A., Vilarés, F., Matos, J., Sousa, M. & Pinheiro, R. (2016). *Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Metrogos, D., Cruz, A., Sousa, L. Bico, I., Frade, M., Marques, M., Marques, M. (2021). Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a hemodiálise com diagnóstico de ansiedade: relato de caso. *Revista investigação em enfermagem*. Vol. 5, 61-73.

Mick, D., Ackerman, M. (2000). Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the Strong Model of Advanced Practice. *Hearth & Lung*. Vol. 9(3), 210-221.

Milić, J., Vranješ, I., Šantić, K., Šantić, A., Ćusa, Z., Zibar, L. (2022). Levels of depression and anxiety and the body image of female patients on renal replacement therapy. *Psychiatria Danubina*. Vol. 34(10), 79-85.

Mofrad, S., Fernandez, R., Lord, H., Alananzeh, I. (2021). The impact of mastectomy on Iranian women sexuality and body image: a systematic review of qualitative studies. Springer. *Supportive Care in Cancer*. Vol. 29(10), 5571-5580.

Muringai, T., Noble, H., McGowan, A. Chamney, M. (2008). Dialysis access and the impact on body image: role of the nephrology nurse. *British Journal of Nursing*. Vol. 17(6), 362-366.

Nia, H., Kohestani, D., Sivarajan, F., Ibrahim, F., Ibrahim, M., Shahparast, F., Goudarzian, A. (2022). The Relationship Between Self-Care Behavior and Concerns About Body Image in Patients Undergoing Hemodialysis in Iran. *Frontiers in Public Health*. Vol. 10, 825415.

Oliveira, J. (2023). O Impacto do Tratamento Dialítico na Imagem Corporal do Doente Renal Crónico: Intervenção de Enfermagem. UC Projeto Formativo. ESEL, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Médicos (2017). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos. Colégio de Especialidade de Nefrologia. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Crónica_OM_2017.pdf

Payton, J. (2016). The Role of Nephrology Nurses in the selection of the Peritoneal Dialysis catheter and exit site location. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. (43)3, 265-267.

Peralta, R., Fazendeiro, J., Carvalho, H. (2021). Safe needling of arteriovenous fistulae in patients on hemodialysis: Literature review and a new approach. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*. Vol 48(2), 169–176.

Pereira, L., Neves, P. (2020). Doença Renal Crónica. In P. Ponce (Ed.), *Manual de Nefrologia* (pp. 273-280). LIDEL.

Pinto, R., Duarte, F., Mata, F., Sousa, C., Salgueiro, A., Fernandes, I. (2022). Construção e validação de um modelo de decisão para a canulação da fístula arteriovenosa em hemodiálise. *Referência*. Vol. 6(2), 1-8.

Piran, N., Tylka, T. (2019). *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions*. Oxford University Press.

Portaria nº 347/2013. Novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde. Diário da República, 1ª Série (Nº 231 de 16-11-2013), 6594-6607.

Portaria nº 94/2024/1. Requisitos mínimos relativos ao licenciamento, instalação, organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades de diálise detidas por pessoas coletivas públicas, instituições militares, instituições particulares de solidariedade social e entidades privadas. Diário da República, 1ª Série (Nº 50 de 11-03-2024), 1-28.

Regulamento nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série (Nº 157 de 16-08-2018), 4147-4182.

Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (Nº 135 de 16-07-2018), 19359-19370.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento nº 743/2019 (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 2ª série (Nº 184-25 de setembro de 2019), 128–155.

Ribeiro, W., Jorge, B., Queiroz, R. (2020). Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSUS*. Vol. 11(1), 88-97.

Rodrigues, A. (2020). Diálise Peritoneal. In P. Ponce (Ed.), *Manual de Nefrologia* (pp. 327-335). LIDEL.

Roy, C., Andrews, H. (2001). *Teoria de Enfermagem – o Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sampaio, R., Menezes, M. (2021). Complicações frequentes em pacientes durante o tratamento Hemo dialítico. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. Vol. 4(9), 106-115.

Schilder, P. (1950) *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.

Silva, A. (2018). *Processos adaptativos no doente renal crónico à hemodiálise: na prespetiva da teoria de Callista Roy*. Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazónia. Universidade Federal do Amazonas. Escola de Enfermagem de Manaus.

Silva, D., Silva, R., Pereira, E. (2016). Alterações estéticas no contexto da doença renal crónica e complicações associadas à autoimagem. *Revista Enfermagem Atual*. Vol. 79, 50-58.

Silva, A., Teixeira, R., Goulart, M., Barreto, M. (2014). Perdas física e emocionais de pacientes renais crônicos durante o tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. Vol. 2(2), 52-65.

Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. Vol. 6(2), 278-295.

Smith, M. C., Parker, M. E. (2020). Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5ªed) (pp. 21-32). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Szeto, C. C., Li, P. K. T., Johnson, D. W., Bernardini, J., Dong, J., Figueiredo, A. E., ... Brown, E. A. (2017). ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update. *Peritoneal Dialysis International*. Vol. 37(2), 141-154.

Tavsanli, N., Nehir, S. (2018). Comparison of Body Image Perception and Social Functioning Among Patients with End-Stage Renal Failure and Patients with Chronic Renal Failure. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. Vol. 20(7).

The European Society for Organ Transplantation, (2020). Transplant Nursing Research in Europe. Disponível em: <https://esot.org/wp-content/uploads/2021/04/Transplant-Nursing-Research-in-Europe-compressed.pdf>

Ticona, M., Barrientos, M., Valle, N., Chávez, V. (2016). *Incidencia de infección del orificio de salida del catéter peritoneal com el uso del apósito transparente semipermeavel*. Universidade Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Tizo, J., Macedo, L. (2015). Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Revista Uningá Review*. Vol. 24 (1), 62-70.

Thomas, N. (Ed.). (2019). *Renal Nursing: care and management of people with kidney disease*. (5th ed.). Hoboken: Wiley-Blackwell.

Turra, K., Trentin, C., Ribeiro, D., Mantovani, M., Polak, Y. (2001). As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida de adultos: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 6(1), 32-36.

Villarreal, M., García, J., Gonzalez, L., Corrales, J., Rodriguez, J., Ceña, D. (2019). Body Changes and Decreased Sexual Drive after Dialysis: A Qualitative Study on the Experiences of Women at an Ambulatory Dialysis Unit in Spain. *International Journal of Environmental Research Public Health*. Vol. 16, 3086.

Whilhelm, L., Hartmann, A., Becker, J., Kisi, M., Waldorf, M., Vocks, S. (2019). Thin Media Images Decrease Women's Body Satisfaction: Comparisons Between Veiled Muslim Women, Christian Women and Atheist Women Regarding Trait and State Body Image. *Frontiers in Psychology*. Vol. 10, 1074.

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M. (2021). Métodos de Trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. Vol. 6(2), 278-295.

Vinhas, J., Airese, I., Batista, C., Branco, P. Brandão, J., Nogueira, R., Raposo, J., Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*. Vol. 144, 479-487

Zanten, R., Dijk, M., Rosmalen, J., Beck, D., Zietse, R., Hecke, A., Staa, A., Massey, EK., aanZET study group. (2022). Nurse-led self-management support after organ

transplantation-protocol of a multicentre, stepped-wedge randomized controlled trial.
Trials. Vol. 23(1), 14.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de atividades

Ano	2023								
Meses	Maio		Junho					Julho	
Semanas	15-21	22-28	29-4	5-11	12-18	19-25	26-2	3-9	10-14
Horas	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Atividades	Caracterizar a população internada; compreender as causas do internamento; analisar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes; refletir sobre os sistemas orgânicos mais afetados pela DRC.			Realizar 1 estudo de caso.			Refletir sobre as necessidades educativas dos DtRC.	Refletir sobre as necessidades educativas dos enfermeiros.	Elaborar um documento educativo para os pares. Analisar a qualidade dos cuidados prestados
	Analisar situações de precoce agudização da DRC; Planear cuidados de acordo com as preferências do cliente; Identificar as alterações corporais consequentes da DRC; Analisar o impacto da TD na imagem corporal do DtRC através de entrevistas informais. Implementação da metodologia da revisão scoping da literatura.								
Campo de Estágio	Internamento de Nefrologia e Transplante Renal								

2023/24									
Ano									
Meses	Dezembro			Janeiro					Fevereiro
Semanas	4-10	11-17	18-31	3-7	8-14	15-21	22-28	29-4	5-11
Horas									
Atividades	Caracterizar a população sob HD; a prevalência dos acessos vasculares; e a modalidade de tratamento mais utilizado.	Reconhecer/identificar as complicações associadas ao tratamento; analisar a avaliação dos acessos vasculares.	Férias de Natal	Realizar um estudo de caso.	Colaborar na implementação de medidas para a segurança do cliente; identificar os riscos de infecção a que estão expostos estes clientes.	Analisar medidas implementadas no cuidado ao cliente com doença infecciosa.	Refletir sobre as necessidades educativas dos clientes sob HD.	Refletir sobre a correspondência da legislação com a estrutura e práticas da clínica de HD.	Analisar a qualidade dos cuidados prestados.
	Colaborar e analisar a consulta de esclarecimento; Planejar a HD de acordo com as preferências do cliente; Identificar as alterações corporais consequentes da HD; Analisar o impacto da HD na imagem corporal do DtrC através de entrevistas informais. Elaboração do relatório de revisão scoping da literatura.								
Campo de Estágio	Clínica de Hemodiálise								

APÊNDICE II – Estudo de Caso 1

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Crónica, mediante a elaboração do projeto formativo, propus-me à realização de um estudo de caso com o objetivo de reconhecer a importância da avaliação de enfermagem especializada na pessoa em situação crónica; compreender as capacidades do cliente para lidar com a cronicidade; identificar os problemas associados à autogestão da sua doença; e estabelecer um plano/estratégias de intervenção que promovem alterações comportamentais saudáveis.

A escolha do caso clínico deve-se, em particular, à minha prática de cuidados de enfermagem num serviço de Medicina Interna em que cada cliente apresenta múltiplas comorbilidades que o remetem a uma situação de cronicidade complexa com consequente necessidade de cuidados diferenciados, e numa clínica de hemodiálise. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2022), em 2021, 43,9% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado. Sendo que 38,3% da população portuguesa apresentava três ou mais doenças crónicas (Romana, Kislaya, Salvador, Gonçalves, Nunes & Dias, 2019).

O caso apresentado reporta-se ao senhor B. admitido no serviço de internamento de Nefrologia e Transplantação Renal, sendo que do ponto de vista cognitivo se encontra orientado em todas as vertentes e autónomo na realização das atividades de vida diárias.

Para a recolha de dados recorri à observação, consulta do processo médico e de enfermagem e à realização de entrevistas informais.

O desenvolvimento do documento apresenta inicialmente a história atual do cliente; de seguida foi utilizado o modelo de Virgínia Hunderson na análise do padrão de satisfação das necessidades humanas fundamentais; o modelo de avaliação familiar de Calgary para a compreensão da dinâmica familiar; o modelo de Callista Roy para compreender o processo de adaptação do cliente à sua condição clínica; e o modelo COM-B da mudança comportamental no desenvolvimento do plano de intervenção.

A formulação dos diagnósticos de enfermagem tece por base a taxonomia CIPE (modelo vigente na instituição).

HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Identificação do Cliente

O cliente Srº B. G. S. H. de 43 anos, nasceu no dia 09/01/1980. Nacionalidade portuguesa. Encontra-se ativamente a trabalhar num matadouro de aves. Vive com o seu pai, irmã e filho mais velho, numa zona rural do Centro de Portugal.

Antecedentes de saúde pessoais e familiares

O cliente tem como antecedentes pessoais Diabetes Mellitus tipo 2 (diagnosticado aos 35anos), catarata do olho esquerdo (consulta de oftalmologia agendada que faltou), hipertensão arterial, dislipidemia, hepatomegalia, e um internamento em Novembro/Dezembro de 2021 por abscesso da bolsa sinovial do ombro esquerdo (acidente de trabalho), bacteriemia a MSSA (*staphylococcus aureus* resistente à metilina) com focalização pulmonar e diabetes descompensada. Relativamente aos antecedentes familiares o seu pai apresenta também hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, e a sua mãe faleceu com patologia cardíaca que não sabe especificar.

Terapêutica habitual

Furosema 40mg em jejum, sitagliptina 100mg ao pequeno-almoço, dapaglifozina 10mg ao pequeno-almoço, bisoprolol 2.5mg ao pequeno-almoço, lisinopril 20mg + amlodipina 5mg ao pequeno-almoço, rosuvastatina 20mg + ezetimibe 10mg ao jantar, e insulina lenta (lantus) 40unidades ao deitar.

Sem alergias medicamentosas conhecidas.

História de Saúde Atual

Cliente com referência a proteinúria em internamento de 2021. Referenciado ao serviço de Nefrologia do Hospital X que faltou em Fevereiro e Maio de 2022. Em agosto de 2022 apresentava valores de creatinina 1.0mg/dL.

Seguidamente é realizada nova referenciação em março de 2023 por agravamento da função renal, verificando-se no mês de maio um aumento de creatinina de 3.97mg/dL para 4.9mg/dL com diferença de uma semana.

Do estudo da primeira consulta de nefrologia:

- Proteinúria nefrótica 8000mg/g, albumina 3.0mg/dL (na eletroforese com 2.5mg/dL com hipogamaglobulinemia) sob inibidor da enzima de conversão da angiotensina (tensão arterial controlada) e dapaglitazona.

- Estudo etiológico negativo: anticorpos antinucleares, anticorpos anti-dsDNA, C3 e C4, ANCA MPO e PR3 negativos. Serologias virais VHB, VHC, VIH, sífilis, antiestreptolisina negativo.

Face a valores de retenção azotada, optou-se pelo internamento para posterior indução dialítica, colocando cateter venoso central provisório na veia jugular interna direita com lúmen terapêutico (sem complicações, RX Tórax de controlo). Realizou três sessões de indução que decorreram sem intercorrências (26/05, 27/05, 28/05) – seguidamente suspendeu o tratamento por indicação médica.

Na medida em que não é claro o motivo do agravamento da função renal por nefropatia diabética, realizou biopsia renal a dia 26 de Maio (administrada Desmopressina 20mcg IV - 1h antes do procedimento). Pós biopsia renal sem hematúria nem diminuição de hemoglobina. Diagnóstico médico atual: **insuficiência renal rapidamente progressiva.**

Resultado de Ecografia Renal (30/05): rins de dimensões normais, e espessura parenquimatosa preservada. Admite-se discreto aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa. A diferenciação parenquimosinusal está mantida. Não há dilatação pielocalicial bilateralmente. Lâmina de líquido junto ao polo inferior do rim esquerdo.

Medicação atual (internamento): Insulina Lantus 38U pelas 21h (via SC); Insulina Rápida (se glicémia >500 – 12UI; se glicémica 400-500 – 10UI; se glicémia 300-399 – 8 UI; se glicémia 200-299 – 4UI) em SOS; Glucose 30% 40ml EV em SOS; dapagliflozina 10mg pelas 9h; nicotina 21mg (transdérmico) pelas 18h; bisoprolol 2.5mg pelas 8h; lisinopril 20mg pelas 8h; amlodipina 5mg pelas 8h; paracetamol 1000mg em SOS.

Avaliação analítica (01/06): Hb 9.41g/dL, Leucócitos 9.700/uL, Plaquetas 190.000/uL, Ureia 147mg/dL, Creatinina 4.42mg/dL; TFGe 15ml/min, Na 140, K 4.6. Sem défice de Vitamina B12. VitaminaD 4.9ng/mL. Urina de 24h: volume 1570ml, proteinúria 7914mg/24h, albumina 5321mg/24h, excreção de IgG aumentada nas 24h (300mh/24h). Urocultura negativa.

Registo/nota de enfermagem (01/06 - turno da manhã):

Cliente consciente, calmo e orientado em todas as vertentes (tempo, espaço e pessoa). Independente na realização das atividades de vida diárias. Cuidou autonomamente da sua higiene na casa de banho, aplicando seguidamente creme

hidratante em toda a região corporal. Pele seca e descamativa, sem prurido e sem edemas. Risco de queda com valor 35 (alto risco na escala de Morse e sem compromisso de integridade cutânea (score de 21 na escala de Braden).

Hemodinamicamente normotenso (128/72mmHg), normocárdico (74bpm), e apirético (36.8°C). Eupneico em ar ambiente (SpO2 98% e FR de 18cpm). Sem queixas algicas (dor na escala numérica de nível 0).

Alimenta-se oralmente por mão própria com apetite e tolerância – normoglicêmico (113-153mg/dL). Realizou três refeições durante o turno da manhã (pequeno-almoço, meio da manhã e almoço) que ingeriu na sua totalidade. Dieta diabética sem sal, com restrição proteica e hídrica.

Removido cateter provisório de hemodiálise inserido na veia jugular interna direita e aplicado penso compressivo simples. No final do turno o penso encontra-se íntegro.

Débito urinário preservado com uma diurese de 1050ml nas últimas 24h de urina de características normais (amarela límpida). Sem alterações do padrão intestinal (última dejeção a 01/06).

Assumido o diagnóstico de Doença Renal Crônica Grau4 A3 de etiologia não esclarecida (apesar de não se excluir maior probabilidade de doença vascular diabética como causa), dada a evolução da nefropatia e expectável necessidade de início de tratamento substitutivo da função renal a curto/médio prazo, o cliente é encaminhado para consulta de esclarecimento médico, de enfermagem e de dietética. Durante a realização da consulta o cliente demonstrou desinteresse na técnica de diálise peritoneal estando descrito pela equipa médica como um candidato inadequado para esta modalidade dialítica. Foi posteriormente programada ecografia de acesso vascular para dia 15/06 com transporte a cargo hospitalar.

Ao regressar à enfermaria reforçados ensinamentos sobre a importância de adesão medicamentosa, restrições e alterações dietéticas, sinais e sintomas de agravamento da doença e hábitos de vida saudáveis. Disponibilizados folhetos informativos.

Experiências de Vida Significativas

Nesta situação clínica é possível identificar algumas transições segundo Afaf Meleis (2010). Transições essas que consistem numa transição organizacional, situacional e numa transição de saúde-doença.

Quanto à transição organizacional, esta relaciona-se com a necessidade de cuidados longe do seu domicílio, transitando para um centro hospitalar de referência na área da nefrologia onde foram prestados cuidados de qualidade e excelência durante o seu internamento e tratamento.

O Sr. ° B. é supervisor de um setor no seu emprego, e uma vez que se encontra numa situação de agudização da doença, foi-lhe explicado que terá de estar ausente do seu contexto laboral até reavaliação e parecer das equipas de saúde, remetendo para uma transição situacional.

O diagnóstico médico de Doença Renal Crónica em estadio 4-5 A3, que levou ao seu internamento para investigação da sua etiologia e consequentemente tratamento permite-nos afirmar que o cliente se encontra numa transição saúde-doença. O cliente está a vivenciar um padrão de transição múltiplo em que as transições são simultâneas e relacionadas (Meleis, 2010).

De acordo com Roy e Andrews (1981), a pessoa é caracterizada como um sistema adaptável (sistema holístico adaptável) que funciona através de partes independentes que atuam unidas em prol de um objetivo.

O cliente perante a sua situação de saúde atual necessita de alterar os seus hábitos de vida diários, que após uma entrevista informal, foi notória a sua insatisfação e desleixo para com as modificações dietéticas necessárias (antecedentes de diabetes mellitus descompensada). Alega também alterações específicas com a sexualidade, sem abordagem prévia, remetendo para um discurso ambivalente quando refere que isso, para ele, não é uma preocupação, demonstrando a posteriori interesse pela procura de uma companheira cuidadora e afetuosa.

A presença de um cateter venoso central para realização de hemodiálise, principalmente quando provisório, é impactante na imagem corporal do cliente, uma vez que se encontra visualmente inserido na lateral da cervical, normalmente, na vertical até ao centro da face. O cliente redefine o seu autoconceito, abordando com naturalidade o dispositivo como algo necessário à sua sobrevivência, e afirmando que o outro tem de o amar como realmente é, mesmo com as suas limitações, não dando espaço para relações superficiais que permitam o julgamento.

O contexto laboral do cliente está contraindicado na medida em que está exposto a um grande risco de infeção e potencial desenvolvimento de outras patologias

associadas. O cliente exerce funções como supervisor no departamento de inceneração de um matadouro de aves alegando o seu contacto permanente com fluidos orgânicos animais e concomitantemente fumos emanados pela queima de variados produtos.

A dependência gradual do tratamento e a progressão da doença acarreta uma redefinição de papéis familiares no domicílio (família destruturada), bem como sociais, dificultando a adaptação do cliente à sua nova vida.

É possível afirmar que perante o modelo de Callista Roy (1981) o cliente não se encontra numa adaptação positiva, nomeadamente na abordagem ao modo fisiológico, da função da vida real e de interdependência.

Caracterização Familiar

O agregado familiar é composto pelo Sr. ° B., pelo seu filho mais velho M., pelo seu pai (Sr. ° A.) e pela sua irmã (Sr.ª F.). A sua mãe faleceu há cerca de 5 anos e tem ainda dois filhos que residem com a sua ex-esposa. A representação da família pode ser visível no Genograma/Ecomapa (anexo I), traduzindo-se numa estrutura simbólica que contém informações sobre a família alvo, e as suas relações.

Podemos caracterizar a família como mononuclear com relação conjugal tradicional. No entanto, o Sr. ° B. mantém uma relação parental centrada nos filhos não sabendo enfrentar os seus próprios conflitos conjugais (família instável). Esta família apresenta limites não permeáveis/fechados mediante a desvalorização para com os serviços de saúde e relativamente à sua ex-mulher (Sr.ª X). Porém, estabelece limites permeáveis/abertos com os amigos, contexto laboral e restante família.

O Sr. ° B. trabalha como supervisor num matadouro de aves, tem o 9º ano de escolaridade, e apresenta um vencimento ligeiramente superior ao ordenado mínimo nacional. Vive no 1º andar de uma vivenda cujo proprietário é o seu pai, acompanhado pelo seu filho mais velho. O seu pai e irmã, vivem no rés de chão. A vivenda é pequena, antiga, e uma herança de família num ambiente rural.

O cliente faz parte de uma classe média baixa, percecionando o seu estrato social através do score 19 obtido de acordo com o Índice de Graffar (anexo II).

Apreciação do padrão de satisfação das Necessidades

Humanas Fundamentais (NHF): realizei uma análise geral das NHF do cliente, de acordo com Virgínia Henderson, através da observação e entrevista.

NHF Respirar
O Sr. ° B. é fumador ativo de 20 cigarros por dia. Não tem alergias conhecidas que dificultem o padrão respiratório, nem toma terapêutica dirigida ao mesmo.
NHF Comer e Beber
O cliente realiza apenas as refeições principais. Ao despertar toma apenas um café. Pelas 12h30 ao almoço costuma dirigir-se a um pequeno restaurante perto do seu emprego com os colegas de trabalho. Opta pelos pratos do dia (comida tradicional portuguesa) e acompanha com uma cerveja ou copo de vinho, consumindo posteriormente um café e/ou digestivo. Durante a tarde costuma ir ao café com os amigos consumindo um mais café ou uma bebida alcoólica mediante a sua disposição. É ele quem cozinha no domicílio e opta pela confeção de guisados às refeições principais, com maior frequência ao jantar. O cliente ingere uma variedade de queijos e/ou enchidos (caseiros) com pão quando permanece mais tempo no seu domicílio. A Ingestão hídrica é diminuída. O cliente não tem dificuldades na mastigação (prótese fixa total) nem na deglutição.
NHF Eliminar
O Sr. ° B. apesar da sua doença renal crónica apresenta um débito urinário médio em 24h de 1500-1800ml (urina amarela de características normais). Não apresenta alterações do padrão intestinal, evacuando diariamente ou de dois em dois dias (fezes de características normais, moldadas, acastanhadas de acordo com a escala de <i>Bristol</i>).
NHF Evitar Perigos
O cliente tem as vacinas atualizadas como preconizado no plano nacional de vacinação e contempla as quatro doses de vacinação contra a COVID19. Sem alergias conhecidas. É fumador ativo de 20cigarros/dia e consome bebidas alcoólicas com regularidade.

O risco de queda é baixo pelo score de 35 de acordo com a escala de *Morse* (Anexo III). O Sr. ° B. tem prescrição de medicação em ambulatório dirigida aos seus diagnósticos de saúde, no entanto, foi verificado o seu incumprimento quando à administração de insulina prescrita um mês antes do início do internamento. A gestão terapêutica é realizada pelo próprio. O cliente apresenta aliteracia em saúde.

NHF Manter a temperatura corporal

O Sr. ° B. tolera bem as alterações de temperatura do dia-a-dia.

Apirético durante o contacto e independente para controlar a sua temperatura.

NHF Manter-se limpo

É autónomo no cuidado da higiene que realiza todas as manhãs e à noite antes de se deitar. Não apresenta prurido, sinais ou manchas por sujidade na pele.

NHF Vestir e despir

Cliente independente no vestir, com limitações económicas e visualiza-se vestuário pouco cuidado.

NHF Comunicar

O cliente é consciente, calmo e orientado na pessoa, tempo e espaço. É também bastante colaborante nos cuidados de saúde prestados.

NHF Dormir e repousar

O Sr. ° B. não tem alterações no padrão de sono e não tem necessidade de terapêutica indutora do mesmo.

NHF Movimentar-se

O cliente é independente na realização das atividades de vida diárias e não tem dificuldades na mobilização. Não apresenta carta de condução, pelo que se desloca de transportes públicos ou à boleia com os seus colegas de trabalho e/ou rede social (amigos e família).

NHF Ocupar-se/Recrear-se

O cliente mantém a sua profissão supervisor num matadouro de aves, trabalhando todos os dias úteis. Independentemente do seu cargo, necessita de permanência física na abordagem técnica realizada. Tem uma pequena quinta onde se dedica à agricultura nos tempos livres, ajudando o seu pai. Frequenta quase todos os dias o café da vila onde reside, passando algum tempo com os seus amigos. Aos fins de semana privilegia os almoços com a sua família.

PLANO DE INTERVENÇÃO

O comportamento contribui, atualmente, para uma das principais causas de mortalidade e morbidade. A mudança comportamental dos indivíduos ou populações tem sido central na investigação na área da saúde, demonstrando que as intervenções que incidem sobre a mudança comportamental são fundamentais para a prevenção de comportamentos de risco (Michie & Jonhston, 2012). Essas intervenções devem abordar tanto os determinantes individuais quanto o contexto social e ambiental do comportamento, incluir modelos que usem componentes cognitivos e comportamentais das intervenções, e incorporar teorias que abordem a formação e mudança de comportamentos habituais (Conn *et al*, 2016).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica vai de encontro ao supra citado, na medida em que atendendo limitações da doença crónica o enfermeiro identifica as necessidades do cliente que visam a manutenção e adaptação à doença, promove intervenções especializadas com a finalidade de ser elemento facilitador no processo de transição saúde doença, desenvolve e gere procedimentos como o foco na prevenção intervenção e controlo de infeção e avalia os resultados através da resposta do cliente que vivencia a doença crónica. Contudo, os processos terapêuticos e as circunstâncias ambientais são identificadas em resposta à transição situacional e adaptação à doença e geridos posteriormente pelo enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Michie, Stralen & West (2011), desenvolve a *Behaviour Change Wheel* (BCW), onde no centro da estrutura se encontra um “sistema de comportamento” que envolve três condições essenciais: capacidade (C), oportunidade (O) e motivação (M) denominando-se por sistema COM-B. Este modelo pode ser explicado direcionando o sujeito a envolver-se num comportamento específico (B), é necessário que o cliente seja física e psicologicamente capaz (C), deve ter uma oportunidade social e física (O) e requer que este queira efetivamente alterar o seu comportamento (M) (Medina & Florez, 2022). Em torno da BCW estão dispostas nove funções de intervenção com o objetivo de abordar os défices de uma ou mais dessas condições; as quais agregam sete medidas políticas facilitadoras da ocorrência da mudança.

Face ao atrás exposto, a mudança de comportamento ocorre quando se incide nas três variáveis: capacidade, oportunidade e motivação.

Posto isto, e associando ao caso clínico descrito, os comportamentos que implicam alteração remetem para a dieta desajustada e não adesão à terapêutica medicamentosa. Porém, existem outros diagnósticos com necessidade de intervenção, nomeadamente: défice de conhecimento sobre o estado de saúde relacionado com a literacia em saúde e o risco de infeção pela presença de dispositivo médico (indução dialítica).

Ao compreender o comportamento do cliente e os fatores que o influenciam, levaram-me a identificar alguns parâmetros indiciadores de não adesão ao regime terapêutico, tais como, sinais físicos relacionados com a patologia (cansaço, polidipsia, sonolência, diminuição da acuidade visual e edema palpebral) que comprometem a capacidade física, sintomas / sinais emocionais, desmotivação (desvaloriza a sua situação de saúde crónica e agudizada) que dificultam a compreensão da importância da adesão terapêutica com comprometimento no seu funcionamento mental e motivacional.

De acordo com a avaliação de Índice de Grafar, observou-se um estrato social médio baixo, vínculos familiares superficiais (segundo informação obtida na entrevista informal) e um acompanhamento de cuidados de saúde deficitário devido ao incumprimento – oportunidade física e social comprometida (fator inibidor).

Relativamente à motivação reflexiva, e de acordo com o autorelato do cliente sente-se frustrado com o seu diagnóstico e sintomas associados, na medida em que tem reduzido significativamente a sua qualidade de vida. Observa-se um estado de negação face à situação clínica e eventual dependência de terceiros na gestão dos hábitos de vida. Manifestando a necessidade de autocontrolo na trajetória da doença (realizar a transição saúde/doença sem suporte de outros) o que poderá constituir uma barreira à adesão ao regime medicamentoso (motivação automática). No entanto, observei um discurso ambivalente.

Por conseguinte, e de acordo com a taxonomia CIPE foi elaborado o diagnóstico de Adesão ao Regime Terapêutico comprometido, sendo a Adesão o foco com a seguinte descrição:

Status positivo: ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às

instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) (CIPE 2.0, 2010).

Uma vez que o cliente assume um incumprimento medicamentoso regular, deparei-me com o diagnóstico de Adesão ao Regime Medicamentoso Comprometido, Regime dietético comprometido. Além de outros fatores dificultadores do processo de adesão: literacia em [saúde] baixa.

No que concerne ao regime medicamentoso a não adesão à medicação levou ao descontrolo dos valores de pressão arterial e glicémia capilar, agravando a HTA e a DM.

A HTA é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a maior causa de morte no mundo. As alterações nutricionais da população, como o aumento da ingestão de sódio, gorduras saturadas, produtos industrializados e a diminuição da ingestão de potássio e fibras, é um assunto preponderante para fator de risco cardiovascular (Silva *et al.*, 2020).

A DM é uma doença crónica cada vez mais prevalente sendo a quarta principal causa de morte de acordo com a OMS. A alimentação inadequada (elemento presente no cliente) é um dos principais fatores para o descontrolo da doença, o que implica que o cliente diabético deve ser observado de um modo individualizado no seu comportamento alimentar. No âmbito nutricional, a consciencialização do autocuidado na DM pode providenciar conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para a mudança comportamental (Pereira & Freitas, 2021).

De acordo com Abensur (2010), as principais causas da Doença Renal Crónica são a DM e a HTA. Estas doenças crónicas habitualmente estão relacionadas com a inatividade física, excesso de peso e hábitos alimentares inadequados. Este autor refere que, deste modo, temos de prevenir o diagnóstico destas doenças e cuidar individualmente e eficientemente os clientes com DM e HTA focando-nos na prevenção do aparecimento da DRC e consequentemente da anemia associada. Porém, o cliente já apresenta os diagnósticos destas doenças crónicas, direcionando o nosso plano terapêutico para a educação, prevenção e controlo das mesmas.

O papel do controlo alimentar nestes clientes é muito mais complexo do que a ingestão e combinação de nutrientes. As alterações tradicionais na alimentação dos doentes com DRC incidiam sobre a quantidade da ingesta em vez da qualidade. Mediante

este pressuposto, são necessárias alterações para tornar as variadas dietas, realistas em clientes com DRC, com o objetivo de “atender às necessidades individuais prescritos numa restrição específica de potássio, sódio, líquidos e fósforo” (Vasconcelos *et al.*, 2021). Na situação do presente caso, a disponibilidade de uma dietista e avaliação nutricional pela equipa de saúde (médico, enfermeiro) confere ao cliente o ajuste do plano alimentar.

As doenças crónicas implicam sucessivas modificações nos hábitos diários e também a instituição de métodos terapêuticos. O cliente nem sempre é capaz de integrar essas alterações no seu estilo de vida, culminando num grande risco para a sua saúde (Machado, 2009). A adoção de um regime terapêutico pode tornar-se difícil e determinante na saúde do cliente, sendo fundamental as intervenções do enfermeiro no controlo da doença crónica que exige uma abordagem aos diferentes níveis de prevenção (Dias *et al.*, 2011).

Com base nos dados colhidos, conversas informais com o cliente realizou-se a tomada de decisão da melhor opção para colmatar os défices apresentados. O objetivo visou contribuir positivamente para o seu bem-estar. O cliente necessita de ser capacitado, para aumentar os seus níveis de literacia em saúde. Este determinante chave em saúde é definido pelas competências cognitivas e sociais e capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de modo a promover e a manter uma boa saúde. Cinco em cada dez pessoas da população portuguesa têm níveis reduzidos de literacia em saúde (Direção Geral da Saúde, 2019).

A fase seguinte, consistiu na elaboração do plano de cuidados. Trata-se de um instrumento utilizado para facilitar a individualização do cuidado ao cliente. Collingwood citado por Chacur (1984) afirma que o plano de cuidados descreve quais os cuidados que o cliente deverá receber e como esse cuidado poderá ser executado com práticas personalizadas, eficientes e eficazes. Este constitui um guião de intervenções delineadas ou prescrições de enfermagem, e como tal só será utilizado mediante um planeamento (Guimares, Spagnol, Ferreira & Salviano, 2002).

Recorrendo à metodologia SMART defini as metas iniciais como também os principais indicadores de avaliação. Os objetivos de acordo com este método baseiam-se em cinco etapas: S (específico); M (mensurável); A (atingível), R (relevante); e T (temporal). Posto isto, delineei para o cliente:

⇒ Aumentar a literacia sobre a sua saúde até ao 3º trimestre do ano de 2023.

- ⇒ Promover um estilo de vida mais saudável até ao final do ano de 2023.
- ⇒ Educar para a adoção de uma dieta equilibrada até ao 3º trimestre de 2023.
- ⇒ Educar para uma adesão medicamentosa eficiente até ao final do 3º trimestre de 2023.
- ⇒ Controlar os sintomas associados aos diagnósticos do cliente, promovendo uma melhoria significativa na sua qualidade de vida até ao final do ano de 2023.
- ⇒ Não desenvolver sinais sugestivos de infeção durante o internamento.
- ⇒ Manter uma imagem corporal positiva mediante as alterações que vão ocorrendo no seu processo de doença crónica.

Os indicadores são acompanhados ao longo da implementação do plano de intervenção com o objetivo de verificar a sua eficácia e foram: capacidade para descrever as suas doenças crónicas; capacidade para identificar pelo menos 3 sintomas associados ao descontrolo das suas doenças crónicas; valores de colesterol LDL <100mg/dl; valores de tensão arterial <140/80mmHg, valores de BMT < 200mg/dL e HbA1C < 7%; capacidade para cumprir o horário de preparação e administração terapêutica em 90% das vezes num mês; e nº de episódios de agudização da suas doenças crónicas < 2 episódios anuais.

No desenvolvimento do plano de intervenção, recorri ao *design thinking*, que consiste numa abordagem colaborativa na resolução de problemas, centrada no cliente, que promove inovação através do pensamento e técnicas criativas (Macedo, Miguel & Filho, 2015) e à utilização de técnicas de mudança comportamental (BCTs) lecionadas em outros contextos deste percurso académico.

Data	Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
25/05	Adesão ao Regime Medicamentoso (Foco) Comprometido (Juízo)	Identificar as causas da não adesão ao regime medicamentoso com a análise da aplicação da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos. Ensinar sobre regime de tratamento: realizar sessões educativas sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso.	01/06 Cliente a cumprir regime medicamentoso e dietético prescrito. Valores tensionais e glicémicos controlados durante o

		Providenciar material educativo: proporcionar soluções dinâmicas e ajustadas ao cotidiano do cliente para a preparação e toma adequada dos medicamentos, solicitando a instalação de uma App gratuita (ex.: “<i>Medisafe</i>”) para o uso de uma <i>check list</i> na preparação (utilizar dispensador de medicamentos) e consequente alarme para a sua autoadministração. Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação. Avaliar evolução de resposta à medicação: monitorizar tensão arterial e glicémica capilar.	período de internamento. 15/06 Aguarda avaliação em consulta externa (intervenção: reforçar a adesão).
	Adesão ao Regime Dietético (Foco) Comprometido (Juízo)	Avaliar adesão à dieta: identificar as causas da não adesão ao regime dietético. Ensinar sobre nutrição: realizar sessões educativas sobre a importância da adesão à dieta. Providenciar material educativo: proporcionar soluções ao cliente para a compra e confeção de uma dieta ajustada à sua situação	

		de saúde, ao seu contexto e possibilidade económica. Colaborar no regime dietético: facultar documento com informação nutricional dos alimentos e como os confeccionar para minimizar o risco de agudização da doença renal crónica. Fornecer um plano dietético, de acordo com as preferências do cliente, em parceria com a nutricionista. Avaliar evolução da resposta psicossocial à instrução sobre nutrição. Avaliar comportamento de comer ou beber: monitorizar peso regularmente, tensão arterial e glicémica capilar – aplicação de sensor subcutâneo de monitorização contínua da glicose (transmissor que liga ao sensor através de um suporte sem fios que transmite e exibe os resultados num recetor - telemóvel) – sistema <i>Flash</i>. Inserção de valores na App disponibilizada (<i>Medisafe</i>).	
	Literacia [em Saúde] (Foco Baixo (Juízo)	Avaliar disponibilidade para aprender: conversas informais. Avaliar atitude face à doença, regime de tratamento, status	15/06 Aguarda avaliação em consulta externa (intervenção: reforçar a adesão).

		nutricional e gestão da medicação. Avaliar adesão ao regime terapêutico. Ensinar sobre a doença e regime de tratamento (dietético e medicamentoso): através de sessões educativas com disponibilização de documentos informativos em papel e manuseamento de app digital. Avaliar processamento da informação e tomada de decisão. Avaliar evolução de resposta psicossocial à instrução.	
	Imagem Corporal (Foco) Positiva (Juízo)	Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar atitude face à doença; Avaliar autoimagem.	25/6 Reavaliação em consulta, após construção do acesso vascular.
	Impotência Sexual (Foco) Atual (Juízo)	Apoiar status psicossocial; Avaliar expetativas; Avaliar humor depressivo; Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; Promover autoestima; Providenciar apoio emocional.	
	Infeção (Foco) Risco (Juízo)	Executar: tratamento ao local de inserção do cateter venoso central (CVC) com 3ª via (cateter de hemodiálise) – técnica assética: realizar sempre que o penso se encontrar visivelmente sujo,	01/06 Removido CVC por suspender hemodiálise de momento. Marcação para construção

		com sangue ou descolado da pele; se realizado com compressa, realizar até 48 horas após; se realizado com penso transparente realizar 7 dias após. Utilizar técnica assética antes de, qualquer conexão, infusão ou aspiração. Descontaminar com material de uso único e estéril, com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril. Gerir: otimizar o CVC. Observar: avaliar diariamente o risco de infeção do local de inserção do CVC, e vigiar diariamente sinais inflamatórios do local de inserção do CVC.	cirúrgica do acesso vascular a 15/06.
--	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC trata-se de um problema de saúde com uma incidência ascendente nos dias de hoje em Portugal. É uma patologia que acarreta uma prática de cuidados individualizada e bastante específica.

O processo de transição (transição saúde/doença) vivido pelas pessoas com DRC é complexo e, mediante o reconhecimento dos determinantes facilitadores e inibidores neste processo, é possível descrever as principais evidências das transições nas dimensões pessoal, comunitária e social, com a finalidade da pessoa perceber aquilo que efetivamente a impede para a passagem de uma transição saudável. Os principais condicionantes facilitadores passam pela resiliência (dimensão pessoal) e a presença da

família, amigos e as suas crenças religiosas (dimensão comunitária). Por outro lado, a mudança na autoimagem é considerada como um determinante inibidor na transição, na medida em que desencadeia sentimentos de angústia e tristeza sendo vista como algo negativo, modificando automaticamente a percepção que têm de um corpo anteriormente saudável para um corpo atualmente doente. No entanto, nesta situação em particular, a imagem corporal positiva pode ser um fator que contribui favoravelmente na adaptação à sua nova condição.

Deste modo, é de realçar que o modelo de Callista Roy trata o cuidado de enfermagem como uma interação constante com o meio, dando enfoque à necessidade de converter os problemas de adaptação dos clientes em fatores que contribuam para a promoção da adaptação saudável e integridade do mesmo.

A apreciação representa uma primeira oportunidade crítica para os enfermeiros influenciarem as mudanças individuais no comportamento de saúde. Assim sendo, foi em concomitância aplicado o modelo COM-B permitindo identificar os determinantes modificáveis em saúde com o objetivo de atingir um comportamento alvo que proporcione qualidade de vida ao cliente.

O contexto clínico permitiu desenvolver intervenções mediante a formulação dos diagnósticos com a finalidade de providenciar ferramentas ao cliente para disfrutar de um quotidiano satisfatório, prevenindo a agudização da sua doença crónica. Porém, a avaliação da aplicação do plano de intervenção é realizada ao longo do tempo, sendo por isso uma limitação para a continuidade dos cuidados centrados no cliente.

A realização do estudo de caso permitiu desenvolver competências associadas à avaliação de enfermagem especializada na pessoa em situação crónica, articular conhecimentos e incidir sobre a análise das capacidades do cliente para lidar com a cronicidade; reconhecer os problemas associados à autogestão da sua doença; e estabelecer um plano/estratégias de intervenção com ganhos em saúde para o cliente.

Os enfermeiros mestres e especialistas desenvolvem a sua prática de enfermagem baseada na evidência, onde a pessoa necessita de cuidados diferenciados pela sua unicidade, individualidade e complexidade humana. O enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica entre o cliente e as pessoas significativas – cuidado centrado no cliente. Estas relações são estabelecidas através de confiança mútua, compreensão e

partilha de conhecimento coletivo, mantendo o conceito de pessoa como conceito central (McCormack & McCance, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abensur, H. (2010). Deficiência de ferro na doença renal crônica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. Vol. 32(2), 84-88.

Guimares, E., Spagnol, C., Ferreira, E., Salviano, M. (2002). Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. *Ciencia y enfermaria*. Vol. 8(2).

Chaccur, M. (1984). Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. *Revista Brasileira Enfermagem*. Vol. 37 (3/4), 218-227.

Conn, V., Enriquez, M. Ruppar, T., Chan, K. (2016). Meta-analyses of Theory Use in Medication Adherence Intervention Research. *American Journal of Health Behaviour*. Vol. 40(2), 155-171.

Dias, C., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. (2011) Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*. Vol. 40, 201-219.

Direção Geral de Saúde (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2020 – Portugal. Ministério da Saúde, Lisboa.

Dixon, D., Johnston, M. (2020). MAP: A mnemonic for mapping BCTs to three routes to behavior change. *British Journal of Health Psychology*.

Félix, I. (2022). A adesão aos medicamentos em pessoas idosas na transição hospital-casa: desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem. Universidade de Lisboa.

Macedo, M., Miguel, P., Filho, N. (2015). A caracterização do design thinking como um modelo de inovação. *Revista de Administração e Inovação*. Vol. 12(3), 157-182.

Macedo, L., Teixeira, M. (2016). Alterações vivenciadas na Doença Renal Crónica: Impacto na perceção da Autoimagem e Sexualidade. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 9 (5), 166-177.

Machado, M. (2009). Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Instituto de Educação e Psicologia.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472–479.

Medina, C., Florez, D. (2022). Validação de componentes do modelo de comportamento COM-B e TDF contra a gestão de porções. Universidade Santo Tomás, Colombia.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Michie, S., Johnston, M. (2012). Theories and techniques of behavior change: developing a cumulative science of behavior change. *Health Psychology Review*. Vol. 6(1), 1-6.

Michie, S., Stralen, M., West, R. (2011). The behavior change wheel: a new method for characterizing and designing behavior change interventions. *Implementation Science*. Vol.6(42).

Pereira, L., Freitas, F. (2021). OS efeitos do comportamento alimentar no estilo de vida do controle da diabetes. *Brazilian Journal of Health Review*. Vol. 4(5), 20042-20057.

Perusso, F., Silva, F., Werneque, Í., Farias, L., Neto, W., Junior, W., Nunes, C. (2019). Alimentação e hábitos de vida na doença renal crônica. *Revista Caderno de Medicina*. Vol. 2(2), 122-133.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 135 de 16- 07-2018), 19359-19370.

Romana, G., Kislava, I., Salvador, M., Gonçalves, S., Nunes, B., Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Vol. 32(1), 30-37.

Silva, D., Silva, R., Pereira, E. (2016). Alterações estéticas no contexto da doença renal crónica e complicações associadas à autoimagem. *Revista Enfermagem Atual*. Vol 79, 50-58.

Silva, T. (2021). Diabetes mellitus and arterial hypertension in patients with chronic renal failure on dialysis: an integrative review. *Research, Society and Development*. Vol. 10(6).

Silva, A., Alves, N., Botelho, A., Padilha, J., Furtado, B., Oliveira, M., Fófano, G. (2020). Dieta hiperlipídica e hipertensão arterial sistémica (HAS): revisão sistemática sobre os fatores de risco. *Revista científica UNIFAGOD*. Vol. 5(2), 17-29.

Vasconcelos, M., Fernandes, H., Barbosa, E., Grangeiro, R., Sena, D., Lopes, V., Sandes, M., Sousa, L., Oliveira, R., Tabosa, V., Firmino, L. (2021). Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. *Research, Society and Development*. Vol. 10(6).

Veríssimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson). Faculdade de Medicina do Porto, Porto.

APÊNDICE III – Estudo de Caso 2

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, foi-nos proposta a elaboração de um Estudo de Caso, para ser apresentado e discutido em Seminário. Este método de ensino, é uma variante do método de aprendizagem baseado em problemas reais, com o intuito de desenvolver conhecimentos de carácter conceptual e reflexivo (análise do caso clínico) e, de tomada de decisão e ação (Severo, Guimarães e Serafin, 2020). O objetivo da realização deste estudo foi: reconhecer a importância da avaliação de enfermagem especializada na pessoa em situação crónica; compreender as capacidades do cliente para lidar com a cronicidade; identificar os problemas associados à autogestão da sua doença e tratamento; e estabelecer um plano de intervenção que promova a segurança no autocuidado.

A escolha do caso clínico deve-se há identificação da infeção por peritonite como Indicador de Qualidade de Unidade de Diálise Peritoneal (DP) preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2017), e por ser este a principal causa de falência da técnica de DP com consequente transição para a HD.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2022), em 2021, 43,9% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado. Sendo que 38,3% da população portuguesa apresentava três ou mais doenças crónicas (Romana, Kislava, Salvador, Gonçalves, Nunes & Dias, 2019).

Em Portugal, no ano de 2022, existiam 881 clientes em programa de DP (363 mulheres e 518 homens), e foram registados 62 óbitos cuja infeção associada à técnica dialítica (TD) correspondeu a 3.2% das causas. Nesse mesmo ano, ocorreram 222 episódios de peritonite, correspondendo a 0.33 episódios por cliente (Galvão et al, 2022).

O estudo apresentado representa o senhor M. admitido no Hospital de Dia de DP, sendo que do ponto de vista cognitivo se encontra orientado em todas as vertentes e autónomo na realização das atividades de vida diárias.

Para a recolha de dados recorri à observação, consulta do processo médico e de enfermagem e à realização de entrevistas informais.

O desenvolvimento do documento teve por base as *guidelines* CARE (2013), apresentando inicialmente a informação do cliente; processo clínico, avaliação diagnóstica; intervenção terapêutica; acompanhamento e resultados; e discussão/considerações finais. Durante a realização do estudo, foi utilizado o modelo de

Virgínia Hunderson na análise do padrão de satisfação das necessidades humanas fundamentais; o modelo de avaliação familiar de *Calgary* para a compreensão da dinâmica familiar; e o modelo de *Callista Roy* para compreender o processo de adaptação do cliente à sua situação de cronicidade e quais foram os domínios sujeitos a intervenção.

A formulação dos diagnósticos de enfermagem teve por base a taxonomia CIPE (modelo vigente na instituição).

INFORMAÇÃO DO CLIENTE

Identificação do cliente: O cliente Srº M. F. de 32 anos, nasceu no dia 12/01/1991. Nacionalidade Cabo Verdiana. Licenciado em Economia na Universidade de Faro, mas exerce a sua atividade laboral na área da restauração (hamburgueria). Vive com a sua namorada, na periferia de uma região urbana do distrito de Setúbal.

Antecedentes de saúde pessoais e familiares: O cliente tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial (HTA) diagnosticada em 2015 pela medicina do trabalho, e necessidade de encaminhamento ao serviço de urgência com posterior seguimento em consulta externa de medicina interna seguida da consulta de nefrologia por agravamento da função renal (FR).

Em 2016, esteve internado no serviço de nefrologia para estudo etiológico de hemato-proteinúria e agravamento da função renal (FR) e hipertensão arterial (HTA). Biopsia Renal compatível com glomerulonefrite crónica (nefropatia IgA). Com consequentes diagnósticos de anemia microcítica, hipercolesterolemia, hiperuricemia e doença renal crónica (DRC) estágio 5.

A 14/11/2018 foi colocado o primeiro cateter de DP (*Swan Neck Fast Flow*). Induziu Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) a 12/2018 com três permanências nas 24h, tendo transitado para Diálise Peritoneal Automática (DPA) a 12/07/2019 para adequação à sua atividade laboral.

A 20/08/2021, ocorreu uma disfunção mecânica com migração do cateter, desta vez, com necessidade de substituição do mesmo cirurgicamente. Durante esta complicação, realizou HD entre 23/08/2021 e 20/09/2021, através de cateter tunelizado na veia jugular interna direita. O novo cateter *tenckhoff* foi colocado a 20/08/2021, retomando DPA a 21/09/2021.

Ocorreram ainda peritonites associadas à TD, com isolamento de *Staphylococcus Epidermidis* (Agosto, 2019), com três semanas de tratamento com Ceftazidima e

Cefazolina (125mg/L) e protocolo de heparina intraperitoneal, e *Streptococcus Viridans* (Agosto de 2023) com 14 dias de tratamento com Cefazolina (125mg/L) e respetivo protocolo de heparina intraperitoneal (IP).

Relativamente aos antecedentes familiares a sua mãe e avô materno apresentam também hipertensão arterial; primo com síndrome de junção pieloureteral à esquerda.

Terapêutica habitual: carvedilol 25mg, nifedipina 60mg e furosemida 80mg ao pequeno-almoço e jantar; clonidina 150mcg ao pequeno-almoço, almoço e jantar; calcitriol 0.25mg ao pequeno-almoço (3x por semana); cinacalcete 30mg ao pequeno-almoço (5x por semana); sevelemer 2400mg e hidróxido de alumínio 240mg ao pequeno-almoço, almoço e jantar; ferrobivalente 105mg ao almoço; ácido fólico (2x por semana); darbopoetina 60ug (quinzenal). A furosemida com indicação médica de suspensão aquando de uma diurese inferior a 200ml.

Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Apreciação física e comportamental

Como documento orientador foi utilizado o instrumento de Observação Física do Adulto e Idoso.

Apreciação Geral: o Sr. ° M apresenta idade aparente correspondente à idade cronológica, com aspeto saudável, postura correta e linguagem corporal adequada e congruente com linguagem verbal. Apresentou respiração torácica, com amplitude normal e simétrica, e saturações periféricas de oxigénio de 99% em ar ambiente (eupneico). Não apresenta deformidades visíveis, movimentos anormais e/ou assimétricos da face e do restante corpo. Não são visíveis sinais de violência.

Higiene, Vestuário e Pele: este apresenta um bom estado de higiene geral, sem presença de maus odores, e com um vestuário e calçado adequado ao clima e limpo. Melanodérmico, sem humidade e com pilosidade bem distribuída. Mucosas coradas e hidratadas.

Estrutura e desenvolvimento: o cliente, revelou desenvolvimento físico e sexual adequado à sua faixa etária. De acordo com a *Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson* encontra-se no sexto estágio (intimidade e solidariedade *versus* isolamento), localizando-se no polo positivo: onde desenvolve relações de maior intimidade com o outro, aprofundando relações de amor e compromisso, de acordo com os seus valores e interesses (mantém a sua identidade individual).

Este apresenta um peso ponderal de 57kg e estatura de 162cm, correspondendo a um IMC Normal - 21.31kg/m² (anexo I) e score de 20.5 pontos na escala *Mini Nutritional Assessment* (anexo II) correspondente a sob risco de desnutrição.

Sinais vitais: à data da entrevista foram avaliados os sinais vitais, sendo que o cliente se apresentou normotenso (122/70mmHg), normocárdico (69bpm) com pulso radial rítmico e cheio e apirético (36,2°C). Eupneico em ar ambiente e com saturações periféricas de oxigénio de 99%. O Sr. ° M. refere dor de intensidade 3 de acordo com a Escala Numérica da Dor, localizada no flanco direito.

Apreciação da cabeça e pescoço: a cabeça do cliente apresenta tamanho e forma dentro dos parâmetros da normalidade, com couro cabeludo íntegro e limpo, e cabelo castanho-escuro com distribuição uniforme. A face é simétrica, sem presença de massas ou edema e a mobilidade da mandíbula encontra-se sem alterações.

Olhos móveis, com íris castanha, esclerótica branca e saco conjuntival avermelhado, com boa irrigação e pupilas isocóricas, reativas e isométricas – sem alteração da acuidade visual. Pavilhões auriculares simétricos, alinhados com o canto externo dos olhos e com trágus e lóbulo sem lesões – sem alteração da acuidade auditiva.

O nariz é igualmente simétrico, e não apresenta obstrução nasal. Mucosa oral sem sinais de desidratação, com dentição completa e sem sinais de infeção – sem compromisso da mastigação e deglutição.

Pescoço cilíndrico e simétrico, sem massas ou lesões.

Apreciação dos membros superiores: simétricos e sem edemas. Extremidades integras (cinco dedos em cada mão), com temperatura similar às restantes partes do corpo (sem alterações de coloração), sem tremores, massas e lesões. As unhas são de tamanho médio, uniformes, com brilho (aspeto cuidado). Mobilidade da articulação do cotovelo (flexão e extensão), mobilidade do antebraço (pronação e supinação), do punho (extensão, flexão, hiperextensão) e dos dedos (flexão, extensão e abdução; polegar: oponência, flexão e extensão) sem compromisso.

Apreciação do tórax e abdómen: tórax anterior com pequena cicatriz abaixo da região claviclar direita (antigo local de inserção de cateter de HD). Pilosidade uniforme e distribuída. Padrão respiratório normal.

Abdómen com ligeira dilatação (1200ml de icodextrina (ICD) intraperitoneal (IP)) e apresenta um cateter de DP a cerca de 5cm à esquerda do umbigo (limpo e sem

alterações da forma). Orifício de saída do cateter de cor natural, não exsudativo, com epitelização completa, inexistência de crostas ou granulomas, sem dor ou edema, classificando-se em grau zero ou perfeito de acordo com a Escala de *Twardowski* (anexo III). Porém, não apresenta timpanismo aquando da percussão e encontra-se mole à palpação. Apresenta dor no flanco direito.

Apreciação dos membros inferiores: não foi observado para conforto do cliente. Ainda que visualmente aparentem simétricos, e que não refira alterações da integridade cutânea. Sem edema dos membros, maléolos e pés.

Perfil Psicossocial

Através do perfil psicossocial é reconhecido o ambiente onde se insere o Sr. ° M., bem como a sua rede de suporte, compreendendo de que modo é este o influencia e permitindo uma apreciação holística.

O agregado familiar é composto, recentemente, pelo Sr. ° M. e pela sua namorada (Sr.ª B.). Os seus pais também residem em Portugal com o seu irmão mais novo, e tem ainda um irmão residente em Cabo verde. A representação da família pode ser visível no Genograma/Ecomapa (anexo IV), traduzindo-se numa estrutura simbólica que contém informações sobre a família alvo, e as suas relações.

Podemos caracterizar a família como uma díade nuclear com relação conjugal moderna. No entanto, os pais do Sr. ° M. mantêm uma relação parental equilibrada, demonstrando ser unida, onde são concordantes e conscientes dos seus papéis (família estável). Relativamente à funcionalidade familiar, o Sr. ° M. considera a família altamente funcional (score 10 no índice de *Apgar* Familiar – anexo V) encontrando-se satisfeito e feliz com as relações mantidas. Esta família apresenta limites permeáveis/abertos perante a valorização para com os serviços de saúde, família, amigos e contexto laboral.

De acordo com a funcionalidade instrumental, no domicílio, o cliente é independente na realização das atividades de vida diárias, com um score de 100 na Escala de *Barthel* Modificada (anexo VI).

O Sr. ° M. trabalha como empregado de mesa numa hamburgueria, é licenciado em Economia, e apresenta um vencimento ligeiramente superior ao ordenado mínimo nacional. Vive numa pequena vivenda cuja proprietária é a Sr.ª B. A vivenda é pequena, antiga, degradada, situada numa zona velha da periferia de uma cidade. Nela habitam ainda dois animais de estimação (cães).

O cliente faz parte de uma classe média baixa, percecionando o seu estrato social através do score 18 obtido de acordo com o Índice de *Graffar* (anexo VII).

Apreciação do padrão de satisfação das Necessidades

Humanas Fundamentais (NHF): realizei uma análise geral das NHF do cliente, de acordo com *Virgínia Henderson*, através da observação e entrevista.

NHF Respirar
O Sr. ° M. não apresenta hábitos tabágicos. Não tem alergias conhecidas que dificultem o padrão respiratório, nem toma terapêutica dirigida ao mesmo.
NHF Comer e Beber
O cliente realiza seis refeições ao longo do dia (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar). E cumpre uma dieta hipocalórica e hipossalina. Ao despertar toma apenas um café acompanhado com uma torrada com manteiga, ou tosta de queijo e fiambre, ou um pastel de nata. Pelas 11h30 ou 15h00 (dependente do seu horário laboral) costuma almoçar o que leva cozinhado de casa, consumindo uma dieta variada (começou a transportar o seu almoço, uma vez que a refeição disponibilizada pelo estabelecimento era maioritariamente hambúrguer com arroz branco ou batata frita). Durante a tarde costuma comer uma sandes e café. Tanto o cliente como a sua companheira conzinham as refeições no domicílio e optam pela confeção de proteínas como o frango, carne de porco, misturas de carne picada, salsichas, enlatados de atum e ovos, uma vez que é o mais económico. A Ingestão hídrica é diminuída ou nula desde que veio a diminuir a sua diurese residual. O cliente não tem dificuldades na mastigação (dentição completa e sem processos de inflamação ou infeção) nem na deglutição.
NHF Eliminar
O Sr. ° M. apresenta urina residual diminuída e/ou vestigial, correspondendo a uma contabilização de cerca de 150ml/dia (urina concentrada). Não apresenta alterações do padrão intestinal, evacuando diariamente sem necessidade de laxantes (fezes de características normais, moldadas, acastanhadas de acordo com a escala de <i>Bristol</i>).
NHF Evitar Perigos

O cliente tem as vacinas atualizadas como preconizado no plano nacional de vacinação e contempla as quatro doses de vacinação contra a COVID19. Sem imunização anti-pneumocócica, e última vacina antigripal em 2021. Sem alergias conhecidas.

Cliente sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicófilos.

Não existe risco de queda pelo score de 15 de acordo com a escala de *Morse* (Anexo VIII). O Sr. ° M. apesar de realizar todos as alíneas preconizadas pela *check list* da realização dos cuidados ao orifício de saída do cateter, bem como à execução da técnica dialítica, demonstrou incongruências domiciliárias que aumentam o risco de infeção associada à DP. A gestão do regime terapêutico medicamentoso é realizada pelo próprio sem incumprimento. O cliente apresenta literacia em saúde.

NHF Manter a temperatura corporal

O Sr. ° M. tolera bem as alterações de temperatura do dia-a-dia.

Apirético durante o contacto e independente para controlar a sua temperatura.

NHF Manter-se limpo

É autónomo no cuidado da higiene que realiza todas as manhãs e à noite antes de se deitar. Não apresenta prurido, sinais ou manchas por sujidade na pele.

NHF Vestir e despir

Cliente independente no vestir, com limitações económicas e visualiza-se vestuário pouco cuidado.

NHF Comunicar

O cliente é consciente, calmo e orientado na pessoa, tempo e espaço. É também bastante colaborante nos cuidados de saúde prestados.

NHF Dormir e repousar

O Sr. ° M. não tem alterações no padrão de sono e não tem necessidade de terapêutica indutora do mesmo.

NHF Movimentar-se

O cliente é independente na realização das atividades de vida diárias e não tem dificuldades na mobilização. Não apresenta carta de condução, pelo que se desloca de transportes públicos.

NHF Ocupar-se/Recrear-se

O cliente mantém a sua profissão como empregado de mesa numa hamburgueria e tem uma folga semanal, alternando horários de abertura com os horários de fecho. Privilegia o seu descanso, gostando de ver televisão (filmes e séries) e jogar videojogos. No verão, é frequente ir à praia ou piscina. Quando o seu dia de pausa laboral coincide com o fim-de-semana privilegia os almoços e/ou jantares com a sua família ou momentos de lazer com os amigos.

PROCESSO CLÍNICO

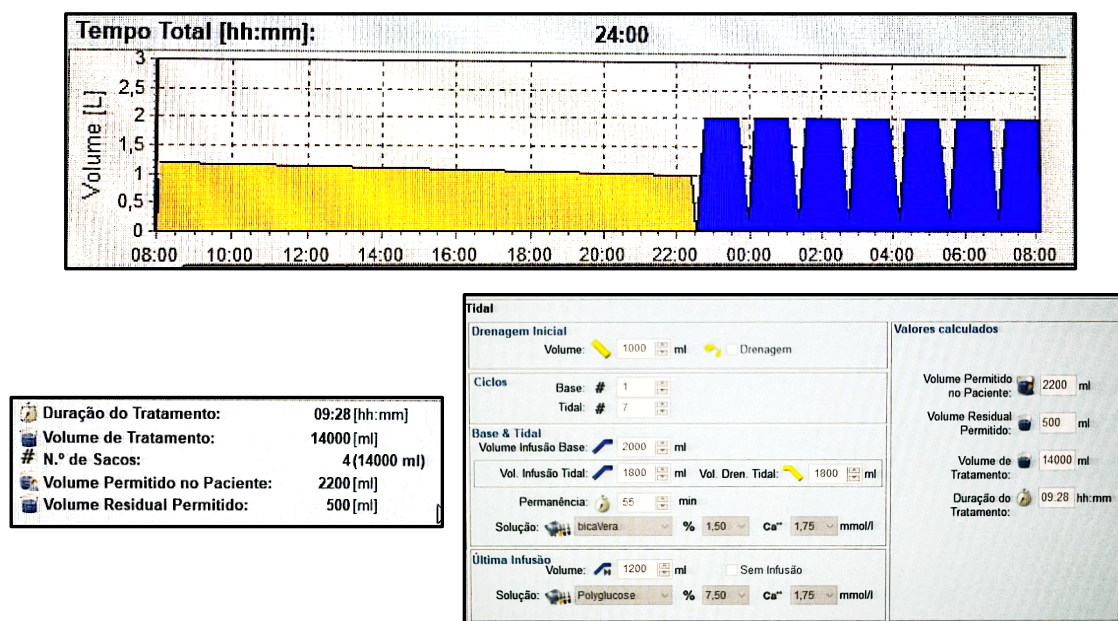
Início de DPCA a 27 de Dezembro de 2018. Transição para DPA a 12 de Julho de 2019.

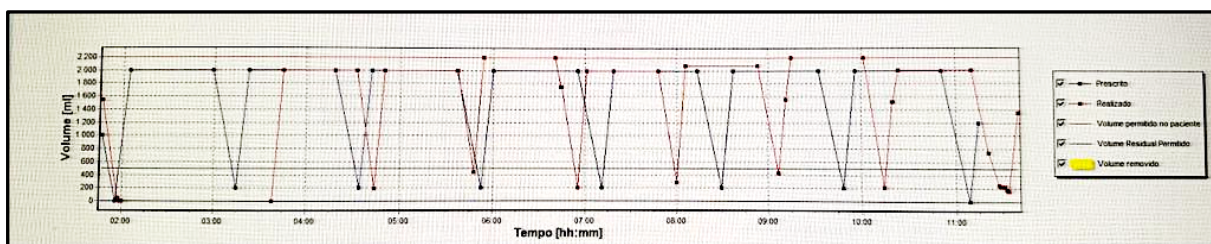
- 1º Cateter Peritoneal - 14/11/2018 (substituído por migração).
- 2º Cateter Peritoneal - 20/08/2021 - retomando DPA a 21/09/2021.

Peritonites anteriores: duas (08/2019 *staphylococcus epidermidis* e 08/2023 *streptococcus viridans*). Sem infeções do túnel e do orifício de saída do cateter.

No seu esquema de Diálise Peritoneal Cíclica Contínua Tidal (DPCCT) utiliza 15L de Bicavera1.5% e 2L de ICD. A duração do tratamento é de 9h27min, realizando sete ciclos, sendo o ciclo base de 2000ml e os ciclos tidal de 1800ml, com um tempo de permanência de 55min. O tratamento tem uma última infusão de 1200ml de ICD que se mantém em permanência diurna.

Figura 1. Gráficos de Prescrição/Tratamento Realizado DPCCT.





É necessária a avaliação da eficácia para o tratamento da DRC, de modo a garantir uma diálise individualizada e de qualidade. Esta irá depender "...da modalidade de DP, da depuração (clearance), da ultrafiltração, da função renal residual, do tipo de membrana e da situação nutricional" (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.28), pelo que é recomendado que as unidades avaliem o ajuste e eficiência do tratamento de acordo com os testes de equilíbrio peritoneal, da cinética de ureia e dos valores laboratoriais, com o objetivo de controlar a eficácia da diálise e o bem-estar do cliente (Perl et al, 2016).

O cliente dirige-se à unidade com um intervalo equivalente (em média) de seis semanas, pelo que foram extraídos dados para analisar a eficácia do tratamento e o tipo de membrana do cliente ao longo dos anos.

Tabela 1. Tipo de tratamento, evolução analítica e eficácia dialítica.

Linha do Tempo	Evolução Analítica	Eficácia Dialítica			Tratamento	Teste Equilíbrio Peritoneal
	Ureia e Creatinina (mg/dL)	Kt/V	Clearance Cr (ml/min/1,73 m²)	TFG (ml/min/1,73 m²) e Vol. Urina (ml) 24h		
Indução de DPCA a 12/2018						
03/2019	113 / 8,2	2,95	131,5	8,5 / 1960ml	3 Trocas Manuais (1,5%) – 24h	
07/2019	140 / 10,1	1,97	81,1	6,9 / 1280ml	3 Trocas Manuais (1,5%) – 24h	
Transição para DPA a 12 de Julho de 2019 para maior compatibilidade com atividade laboral						
08/2019	98 / 9,1	2,8	105,9	6,7 / 1405ml	6 Ciclos (1,5%) – 583min	
Diminuído o volume total de infusão do tratamento e o tempo de permanência						
01/2020	103 / 9,6	2,72	106,4	7,1 / 1400ml	6 Ciclos (1,5%) – 507min	Médio Baixo
10/2020	116 / 10,4	1,83	57,5	3,5 / 1175ml	6 Ciclos (1,5%) – 452min	
Aumentado o volume total de infusão do tratamento						
02/2021	137 / 9,8	2,39	85,2	5,3 / 1200ml	6 Ciclos (1,5%) – 512min	
Disfunção mecânica do cateter (migração) - 20/08/2021 colocação de novo cateter – reinicia a 21/09/2021						
12/2021	117/ 11,7	1,65	61,8	3,3 / 1240ml	6 Ciclos (1,5%) – 680min	
Aumentada dosagem de terapêutica diurética e aumentado tempo de permanência dos ciclos						
01/2022	126/11,5	2,41	75,9	5 / 2110ml	6 Ciclos (1,5%) – 594min	
06/2022	123/13,2	1,87	62,9	3,5/1290ml	6 Ciclos (1,5%) – 506min	
10/2022	127/14,9	1,61	51,5	2,7/1300ml	6 Ciclos (1,5%) – 506min	
Aumentado volume de infusão						
11/2022	150/15,81	1,79	49,3	2,2/1200ml	6 Ciclos (1,5%) – 581min	
03/2023	157/17,9	1,59	43,2	1,2/750ml	6 Ciclos (1,5%) – 518min	Médio Alto
Aumento de um ciclo durante o tratamento e introdução de última infusão com solução de icodextrina em permanência durante o período diurno						
04/2023	140/17,3	1,79	48,1	1,1/780ml	7 Ciclos (1,5% + ICD) – 24h	
07/2023	138/15,6	2,08	53,7	0,5/400ml	7 Ciclos (1,5% + ICD) – 24h	
11/2023	117/14,4	2,25	81,8	1,3/200ml	7 Ciclos (1,5% + ICD) – 24h	

Perante a análise dos valores apresentados, deparamo-nos com uma avaliação e reajuste individualizado constante às necessidades do cliente permitindo a manutenção da técnica até aos dias de hoje. Esta caso clínico tem apresentado valores de eficácia (Kt/V) semanais de pelo menos 1.7, congruentes com os preconizados na literatura. Enquanto as *guidelines* da *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI), não recomendam a utilização da depuração de creatinina para avaliar a adequação, a *International Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD) e outras organizações recomendam objetivos de *Clearance* de Creatinina de 45l/semana em clientes a realizar DPA (Dombros et al, 2005; Jonhson, Brown e Lammi, 2005; KQOQI, 2006; Blake et al, 2011; Warwick et al, 2013).

Os testes de equilíbrio peritoneal devem realizar-se entre as seis e doze semanas após o início do tratamento, e posteriormente quando clinicamente indicado, embora esteja recomendado intervalos anuais (Morelle et al, 2021). Verifica-se que a unidade não

realizou os testes aquando do início do tratamento e nos restantes anos, referindo os anos pandémicos como justificação do seu incumprimento.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

O cliente recorreu ao Hospital de Dia de DP (17/10/2023) por suspeita de peritonite manifestada por dor abdominal persistente (classificada de nível 4 na escala numérica) em ambos os quadrantes à direita e efluente do tratamento turvo com dois dias de evolução. Nega febre, vômitos ou outras queixas.

Parâmetros vitais: tensão arterial de 144/95mmHg, frequência cardíaca de 77bpm, temperatura de 36.1°C, e dor supracitada.

Cliente com orifício de saída do cateter perfeito, de acordo com a Escala de *Twardowsky*, justa cateter, sem sinais inflamatórios, e com penso externamente limpo e seco. Mantém urina residual diminuída e padrão intestinal sem alterações (dejeções diárias e sem intercorrências).

Verificado ainda peso ponderal de 57,5Kg (mantido em relação a consultas anteriores), sem sinais de sobrecarga hídrica (sem edemas).

Iniciado protocolo institucional de peritonite. Canalizada veia periférica e realizada colheita sanguínea para hemograma e bioquímica. Efetuada troca manual onde se validou presença de efluente turvo. Posteriormente, infundidos 2L de Bicavera 1.5% para realização de colheitas de efluente para contagem de células e bacteriologia após 2h de permanência.

Avaliação analítica (17/10/2023): Hg 11.5g/dL, Leucócitos 4.800/uL, Plaquetas 320.000/uL, Ureia 98mg/dL, Creatinina 11.2mg/dL; TFG 5ml/min/1.73m², Na 137mmol/L, K 4.7mmol/L, Fósforo 5.4mg/dL, Cálcio Total 9.6mg/dL, PCR 3.9mg/dL.

Líquido de DP – contagem de 640 células – 79% neutrófilos, 8% linfócitos e 18% monócitos (contagem diferencial).

O diagnóstico de peritonite é recomendado pela ISPD (2022), quando pelo menos dois dos seguintes sintomas estão presentes: dor abdominal e/ou efluente de diálise turvo, contagem de leucócitos no efluente de diálise $> 100/\mu\text{L}$ ou $> 0,1 \times 10^9/\text{L}$ (após um tempo de permanência de pelo menos 2 h), com $> 50\%$ de leucócitos polimorfonucleares; e cultura de efluente de diálise positiva.

Perante o diagnóstico de peritonite iniciou tratamento com antibioterapia empírica com administração de Cefazolina e Ceftazidima 1G EV (dose de carga) e IP (dose de manutenção) – conforme protocolado.

Os programas de ensino estruturados são fundamentais para a prevenção de complicações associada à TD, estando sugerido pelas *guidelines* da ISPD (2022), uma avaliação regular da técnica e do conhecimento sobre a DP, nomeadamente após hospitalização prolongada, peritonite e/ou infeção do cateter, alteração na destreza, visão ou acuidade mental, alteração de fornecedor ou tipo diferente de conexão, mudança de cuidador para realização da técnica, e após alguma interrupção da DP (ex. período em HD). Por este motivo procedeu-se há reavaliação do procedimento da técnica manual (DPCA) e não foram detetadas lacunas (preparação do ambiente e do material; colocação da máscara; execução de técnica de lavagem das mãos; desinfeção das mãos; mistura das soluções; autoadministração de terapêutica IP; conexão da bolsa ao cateter; realização da troca com infusão; preenchimento das linhas e drenagem; desconexão do cateter; observação das características do efluente; e realizar o balanço da DP). Demonstrou também os conhecimentos necessários para gerir eficazmente o seu tratamento, nomeadamente no que diz respeito à prevenção e despiste complicações infecciosas. Quando questionado, não foi identificado nenhum momento com compromisso da segurança da técnica no domicílio.

Fornecida terapêutica antibiótica e heparina (1000U/L) para administração IP durante a técnica domiciliária. Tendo sido realizados ensinamentos sobre a colocação desses mesmos fármacos nas respetivas bolsas e da sua forma de acondicionamento.

No entanto, durante o contacto foram observadas pequenas pilosidades no vestuário, surgindo a questão da presença de animais de estimação na sua residência, e onde se verificou a existência de dois cães que dormitam na divisão onde é realizado o tratamento. O cliente foi reorientado para o risco de infeção associado à presença de animais, e foi programada uma visita domiciliária.

A visita domiciliária foi realizada a dia 19/10/2023. A habitação encontrava-se num anexo a uma quinta na periferia de uma zona urbana. Deparámo-nos com uma construção antiga, a necessitar de obras de renovação, embora apresentasse condições razoáveis de higiene. O material do tratamento encontrava-se numa das divisões à parte de onde é realizada a técnica, sendo esta executada no quarto onde dorme no período

noturno. Relativamente à avaliação dos conhecimentos técnicos e teóricos, o cliente não apresenta défice ou alterações que comprometam a segurança do tratamento. Por outro lado, verificou-se a presença de dois cães de pequeno porte, que até à data dormiam no local, sentindo-se o odor dos animais em toda a habitação. Dada a indicação para vedar o acesso dos animais ao local de tratamento e armazenamento do material e reforçada a importância de manter o domicílio higienizado e arejado. Foi ainda realizado o acompanhamento na preparação da cicladora para a realização da DPA, bem como da adição dos fármacos à bolsa de diálise. Globalmente realizou o procedimento sem falhas, alertado apenas para a desinfeção das mãos após a abertura das embalagens e antes de manipular o material esterilizado dentro das mesmas. Posto isto, o cliente refere o hábito de remover as bolsas e coloca-las nos devidos suportes antes da sua atividade laboral, tendo sido alertado para não deixar as tarefas incompletas – ou deixa cicladora preparada na totalidade, ou prepara quando chega do seu emprego.

A 20/10/2023 (terceiro dia) é validado o exame bacteriológico cultural com um *Staphylococcus Haemolyticus*, suspendendo a Ceftazidima e mantendo a Cefazolina 125mg/L durante 14 dias e a heparina (1000U/L).

Realizada nova colheita de efluente com contagem de 57 células, e aplicado protocolo de Uroquinase (10000U diluído em 7ml de Soro Fisiológico – dependente do cateter – que fica em permanência durante 1h30min). Uma contagem de células > ou = a 1090/ml no terceiro dia, constitui um provável insucesso e mau prognóstico do tratamento (ISPD, 2022).

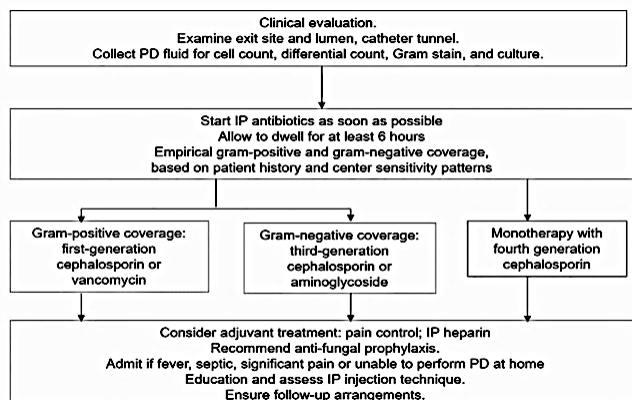
A 27/10/2023 (décimo dia) volta à unidade para realizar protocolo de Uroquinase. Primeiramente procedeu-se à drenagem do peritoneu (1100 de efluente límpido), seguido da infusão do fármaco, que foi interrompida após a administração de 5ml por dor abdominal aguda “tipo chicote” (sic), que aliviou com a suspensão. Mediante articulação com equipa médica, opta-se pela drenagem total da Uroquinase com posterior infusão de 1200ml de ICD com respetivo antibiótico e heparina.

De acordo com a ISPD (2022), de modo a prevenir a peritonite refratária ou recidivante deve-se considerar a administração da uroquinase IP, uma vez que está preconizada para o tratamento do biofilme.

Terminou o tratamento para a peritonite a 31/10/2023, conforme previsto.

A 14/11/2023 o cliente recorre novamente com as mesmas queixas do mês anterior: dor abdominal e aparente líquido turvo. Seguida da articulação com a equipa médica, inicia-se novo protocolo de peritonite de acordo com o algoritmo recomendado.

Figura 2. Algoritmo de abordagem inicial para cliente em DP que apresentam um diagnóstico clínico de



Avaliação analítica: Hg 11.9g/dL, Leucócitos 4.300/uL, Plaquetas 332.000/uL, Ureia 101mg/dL, Creatinina 12.4mg/dL; TFG 5ml/min/1.73m², Na 138mmol/L, K 4.9mmol/L, Fósforo 5.5mg/dL, Cálcio Total 9.4mg/dL, PCR 1.58mg/dL.

Líquido de DP – contagem de 1223 células – 92% neutrófilos.

A dia 20/11/2023 é isolado culturalmente o mesmo agente anterior (*staphylococcus haemolyticus*), considerando-se uma peritonite recidivante, embora com resistência aos antibióticos administrados anteriormente e apenas sensível à Vancomicina. Nesta data, foi reajustada prescrição antibiótica, tendo sido administrado 1G de Vancomicina endovenosa (dose de carga), seguida de administração IP (15mg/kg) correspondente a 855mg infundidos na permanência longa do tratamento (na bolsa de ICD).

Define-se peritonite recidivante como “episódio que ocorre em menos de 4 semanas após terminar antibioterapia do último episódio, com o mesmo organismo ou episódio com cultura estéril” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.26).

O protocolo de fibrinolítico (uroquinase intracater ao terceiro e décimo dia) decorreu sem intercorrências, bem como a administração antibiótica (a cada 4 dias) realizada de acordo com os doseamentos agendados conforme prescrição médica.

Avaliação Teórica de Enfermagem

Nesta situação clínica é possível identificar algumas transições segundo Afaf Meleis (2010). Transições essas que consistem numa transição organizacional, situacional e numa transição de saúde-doença.

Quanto à transição organizacional, esta relaciona-se com a necessidade de avaliação, monitorização e intervenção associada aos tratamentos dialíticos, mantendo um vínculo hospitalar permanente com o acompanhamento em consulta de enfermagem (intervalo de 6 semanas), assim como telefonicamente aquando de complicações e dúvidas intrínsecas.

O Sr. ° M. mantém as suas atividades laborais, e uma vez que se encontra numa situação de infeção associada à TD, há uma necessidade de deslocações com maior frequência à unidade, bem como de visitas domiciliárias. Mediante a sua situação atual, os seus horários laborais sofrem constantes alterações para que a equipa de enfermagem possa prestar cuidados de qualidade, promovendo um tratamento eficaz e prevenindo futuras adversidade - transição situacional.

O diagnóstico médico de DRC em estadio 5, que o coloca dependente de um tratamento e proporciona alterações permanentes no seu estilo de vida, e a complicação infecciosa atual sequente da DP, permite-nos afirmar que o cliente se encontra numa transição saúde-doença. O cliente está a vivenciar um padrão de transição múltiplo em que as transições são simultâneas e relacionadas (Meleis, 2010).

Avaliação do Comportamento e Estímulos

O cliente perante a sua situação de saúde atual necessita de reestruturar o seu quotidiano e readaptar-se à sua condição de saúde atual, mantendo os tratamentos para garantir a sua sobrevivência. O *coping* realizado, segundo Callista Roy (1981), define-se pelos esforços comportamentais e cognitivos do individuo de modo a atender às alterações contextuais e atuando como um todo para manter a sua vitalidade e integridade. A pessoa recorre a estratégias de *coping* caracterizadas por: estratégias comportamentais com o intuito de controlar o estímulo, agindo em contrariedade com o problema que o mesmo considera modificável; deparamo-nos também com estratégias afetivas que surgem na sequência do controlo das reações emotivas geradas pelo problema.

Por este motivo, e de acordo com a mesma teórica, a pessoa é caracterizada como um sistema adaptável (sistema holístico adaptável) que funciona através de partes independentes que atuam unidas em prol de um objetivo, usando conscientemente o conhecimento selecionado integrando-se humanamente e ambientalmente. Ou seja, os estímulos ambientais, ao entrarem em contacto com o sistema, ativam subsistemas de

coping regulador e cognitivo, desencadeando respostas observáveis pelos quatro modos de adaptação fisiológica, autoconceito, desempenho de papel e interdependência.

Através de várias entrevistas informais, foi notória a preocupação com a longevidade do tratamento uma vez que nos deparamos com a quarta infecção durante os anos que permaneceu em DP. A sua inquietação surge do medo da transição para a técnica hemodialítica devido à degradação da membrana peritoneal, que segundo o próprio, iria condicionar ainda mais o seu dia-a-dia. Contudo, o cliente recorreu precocemente aos serviços de saúde, conseguindo detetar facilmente os sinais e sintomas da peritonite, permitindo intervir em conformidade e prevenir uma infecção major. Massa et al (2013) afirma que ter conhecimento da sua doença, das suas manifestações e da prescrição do tratamento é também um estímulo que promove a adaptação, na medida em que, ajuda o cliente na compreensão das alterações que devem ser realizadas no seu quotidiano para enfrentar a sua situação e adaptar-se eficazmente. Foram ainda abordadas questões associadas à sua imagem e sexualidade, alegando o impasse no desenvolvimento do relacionamento que mantém até aos dias de hoje.

A presença de um cateter, a dependência de uma máquina, as restrições hídricas e alimentares, as idas frequentes ao contexto hospitalar, as visitas de profissionais de saúde ao seu contexto domiciliário, a exposição do seu corpo durante os períodos de verão e as relações sexuais foram descritas como as maiores dificuldades que, num período de dois anos, impediu o cliente de manter amizades e uma relação amorosa pelo receio e estigma que detinha. Porém, o momento que revelou com maior insatisfação foi o início em programa de DP propriamente dito, e a alteração do local do primeiro cateter *tenckhoff* para o segundo que ficara substancialmente acima do local anterior, impedindo a sua cobertura com o vestuário.

O cliente redefiniu o seu autoconceito, abordando com naturalidade o atual dispositivo como algo necessário à sua sobrevivência, e afirmando que conseguiu desenvolver estratégias para colmatar as suas fragilidades psíquicas associadas à imagem física do seu corpo, e expondo à sua atual companheira a realidade do seu estado de saúde, permitindo desenvolver um vínculo forte entre o casal, e onde não se encontra comprometida a sua sexualidade. Quanto aos seus amigos, o Sr. ° M. referiu que somente um núcleo muito reduzido é sabedor da sua saúde, na medida em que não

quer ser sujeito a julgamentos, embora não considere que o mesmo seja um fator inibitório no desenvolvimento de relações estreitas.

O contexto laboral do cliente é adequado à sua condição. No entanto, necessitou de modificar hábitos alimentares ao longo do tempo. A hamburgueria disponibilizava refeições pouco diversificadas, bastante calóricas e que aumentaram substancialmente determinados valores iónicos, pelo que passou a confeccionar e a transportar a sua refeição para o local de trabalho.

A dependência gradual do tratamento e a progressão da doença acarreta uma redefinição de papéis familiares, bem como sociais, dificultando a adaptação do cliente à sua nova vida. No entanto, é possível afirmar que perante o modelo de Callista Roy (1981) o cliente se encontra numa adaptação positiva em todos os domínios do modelo apresentado, desenvolvendo em parceria (profissional, cliente e família) estratégias para colmatar a manifestação de mecanismos de resistência que alterem os seus comportamentos.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O objetivo de um modelo de enfermagem é a sua orientação para a prática de cuidados, proporcionando uma perspetiva do modo a partir do qual poderemos desenvolver o conhecimento da disciplina. Os componentes processuais do Modelo Adaptativo de Roy são: a avaliação do comportamento sustentados nos quatro modos de adaptação; o diagnóstico de enfermagem que permite a identificação e avaliação dos estímulos que proporcionam os comportamentos anteriores; o estabelecimento de objetivos com base nos elementos anteriores; a implementação de intervenções na gestão dos estímulos que influenciam o comportamento; e por fim a realização da avaliação do processo com base noutra colheita de dados (Coelho e Mendes, 2011).

Nas intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, atendendo às limitações da doença crónica, este deve identificar as necessidades do cliente que visam a manutenção e adaptação à doença, promover intervenções especializadas com a finalidade de ser elemento facilitador no processo de transição saúde doença, desenvolver e gerir procedimentos com o foco na prevenção intervenção e controlo de infeção e avaliar os resultados através da resposta do cliente que vivencia a doença crónica. Contudo, os processos terapêuticos e as circunstâncias ambientais são identificadas em resposta à

transição situacional e adaptação à doença e geridos posteriormente pelo enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Recorrendo à metodologia SMART defini os objetivos como também os principais indicadores de avaliação para este caso clínico. Os objetivos de acordo com este método baseiam-se em cinco etapas: S (específico); M (mensurável); A (atingível), R (relevante); e T (temporal). Posto isto, delinee para o cliente:

- ⇒ Reeducar sobre o risco de infeção associado à técnica de DP em todos os contatos enquanto o cliente se mantiver em programa;

- ⇒ Reforçar conhecimentos sobre complicações associadas às infeções decorrentes da DP em todos os contatos enquanto o cliente se mantiver em programa;

- ⇒ Reeducar sobre os procedimentos em segurança respeitando a utilização de máscara facial, o cumprimento da lavagem e desinfeção das mãos e a assepsia das conexões (técnica *non-touch*), anualmente ou sempre que detetada uma complicação relacionada com o tratamento;

- ⇒ Não desenvolver sinais sugestivos de infeção durante a permanência na técnica de DP.

- ⇒ Realizar 2 visitas domiciliárias no decorrer dos 4 meses.

- ⇒ Promover a manutenção da adesão do regime terapêutico eficaz e adequado à sua condição durante o programa de DP.

- ⇒ Prevenir e gerir sinais e sintomas sequentes da progressão da DRC, proporcionando um aumento da qualidade de vida ao longo do programa de DP.

- ⇒ Manter uma imagem corporal positiva mediante as alterações que vão ocorrendo no seu processo de doença crónica.

Os indicadores são acompanhados ao longo da implementação do plano de intervenção com o objetivo de verificar a sua eficácia, e foram delineados: a descrição dos procedimentos durante o autocuidado corretamente; a identificação de sinais e sintomas de infeção associados à TD; avaliação em todas as consultas, durante o período de 4 meses, o procedimento relacionado com os cuidados ao orifício de saída do cateter, e realização da TD; identificação de sinais e sintomas de complicações decorrentes do agravamento da DRC; a manutenção de valores de tensão arterial <140/80mmHg; uma taxa de infeções < 0.4 episódios anuais; a manutenção de valores de eficácia dialítica

(Kt/V) > 1.7; não apresentar alterações no equilíbrio hídrico; adequar o espaço domiciliário para a realização da técnica em segurança.

A fase seguinte, consistiu na elaboração do plano de cuidados. Tratando-se de um instrumento utilizado para facilitar a individualização do cuidado ao cliente. Collingwood citado por Chaccur (1984) afirma que o plano de cuidados descreve quais os cuidados que o cliente deverá receber e como esse cuidado poderá ser executado com práticas personalizadas, eficientes e eficazes. Este constitui um guião de intervenções delineadas ou prescrições de enfermagem, e como tal só será utilizado mediante um planeamento (Guimarães, Spagnol, Ferreira & Salviano, 2002).

A priorização dos diagnósticos e intervenções presentes no plano de cuidados, teve por base as necessidades básicas da pirâmide de *Abraham Maslow* (1954). Esta teoria é baseada em cinco pressupostos: necessidades fisiológicas, de segurança, social, estima e autorrealização. Esta teoria depreende que se satisfaça a necessidade humana anterior para conseguir atingir a seguinte, até conseguirmos alcançar o topo da pirâmide.

Data	Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
17/10	Eliminação Urinária (Foco) Comprometida (Juízo)	Monitorizar a eliminação urinária (volume de urina de 6 em 6 semanas, e em SOS); vigiar eliminação urinária (observar características da urina).	O cliente tem vindo a diminuir o volume da urina residual, apresentado 200ml de urina (características normais) em 24h na última avaliação a dia 10/11 – avaliado em todos os contatos.
	Desequilíbrio Hídrico (Foco) Risco (Juízo)	Avaliar edema; monitorizar sinais vitais; monitorizar eliminação urinária; avaliar fadiga; ensinar estratégias para a gestão do balanço hídrico.	O cliente não apresentou em nenhum contacto sinais de sobrecarga.
	Obstipação (Foco) Risco (Juízo)	Avaliar risco de obstipação; avaliar conhecimento sobre a prevenção da obstipação.	Dejeções diárias sem necessidade de laxantes (avaliado em todos os contatos).

	Edema (Foco) Risco (Juízo)	Avaliar edema (sinal de godet); ensinar sobre restrição de líquidos, planejar ingestão de líquidos; restringir ingestão de líquidos.	Sem edema (Godet negativo), e refere não ingerir líquidos devido à redução do volume de urina residual, sabendo os riscos (avaliado em todos os contatos).
	Infeção [Peritonite] (Foco) Atual (Juízo)	Aplicar protocolo de peritonite: executar tratamento ao local de inserção do cateter; vigiar local de inserção do cateter; vigiar penso do cateter; otimizar cateter (aplicação de uroquinase ao 3º e 10º dia); trocar dispositivo (mudança do extensor); monitorizar líquido de drenagem (volume ultrafiltrado por risco de diminuição da ultrafiltração); vigiar líquido de drenagem (características – líquido turvo); vigiar náusea, vômito e dor; monitorizar temperatura; ensinar sobre complicações; assegurar continuidade de cuidados; avaliar evolução de resposta à medicação; ensinar sobre medicação IP; demonstrar administração de medicação IP; ensinar sobre medidas de segurança; gerir medicação IP; promover autocuidado; reforçar adesão; avaliar atitude face ao regime de tratamento.	A 17/10 aplicado protocolo de peritonite, com evolução favorável face à antibioterapia instituída, aparentemente com eficácia no tratamento. Intercorrência a 27/10 por impossibilidade de infusão de fibrinolítico por dor intensa do cliente. A 14/11 iniciado novo protocolo por recidiva que decorreu sem intercorrências. Nos restantes contatos, resposta terapêutica de encontro ao esperado, permanecendo sem dor, com líquido translúcido e sem aumento dos

			parâmetros inflamatórios.
	Dor (Foco) Atual (Juízo)	Avaliar controlo da dor; avaliar dor (escala numérica da dor); implementar linhas de orientação face a dor; ensinar sobre medidas farmacológicas para o alívio da dor.	Dor abdominal presente aquando do diagnóstico de peritonite (17/10 e 14/11), com reversão após instituição de terapêutica IP.
	Infeção (Foco) Risco (Juízo)	Aplicar medidas de prevenção da contaminação; manter prevenção de contaminação; avaliar risco de infeção; vigiar sinais inflamatórios.	Sem infeção do orifício de saída do cateter. Peritonite diagnosticada a 17/10 com recidiva a 14/11. Reavaliação dos sinais de infeção em todos os contatos enquanto permanece na TD.
	Impotência Sexual (Foco) Risco (Juízo)	Apoiar status psicossocial; avaliar expectativas; facilitar capacidade para comunicar sentimentos; promover autoestima; providenciar apoio emocional; disponibilizar escuta ativa.	O cliente não apresentou insatisfação sobre a sua sexualidade (avaliado em todos os contatos)
	Autogestão da Doença (Foco) Comprometida (Juízo)	Avaliar gestão do regime terapêutico (<i>check list</i> da avaliação do ensino em DPA e DPCA); reeducar sobre o regime do tratamento (sessões educativas); analisar condições domiciliárias (visita domiciliária – redigir relatório).	O cliente cumpre em demonstração na consulta, todos os elementos discriminados na <i>check list</i> protocolada. Porém, durante a visita domiciliária (19/10) verificou-se a existência de animais

			domésticos no local do tratamento. Demonstrou estar sensibilizado e consciente da necessidade de alterar esse hábito. Reforçado em todos os outros contatos em consulta.
	Adesão ao Regime Terapêutico (Foco) Efetivo (Juízo)	Incentivar autovigilância (tensão arterial, peso, diurese, líquido de drenagem peritoneal, sinais de sobrecarga hídrica); assistir na gestão do regime terapêutico (disponibilidade 24h telefonicamente; <i>follow-up</i>); incentivar adesão ao regime medicamentoso; incentivar adesão ao regime terapêutico; incentivar hábitos alimentares saudáveis; reforçar adesão; avaliar e monitorizar valores analíticos e dados do tratamento (Kt/V, UF, alarmes noturnos); planejar consulta (seguinte).	Em todos os contatos foi demonstrada adesão ao regime terapêutico, realizando as autovigilâncias necessárias e sabendo identificar as suas necessidades em caso de compromisso.
	Auto-Vigilância (Foco) Efetivo (Juízo)	Avaliar autovigilância; incentivar autovigilância (peso, tensão arterial, ultrafiltração do tratamento, eliminação urinária, presença de edemas e sinais de infecção e complicações mecânicas relacionadas com o cateter).	Em todos os contatos foi verbalizado pelo cliente a autovigilância realizada, em conformidade com o que se preconiza.

	Aceitação do Estado de Saúde (Foco) Efetivo (Juízo)	Incentivar o envolvimento da família; avaliar aceitação do estado de saúde (questionário de percepção acerca da saúde; EBEPG – Escala de bem-estar psicológico geral).	Em todos os contatos foi demonstrado uma aceitação do seu estado e envolvimento da família, nomeadamente da sua companheira.
	Aprendizagem de Habilidades (Foco) Efetivo (Juízo)	Avaliar habilidades relacionadas com técnica de DPCA e DPA (preparar ambiente e material necessário; execução da técnica de lavagem e desinfecção das mãos; conexões em segurança) e cuidados ao orifício de saída do cateter. Avaliar potencial para melhorar a capacidade; reforçar capacidades.	O cliente em consulta demonstrou habilidade nos cuidados ao orifício e técnica de DPCA. Em visita domiciliárias, observou-se habilidade na técnica de DPA, respeitando os elementos da <i>check list</i> protocolada.
	Imagem Corporal (Foco) Positiva (Juízo)	Avaliar aceitação do estado de saúde; avaliar atitude face à doença; avaliar autoimagem, imagem corporal e autoestima (escala da imagem corporal – BIS), promover autoestima.	O cliente à data dos contatos atuais não apresentou qualquer compromisso da imagem corporal (avaliado em todos os contatos).
	Ansiedade (Foco) Risco (Juízo)	Avaliar humor deprimido (escala HAD – escala da ansiedade e depressão); apoiar status psicológico; avaliar medo de ser uma sobrecarga para os outros; avaliar expectativas; estabelecer confiança; facilitar capacidade para comunicar sentimento; promover esperança; providenciar apoio emocional.	O cliente não demonstrou estar ansioso durante os contatos. Apresentou sempre uma postura calma, consciente e colaborante nos cuidados prestados.

	Literacia [em Saúde] (Foco) Moderada (Juízo)	Avaliar disponibilidade para aprender: conversas informais; avaliar atitude face à doença; avaliar adesão ao regime terapêutico; ensinar sobre a doença e regime de tratamento: através de sessões educativas com disponibilização de documentos informativos em papel e manuseamento do manual da indústria; avaliar processamento da informação e tomada de decisão (<i>check list</i> com: conhecimentos demonstrados de como solucionar principais alarmes, interpretar resultados, sinais e sintomas de infeção e sobrecarga hídrica, e como proceder em caso de complicações); avaliar evolução de resposta psicossocial à instrução.	Globalmente, o cliente demonstrou os conhecimentos necessários para gerir eficazmente a sua doença e o tratamento. Relacionado com as medidas de prevenção de infeção houve necessidade de realizar reforço educativo sobre o risco associado à presença de animais domésticos local onde realiza o tratamento e armazena o material.
--	---	--	---

ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

Os clientes em programa de DP são acompanhados regularmente pela unidade, permitindo uma prestação sustentada pelos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001). Durante o contato são identificados, monitorizados e avaliados todos os elementos essenciais ao equilíbrio e bem-estar destes clientes.

Após o primeiro contacto, relacionado com o diagnóstico atual (14/10), foram programadas intervenções e planeadas consultas com o intuito de proporcionar ao Sr.º M., um tratamento eficaz da peritonite, compreender e detetar as possíveis lacunas durante os procedimento que proporcionassem a contaminação.

O contato foi estabelecido duas vezes por semana, dando o acompanhamento devido no fornecimento e administração dos fármacos necessários até ao término do tratamento. Procedeu-se à reeducação do cliente sobre as possíveis complicações e medidas preventivas associadas ao tratamento, nomeadamente a preparação do ambiente, a importância higienização das mãos, a utilização da máscara, e necessidade de assepsia aquando da abordagem do cateter e execução da técnica (técnica *non-touch*). Seguidamente, avaliámos através de uma *check list* (programa estruturado), a execução dos procedimentos correspondentes aos cuidados com o orifício de saída do cateter, e realizámos uma visita domiciliária com o fim de perceber a preparação do ambiente e da TD. A única situação em não conformidade correspondeu à existência de dois cães no local do tratamento. O cliente foi sensibilizado para a necessidade de uma prática segura durante o tratamento abolindo o contato dos animais com ambiente onde é realizado, por aumento significativo da possibilidade de infeção zoonótica.

Manteve-se o acompanhamento em consulta no Hospital de Dia duas vezes por semana, pelo diagnóstico recidivante, e foram programadas visitas domiciliárias para o mês de Janeiro e Maio de 2024.

As maiores dificuldades deste acompanhamento surgem da imprevisibilidade do incumprimento ou de determinadas incongruências que possam comprometer o autocuidado e a segurança do tratamento, na medida em que nos baseamos na confiança de uma relação terapêutica aparentemente coesa.

DISCUSSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC trata-se de um problema de saúde com uma incidência ascendente nos dias de hoje em Portugal. É uma patologia que acarreta uma prática de cuidados individualizada e bastante específica.

O processo de transição (transição saúde/doença) vivido pelas pessoas com DRC é complexo e, mediante o reconhecimento dos determinantes facilitadores e inibidores neste processo, é possível descrever as principais evidências das transições nas dimensões pessoal, comunitária e social, com a finalidade da pessoa perceber aquilo que efetivamente a impede para a passagem de uma transição saudável. Os principais condicionantes facilitadores passam pela resiliência (dimensão pessoal) e a presença da família, amigos e as suas crenças religiosas (dimensão comunitária). Por outro lado, a mudança na autoimagem é considerada como um determinante inibidor na transição, na

medida em que desencadeia sentimentos de angústia e tristeza sendo vista como algo negativo, modificando automaticamente a percepção que têm de um corpo anteriormente saudável para um corpo atualmente doente. No entanto, nesta situação em particular, a imagem corporal positiva pode ser um fator que contribui favoravelmente na adaptação à sua condição.

Deste modo, é de realçar que o modelo de Callista Roy trata o cuidado de enfermagem como uma interação constante com o meio, dando enfoque à necessidade de converter os problemas de adaptação dos clientes em fatores que contribuam para a promoção da adaptação saudável e integridade do mesmo.

Sendo a DP uma técnica domiciliária, o grande desafio do enfermeiro surge de uma atuação não restrita ao cuidado direto com o cliente, implementando intervenções com o foco na preservação da DRC, proporcionando um programa estruturado de treino, desenvolvendo conhecimentos e habilidades que previnem complicações durante a técnica assegurando um tratamento seguro e eficaz ao longo do tempo. O acompanhamento 24h e o contato regular em consultas, permitem uma assistência humanizada e de forma sistemática.

Esta modalidade dialítica oferece uma qualidade de vida superior aos DtRC, permitindo um elo entre o tratamento domiciliário, a família e o enfermeiro responsável, proporcionando conforto, segurança e autonomia (Cardoso, Oselame, Dutra e Oliveira, 2015).

Este contexto clínico permitiu desenvolver intervenções mediante a formulação dos diagnósticos com a finalidade de providenciar ferramentas ao cliente para disfrutar de um quotidiano satisfatório, tratar a infeção atual, e prevenir a agudização da sua doença crónica bem como possíveis complicações futuras relacionadas com o tratamento. Porém, a avaliação da aplicação do plano de intervenção é realizada ao longo do tempo, sendo por isso uma limitação para a continuidade dos cuidados centrados no cliente.

A realização do estudo de caso possibilitou o desenvolvimento de competências associadas à avaliação de enfermagem especializada na pessoa em situação crónica, articular conhecimentos e incidir sobre a análise das capacidades do cliente para lidar com a cronicidade; reconhecer os possíveis problemas associados à autogestão da sua

doença; e estabelecer um plano/estratégias de intervenção com ganhos em saúde para o cliente.

Os enfermeiros mestres e especialistas desenvolvem a sua prática de enfermagem baseada na evidência, onde a pessoa necessita de cuidados diferenciados pela sua unicidade, individualidade e complexidade humana. O enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica entre o cliente e as pessoas significativas – cuidado centrado no cliente. Estas relações são estabelecidas através de confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento coletivo, mantendo o conceito de pessoa como conceito central (McCormack & McCance, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blake, P., Bargman, J., Scott, K., Davinson, S., Hirsch, D., McCormick, B. (2011). Clinical practice guidelines and recommendations on peritoneal dialysis adequacy. *International Society Peritoneal Dialysis*. Vol. nº 31(2), 218-239.

Cardoso, S., Oselame, G., Dutra, D., Oliveira, E. (2015). Diálise Peritoneal: Atuação do Enfermeiro aos Pacientes em Tratamento Dialítico Domiciliar. *UNIANDRADE*. Vol. nº 16(1), 23-30.

Chen, C., Teitelbaum, I. (2022). Peritoneal dialysis adequacy: a paradigm shift. *Kidney Research and Clinical Practice*. Vol. nº 41(2), 150-155.

Cullis, B., Al-Hwiesh, A., Kilonzo, K., McCulloch, M., Niang, A., Nouse, P., Parapiboon, W., Ponce, D., Kinkelstein, F. (2020). ISPD guidelines for peritoneal dialysis kidney injury: 2020 update (adults). *ISPD*. Vol. nº 41(1), 15-31

Chaccor, M. (1984). Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. *Revista Brasileira Enfermagem*. Vol. 37 (3/4), 218-227.

Direção Geral de Saúde (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2020 – Portugal. Ministério da Saúde, Lisboa.

Dombros, N., Dratwa, M., Feriani, M., Gokal, R., Heimbürger, O., Krediet, R. (2005). European best practice guidelines peritoneal dialysis. 7 Adequacy of peritoneal dialysis. *Nephrol Dialysis Transplant*. Vol. nº 20(9), 24-27.

Guimares, E., Spagnol, C., Ferreira, E., Salviano, M. (2002). Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. *Ciencia y enfermaria*. Vol. 8(2).

Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M., Leal, R., Neves, M., Amoedo, M., Silva, G. (2023). Portuguese Registry of Kidney Replacement Therapy 2022. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Disponível em: https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2023_registro.pdf

Jonhson, D., Brown, F., Lammi, H. (2005). Caring for Australians with renal impairment (CARI). The CARI guidelines. Dialysis adequacy guidelines. *Nephrol*. Vol. nº 4, 81-107.

KDOQI: National Kidney Foundation (2006). KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia Chronic Kidney Disease. *Am J Kidney Dis*. Vol. nº47(3), 11-15.

Li, P., Chow, K., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, A., Harris, T., Kanjanabuch, T., Kim, Y., Madero, M., Malyszko, J., Mehrotra, R., Okpechi, I., Perl, J., Piraino, B., Runnegar, N., Teitelbaum, I., Wong, J., Yu, X., Jonhson, D. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *ISPD*. Vol. nº 42(2), 110-153.

Macedo, L., Teixeira, M. (2016). Alterações vivenciadas na Doença Renal Crónica: Impacto na percepção da Autoimagem e Sexualidade. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 9 (5), 166-177.

Machado, M. (2009). Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Instituto de Educação e Psicologia.

Massa, E., Nisperuza, B., Estrada, E., Peláez, A., Acevedo, J. (2013). Enfrentamento e adaptação de pacientes em hemodiálise e diálise. Cartagena 2010. *Avances en Enfermeria*. Vol. nº 31(1), 32-41.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472–479.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Morelle, J., Pietka, J., Oberg, C., Gadola, L., Milia, V., Yu, Z., Lambie, M., Mehrotra, R., Arteaga, J., Davies, S. (2021). ISPD recommendations for the evaluation of peritoneal membrane dysfunction in adults: Classification, measurement, interpretation and rationale for intervention. *ISPD*. Vol. nº 41(1), 352-372.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_diálise-peritonal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf

Perl, J., Davies, SJ., Lambie, M., Ronald, LP., McCullough, K., Johnson, DW., Sloand, JA., Prichard, S., Kawanishi, Tentori, F., Robinson, BM. (2016). The peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study (PDOPPS): Unifying efforts to inform practice and improve global outcomes in peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 3, p.297-307.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359-19370.

Romana, G., Kislava, I., Salvador, M., Gonçalves, S., Nunes, B., Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Vol. 32(1), 30-37.

Severo, E., Guimarães, J., Serafin, V. (2020). Formação docente: metodologias ativas de aprendizagem para ensino superior. *Educação: Teoria e Prática*. Vol. 30(63).

Silva, D., Silva, R., Pereira, E. (2016). Alterações estéticas no contexto da doença renal crónica e complicações associadas à autoimagem. *Revista Enfermagem Atual*. Vol 79, 50-58.

Warwick, G., Mooney, A., Russon, L., Hardy, R. (2013). Clinical Practice Guideline. Planning, Initiating, and Withdrawal of Renal Replacement Therapy. *Uk Renal Association*.
Veríssimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson). Faculdade de Medicina do Porto, Porto.

**ENCONTRO
RENAL** 16 - 18 ³NOV 2023
PORTO PALÁCIO



Imagem Corporal do Doente Renal Crónico

O Impacto da Técnica Dialítica

XXVII CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA
XV CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE NEFROLOGIA
XXXVII CONGRESSO APEDT

SPN

Associação Portuguesa de Nefrologia

APEDT

Enquadramento

- *The "body image" is "the picture of our own body which we form in our mind, that is to say the way in which the body appears to ourselves...is the three-dimensional image that everyone has of themselves."* (Schilder, 1999, p. 7-11).
- A imagem corporal é definida como um conjunto de **percepções, sentimentos e comportamentos** desenvolvidos pelo indivíduo, com base na **avaliação da sua própria aparência física** (Araújo, 2001; Saur & Pasian, 2008; Aliyev & Türkmen, 2014; Vargas, 2014; Grogan, 2017). Caracteriza-se pela representação mental do corpo, fazendo parte da **identidade pessoal de cada indivíduo** (Gama & Baptista, 2020).

Presença de
Doença Crónica



Enfoque no
Órgão Doente



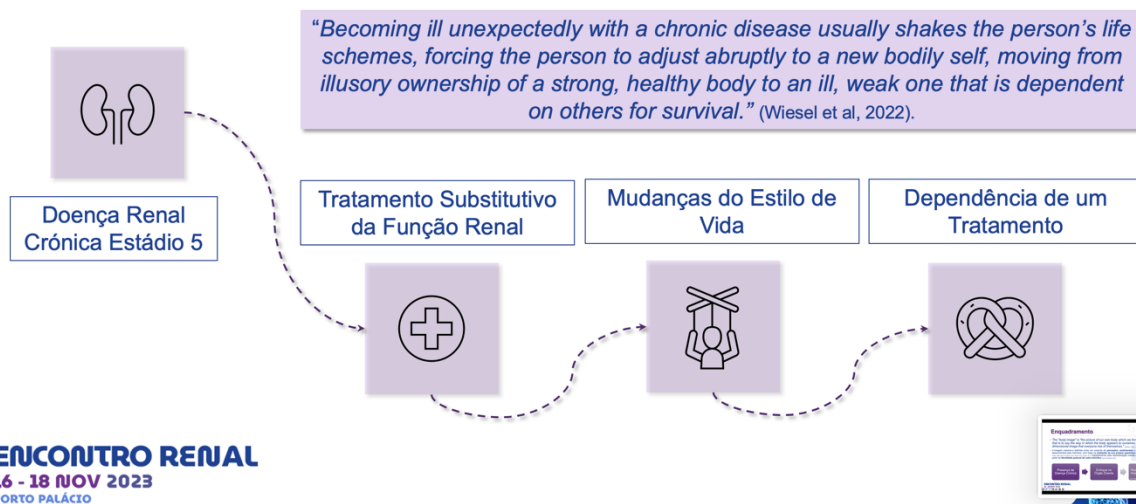
Restruturação da
Imagem Corporal

(Turra, Trentin, Ribeiro, Mantovani & Polak, 2001)

ENCONTRO RENAL
16 - 18 NOV 2023



Enquadramento



Revisão Scoping

Metodologia do Estudo



ENCONTRO RENAL
16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO

Revisão Scoping

Metodologia do Estudo



SCOPUS

PUBMED

CINAHL

MEDLINE

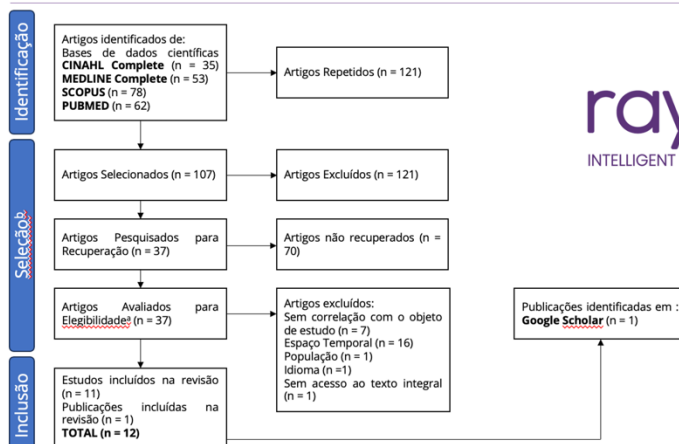
		Linguagem Natural	Termos indexados	
			CINAHL	MEDLINE
População #1	Clientes com DRC	Patient OR Chronic Kidney Disease OR Chronic Kidney Failure - (AB)	Patients OR Dialysis Patients / Renal Insufficiency OR Renal Insufficiency, Chronic OR Kidney Failure, Chronic - (AB)	Patients OR Renal Insufficiency, Chronic OR Kidney Failure, Chronic - (AB)
Conceito #2	Imagem Corporal	Body Image OR Self Concept - (AB)	Body Image OR Body Dissatisfaction OR Body Image Disturbance OR Self Concept OR Self-Concept Alteration OR Altered Self Concept - (AB)	Body Image OR Body Dissatisfaction OR Self Concept - (AB)
Contexto #3	Díalise	Hemodialysis OR Peritoneal Dialysis OR Dialysis OR Dialytic Technique - (AB)	Dialysis OR Dialysis Care OR Hemodialysis OR Hemodialysis Care OR Hemodialysis Therapy OR Peritoneal Dialysis OR Peritoneal Dialysis Care OR Peritoneal Dialysis Therapy - (AB)	Renal Dialysis OR Dialysis OR Peritoneal Dialysis - (AB)
#4	#1 AND #2 AND #3			

ENCONTRO RENAL
16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO



Revisão Scoping

Metodologia do Estudo



rayyan
INTELLIGENT SYSTEMATIC REVIEW



ENCONTRO RENAL
16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO



Revisão Scoping

Resultados

Aspetos Físicos

- X Fístula Arteriovenosa (Mafara et al, 2016; Villarreal et al, 2019; Güçer e Kantarci, 2020)
- X Aneurismas (Villarreal et al, 2019; Güçer e Kantarci, 2020)
- X Hematomas (Mafara et al, 2016; Villarreal et al, 2019; Güçer e Kantarci, 2020)
- X Cicatrizes (Villarreal et al, 2019)
- X Dispositivos (Cateteres Centrais e Tenckhoff) (Villarreal et al, 2019)
- X Dilatação Abdominal (Villarreal et al, 2019)
- X Edema (Villarreal et al, 2019)
- X Perda Vs. Aumento do Peso (Villarreal et al, 2019; Nia et al, 2022)
- X Envelhecimento Precoce (Villarreal et al, 2019)
- X Diminuição da Libido (Frazão et al, 2014; Carvalho e Barbosa, 2016; Villarreal et al, 2019)
- X Dor Física (Mafara et al, 2016)
- X Esgotamento Físico (Frazão et al, 2014)
- X Compromisso da Funcionalidade Corporal (Cunha et al, 2021; Lev-Wiesel et al, 2022)



QUALIDADE DE VIDA FÍSICA

ENCONTRO RENAL

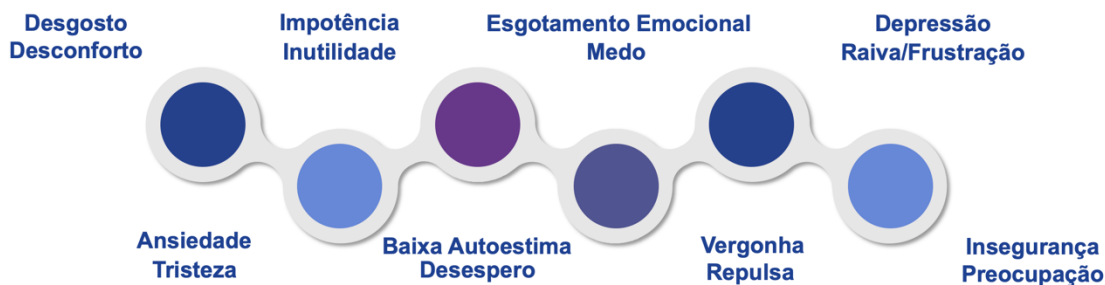
16 - 18 NOV 2023



Revisão Scoping

Resultados

Aspetos Psíquicos



QUALIDADE DE VIDA PSICOLÓGICA

(Leonard, 2013; Frazão et al, 2014; Mafara et al, 2016; Carvalho e Barbosa, 2016; Grasselli et al, 2016; Tavassoli e Nehr, 2018; Villarreal et al, 2019; Güçer e Kantarci, 2020; Cunha et al, 2021; Milic et al, 2022; Lev-Wiesel, et al 2022; Nia et al, 2022)

ENCONTRO RENAL

16 - 18 NOV 2023

PORTO PALÁCIO



Revisão Scoping

Resultados

Aspetos Sociais

QUALIDADE DE VIDA AMBIENTAL

- Dependência dos tratamentos/Profissionais de Saúde
- Dependência dos Familiares
- Alterações de Papéis
- Confronto com o olhar do outro (filhos e netos maioritariamente)
- Afastamento Social/Isolamento

ENCONTRO RENAL

16 - 18 NOV 2023



(Leonard, 2013; Frazão et al, 2014; Mafara et al, 2016; Carvalho e Barbosa, 2016; Tavşanlı e Nehir, 2018; Villarreal et al, 2019; Güçer e Kantarci, 2020; Cunha et al, 2021; Milić et al, 2022)

Considerações Finais

Implicações para a prática



ENCONTRO RENAL

16 - 18 NOV 2023

PORTO PALÁCIO

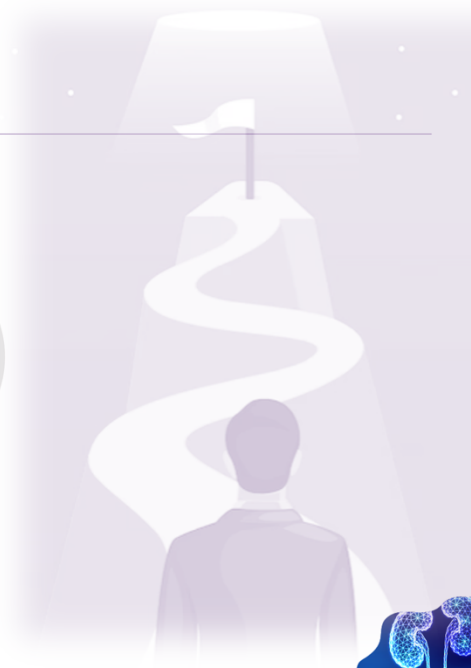


Considerações Finais

Implicações para a prática



ENCONTRO RENAL
16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO



**ENCONTRO
RENAL** 16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO



**"Learn from yesterday, live for today, hope for tomorrow.
The important thing is never to stop questioning" Albert Einstein**

OBRIGADO!

Jéssica Carolina Martins dos Santos Oliveira
jessicacarolinaoliveira95@gmail.com



**APÊNDICE V – Reflexão “Além das palavras: Desafios e
Adaptações no Consentimento Informado em Contextos
Multiculturais”**

Além das palavras: Desafios e Adaptações no Consentimento Informado em Contextos Multiculturais

As instituições de saúde têm o dever de adequar recursos e projetar estruturas que proporcionem o exercício profissional de qualidade. Para que o enfermeiro desenvolva intervenções de excelência, são necessários momentos oportunos para refletir sobre os cuidados prestados, permitindo ao enfermeiro uma tomada de decisão sustentada pelos padrões de qualidade pela qual se rege a profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Porém, o profissional de saúde, nem sempre dispõe de instrumentos e habilidades capazes de adequar os cuidados às reais necessidades.

“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.14). A reflexão permite uma visão ampla de uma situação, identificando os aspetos fulcrais e analisando a pertinência de cada um deles através de uma retrospectiva sobre a prática de cuidados, e de acordo com os resultados obtidos.

Numa situação experienciada no setor convencionada da hemodiálise, para o meu desenvolvimento de competências, surge a necessidade de analisar um caso clínico tendo por base o modelo reflexivo de Schön. De acordo com Schön (1997), todas as experiências vivenciadas, estando ou não de encontro com as nossas expectativas, podem ser dispensadas ou respondidas mediante uma reflexão.

Este processo é desenvolvido através de uma retrospeção (refletir sobre a ação), e compreendendo ou valorizando a ação como contributo para o resultado encontrado (refletir no meio da ação), sem interrupção (reflexão na ação) (Dorigon e Romanowski, 2008). Ou seja, num primeiro momento, a reflexão ocorre durante a prática clínica, seguida de uma revisão e análise fora do contexto, e por fim, são realizadas considerações sobre a reflexão na ação com o objetivo de desenvolver e mobilizar competências pessoais e profissionais que contribuam para a tomada de decisão na prática de cuidados de enfermagem.

A situação clínica selecionada remete-nos para uma cliente, do sexo feminino, com 26 anos de idade e natural do Bangladesh. O seu marido (motorista numa empresa alimentar), reside em Portugal há sete anos, tendo estado anteriormente durante três anos no Reino Unido.

A cliente, em 2020 realizou uma análise de urina sumária (tipo II) com proteinúria e albuminúria. Em dezembro de 2022, após realização de exames de rotina, no seu país de origem, é diagnosticada com hipertensão arterial e doença renal crónica. Nesse momento, com hemoglobinas em cinética descendente e retenção azotada importante (creatinina 6.57mg/dL), hipocalcémia e paratormona intacta de 793pg/ml. A ecografia renal revela rins hipotrofiados e hiperecogénicos.

A cliente, viajou para Portugal em fevereiro de 2023, onde passa a residir com o seu marido e a sua filha de dois anos. A família alargada permanece no país de origem. Apesar disso, têm uma rede de amigos emigrados e estabeleceram uma relação próxima com os seus vizinhos. O casal apresenta autorização de residência válida até 2025.

A cliente exerceu como professora do 1º ciclo e frequentava uma licenciatura em economia que não chegara a terminar. No entanto, deparamo-nos com uma barreira linguística na medida em que apresenta um discurso parco em inglês e não fala português. Neste momento, encontra-se inscrita no centro de emprego, pretende inscrever-se num curso online de português (assim que a sua situação de logística familiar o permitir) e inscrever a sua filha numa creche. Existem dificuldades económicas derivadas à necessidade de interrupção do horário laboral do seu marido para cuidar da menor aquando da realização dos tratamentos da cliente e desemprego da mesma. Face às dificuldades sentidas pelo agregado familiar, foi pedido apoio ao instituto de segurança social que solicitou o relatório clínico.

A família reside em quarto arrendado, habitação que partilham com outra família portuguesa, fisicamente adequada e com infraestruturas básicas. A vida diária da senhora é centrada nas rotinas domésticas, deslocando-se ao exterior apenas por questões de saúde. Em articulação com a assistente social foi prestada informação sobre a doença/tratamento e direitos médico-sociais. E ainda foi facultada informação adicional sobre atestado médico de incapacidade multiuso, bem como respetivo requerimento.

Iniciou seguimento hospitalar a partir de março do ano passado, construindo fístula arteriovenosa umerocefálica esquerda, seguida de falência primária. Por síndrome urémico, após consulta de esclarecimento, induziu hemodiálise dia 3 de junho através de um cateter provisório na veia jugular inteira direita.

A 26 de Setembro de 2023 dirige-se ao centro de acessos vasculares para construção de nova fístula arteriovenosa. Desta vez, braquiocefálica esquerda com maturação progressiva e sem complicações.

No início do programa aguardava transição para o turno que permitia ao seu marido uma maior afluência de clientes no seu emprego. Para uma melhor adaptação a esta dificuldade, imposta pelo horário de tratamento, foi mobilizada para o turno preferencial.

Durante as idas à clínica para realização do tratamento hemodialítico, a cliente mantinha uma postura reservada, constatando de imediato o seu défice linguístico e mencionando apenas a pesagem inicial em língua inglesa. O discurso era verdadeiramente escasso e perante consultas médicas e de enfermagem o seu marido era o principal interveniente e transmissor da informação.

Face ao exposto temos uma mulher de 26 anos, com doença renal crónica terminal que vem residir para Portugal e que inicia hemodiálise, numa unidade convencionada, como terapêutica substitutiva da função renal. Enfrenta barreiras linguísticas e culturais importantes, dificuldades económicas e depende do marido para comunicação e apoio.

O objetivo da minha intervenção passava por fornecer cuidados especializados de enfermagem, adaptados cultural e linguisticamente, garantindo o respeito pelos direitos da cliente ao oferecer suporte prático e emocional adequado.

Na elaboração de um plano de intervenção especializado de enfermagem, a primeira grande problemática que se levantou, no desenvolvimento e adaptação do mesmo, dizia respeito à questão do consentimento informado. Era necessária uma resposta guiada pela necessidade de respeitar as barreiras culturais e linguísticas da cliente, enquanto se assegurava que ela consentia e recebia os cuidados necessários de forma ética e legalmente responsável. Este caso, coloca em relevo a complexidade inerente à garantia do consentimento informado em contextos multiculturais e multilinguísticos.

Por forma a podermos aprofundar a natureza desta reflexão irei procurar fundamentar a problemática do **consentimento informado**.

O ordenamento jurídico português assegura uma proteção ampla ao direito de autodeterminação da pessoa, tanto no plano constitucional, como evidenciado pelos artigos 1º, 25º e 26º da Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional n.º

1/2005, 2005), quanto no plano penal (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995) e civil (Decreto-Lei n.º 47344, 1966), destacados respetivamente nos artigos 156º e 70º. Estes artigos garantem os direitos à integridade moral e física e ao livre desenvolvimento da personalidade. Especificamente no contexto da saúde, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019) reforça o direito dos clientes a serem completamente informados sobre a sua situação, alternativas de tratamento e prognóstico, alinhando-se com os princípios da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina ratificada por Portugal (Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, 2001).

A problemática da questão do consentimento informado surge aquando da interpretação jurídica das normas/regras que estas fontes do direito contêm. Vejamos alguns exemplos. A norma fundamental no ordenamento jurídico português relativa ao dever de esclarecimento encontra-se no artigo 157º do Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995), o qual prevê que o consentimento só é eficaz quando o cliente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico, a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou tratamento. Assim sendo, a finalidade fundamental do esclarecimento deve ser a de permitir que o cliente, com base nos seus sistemas de valores, possa determinar se deseja ou não consentir na intervenção que lhe é proposta. Será que o ordenamento jurídico português prevê e define com clareza o que se entende por consentimento livre e esclarecido? Esta é talvez a questão basilar desta problemática.

No esclarecimento para a autodeterminação, no âmbito da saúde, estamos perante a informação que os profissionais de saúde devem dar previamente a qualquer intervenção, de modo a permitir a livre decisão do cliente e para dar cumprimento ao princípio da autonomia da pessoa humana.

Os profissionais de saúde têm a obrigação de informar os clientes, mas há dúvidas sobre o conteúdo dessa informação. Estamos num domínio em que o casuismo é a regra e em que as condições e características da relação clínica variam extraordinariamente. Uma obrigação de informar muito exigente teria muitos custos, na medida em que a sua prática demora tempo, e em geral os clientes não necessitam de informação exaustivamente especializada que em nada afeta a sua capacidade de decidir. Por outro lado, o tempo que o profissional despende a prestar informação de pouca utilidade marginal, não o dispõe para dar resposta a outras necessidades do cliente. Demasiada

informação, que o cliente normalmente não poderá compreender e assimilar, pode conduzir a situações em que ele não consegue realizar uma escolha informada.

A informação sobre os riscos, em especial os riscos raros, mas graves, é aquela que mais tem levantado dúvidas. Não será o consentimento informado, em primeira linha, um instituto que visa permitir a autodeterminação dos riscos assumidos e assim uma delimitação do risco que impendem sobre o profissional de saúde ou sobre o cliente? Que caminho seguir?

Outra questão que assume particular relevância relaciona-se com o facto de entre o dever de informar e o dever de obter o consentimento, situa-se o dever de averiguar se o interessado entendeu as explicações que lhe foram dadas. Sem satisfação deste dever, nada garante que o consentimento foi realmente esclarecido, embora o profissional de saúde tenha aparentemente cumprido a obrigação de informar. Tanto mais que, frequentemente, se recorrem a formulários pré-formulados, a que o cliente se limita a apor a sua assinatura.

A eficácia do consentimento informado, conforme delineado no artigo 157º do Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995), depende crucialmente do cliente estar plenamente esclarecido sobre o diagnóstico, natureza, alcance e possíveis consequências das intervenções clínicas. Para a nossa cliente bengali, que não fala português nem inglês, este requisito apresenta um desafio único. Assegurar que ela compreenda o diagnóstico de doença renal crónica terminal, a necessidade e os riscos da hemodiálise e as possíveis complicações, requer uma abordagem cuidadosa e adaptada.

Este desafio destaca uma questão crítica na nossa prática: como garantir um consentimento informado efetivo e ético num contexto multilinguístico e multicultural? Os profissionais de saúde devem equilibrar a necessidade de fornecer informações completas e compreensíveis com as limitações de comunicação da cliente. A utilização de intérpretes qualificados, materiais informativos na língua materna da cliente e métodos visuais de comunicação são essenciais.

O dever de informar também deve ser considerado à luz do direito ao privilégio terapêutico, como indicado no artigo 157º do Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995). Este equilíbrio é particularmente delicado no caso da cliente bengali, onde o excesso de informação, especialmente sobre riscos raros, mas graves, pode ser esmagador ou mal interpretado, causando mais danos do que benefícios. Segundo o artigo em questão o

profissional de saúde pode/deve omitir as informações que possam causar graves danos à saúde ou vida do cliente. Entramos novamente num “terreno pantanoso” no que respeita à interpretação jurídica da regra. O que prevalece e em que circunstâncias? O consentimento presumido está igualmente previsto no artigo 340º do Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344, 1966) e no artigo 39º do Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995). Mas o que se entende por vontade presumível do lesado? O termo presumível por si pode solevar sérias dúvidas de interpretação.

Pelo disposto anteriormente percebe-se que a dificuldade em interpretar o texto legal que define o conceito de consentimento informado é uma porta aberta para a criação de situações de responsabilidade civil, penal e profissional dos profissionais de saúde, já que havendo violação do dever de esclarecimento, o consentimento é ineficaz, e assim todas as intervenções dos profissionais de saúde são tidas como ilícitas. Se os profissionais de saúde não conseguirem provar que cumpriram os deveres de esclarecimento e que agiram ao abrigo de uma causa de justificação, recai sobre eles todo o risco de responsabilidade da intervenção em saúde, bem como eventuais fracassos, efeitos secundários não controláveis e outros danos resultantes da intervenção. Os profissionais de saúde podem incorrer assim, em problemas críticos no domínio da responsabilidade civil (Decreto-Lei n.º 47344, 1966), por ação, por violação ou desrespeito dos direitos dos clientes, neste caso ações por violação do consentimento informado, em responsabilidade penal (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995) por intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, ou seja, sem o consentimento do cliente, cujos efeitos penais cabem no âmbito dos chamados crimes contra a integridade física. Os enfermeiros, podem ainda incorrer em responsabilidade profissional, arriscando incorrer em infrações disciplinares por não cumprimento, entre outros, do dever de esclarecer presente no código deontológico da Ordem Profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Esta dificuldade de interpretação, em última análise pode conduzir a uma conflituosidade estéril, profissionais de saúde por um lado e clientes por outro, para que ambas as partes legitimamente se possam proteger.

Estes riscos são ampliados em casos como o da cliente bengali, onde as diferenças linguísticas e culturais podem resultar em mal-entendidos ou falta de compreensão, apesar dos esforços para informar adequadamente.

Esta situação em concreto, ilustra a necessidade crítica de diálogo adaptado e sensível no processo de consentimento informado. Este caso evidencia a importância de uma prática de cuidados de saúde que não só cumpra os requisitos legais, mas também respeite a dignidade, os valores e os direitos de cada cliente. Assegurar o consentimento informado neste contexto vai além da conformidade legal; trata-se de honrar a individualidade cultural e linguística da cliente, garantindo que ela receba um cuidado ético, responsável e culturalmente competente.

No contexto desafiador da intervenção especializada de enfermagem para a cliente bengali de 26 anos, onde enfrentamos a ausência de intérpretes profissionais e onde os recursos são limitados, a tarefa de assegurar o consentimento informado exige uma abordagem adaptativa e inovadora. Este caso, analisado sob a perspetiva do modelo reflexivo de Donald Schön (Dorigon e Romanowski, 2008), oferece *insights* valiosos para a prática de enfermagem em ambientes multiculturais.

Inicialmente, a situação revelou-se complexa, com a barreira linguística a impor dificuldades significativas na comunicação efetiva e no processo de consentimento informado. A utilização de aplicações de tradução em dispositivos móveis, como o *Google Translate*, surgiu como uma ferramenta útil, embora não substitua a precisão e a eficácia de um intérprete humano qualificado. Estas aplicações provaram ser valiosas para traduzir instruções básicas e informações simples. Em situações mais complexas, poderíamos recorrer a plataformas de vídeo-chamada com serviços de tradução simultânea, oferecendo uma alternativa mais robusta para uma comunicação exata.

O papel do marido da cliente, atuando como tradutor informal, foi central nesta estratégia. Ele não só facilitou a comunicação diária, mas também forneceu *insights* culturais valiosos. Orientações básicas sobre como comunicar informações clínicas de forma eficaz foram dadas ao marido, embora fosse crucial ter em mente as limitações da sua capacidade de interpretar termos clínicos complexos.

Além disso, a implementação de materiais visuais, como ilustrações e diagramas, e textos escritos simples em bengali, ajudou a explicar as condições clínicas e os procedimentos. Estes recursos, mais fáceis de compreender, transpuseram as barreiras da tradução exata. Técnicas de *feedback*, como pedir à cliente e ao marido para repetirem as informações nas suas próprias palavras, garantiram a eficácia da comunicação.

Esta experiência, refletida através do modelo de Schön (Dorigon e Romanowski, 2008), destacou inicialmente a necessidade de uma resposta imediata, exemplificando a reflexão na ação. As soluções adotadas, embora não ideais, foram uma resposta necessária e prática às limitações imediatas, permitindo a comunicação básica e o fornecimento de cuidados.

Posteriormente, a reflexão sobre a ação revelou a importância de desenvolver estratégias mais robustas para lidar com tais situações. A busca por tecnologias de tradução mais avançadas e o desenvolvimento de uma rede de apoio comunitário, que possa oferecer serviços de tradução ou aconselhamento cultural quando necessário, emergiram como áreas-chave.

Neste seguimento, ocorre a sensibilização da equipa multidisciplinar para esta problemática, alertando para esta situação concreta e com o intuito de refletir sobre as possíveis intervenções, centrada na melhoria da qualidade dos cuidados atualmente prestados e garantindo o consentimento de forma informada na tomada de decisão. Em articulação com os pares, propõe-se a construção de um instrumento com linguagem simples, disponível em várias línguas, que pode ser atualizado de acordo com as necessidades culturais da instituição e que facilite a comunicação durante o tratamento.

Este caso ressalva a importância de uma abordagem holística e culturalmente sensível em enfermagem. Superar barreiras linguísticas e compreender as crenças culturais dos clientes são cruciais para adaptar as práticas de cuidado às necessidades únicas de cada um.

Em conclusão, o caso da cliente bengali sublinha a necessidade de flexibilidade, criatividade e sensibilidade cultural na prática de enfermagem, especialmente em contextos onde os recursos são limitados. Esta experiência ampliou o meu entendimento sobre os desafios do consentimento informado em ambientes multiculturais, reforçando a necessidade de estratégias inovadoras para assegurar que todos os clientes recebam cuidados de saúde inclusivos e respeitosos.

Referências Bibliográficas

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Cristopher, J. (1999). Achieving effective work as a professional activity. In: Schober, J.; Hinchliff, S. *Advanced nursing Practice Key concepts for health care*. Arnold. London.

Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 (2001). Ratifica a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Presidência da República. Diário da República Série I-A (N.º 2 de 03-01-2001), 14-36. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>

Decreto-Lei n.º 47344 (1966). Código Civil – Decreto Lei n.º 47344 de 25 de novembro de 1966. Diário do Governo n.º 274/1966, Série I. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075>

Decreto-Lei n.º 48/95 (1995). Código Penal - Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março de 1995. Conselho de Ministros. Diário da República Série I-A (N.º 63 de 15-03-1995). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Dorigon, T., Romanowski, J. (2008). A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*. Vol. n.º 5, 8-22.

Fortunato, I., Neto, A. (2017). 20 anos sem Donald Schön: o que aconteceu com o professor reflexivo? Edições Hipóteses.

Lei Constitucional n.º 1/2005 (2005). Sétima revisão constitucional da Constituição da República Portuguesa. Assembleia da República. Diário da República, Série I-A (N.º 155 de 12-08-2005), 4642 – 4686. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/leiconst/1/2005/08/12/p/dre/pt/html>

Lei n.º 95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 169 de 04-09-2019), 55-66. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>

Mendes, A. (2015). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Eletrónica Educare*. Vol. n.º 20(1). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual dos Enunciados Descritivos. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência à acção – closing the gap: from evidence to action. Conselho Internacional de Enfermeiros, Suíça.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Universidade Aberta, Lisboa.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 135 de 16- 07-2018), 19359-19370.

Serra, A., Simões, A., Fernandes, J., Ferreira, M. (2021). O Cuidado Centrado na Pessoa. EBook. II Jornadas de Enfermagem. Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37866/1/EBOOK%20II%20JESSEM%202020.pdf>

APÊNDICE VI – Poster “Bem-estar intra e interdialítico”

MULTICULTURALIDADE



Como comunicar? Bem-Estar

PORTUGUÊS

OLÁ, COMO ESTÁ?
COMO TEM PASSADO EM CASA?
SENTE DIFICULDADE EM RESPIRAR?
SENTE AS PERNAS INCHADAS?
SENTE-SE FRACO OU COM DOR?
TEM TIDO CÂIBRAS?
NÁUSEAS, VÔMITOS OU DIARREIA?
TEM ALGUMA DÚVIDA?

ESPAÑHOL

¿HOLA, COMO ESTAS?
¿CÓMO HAS ESTADO EN CASA?
¿SIENTES DIFICULTAD PARA RESPIRAR?
¿SIENTE LAS PIERNAS HINCHADAS?
¿SE SIENTE DÉBIL O CON DOLOR?
¿TU VISTE CALAMBRES?
¿NÁUSEAS, VÓMITOS O DIARREA?
¿TIENES ALGUNA DUDA?

INGLÊS

HELLO, HOW ARE YOU?
HOW HAVE YOU BEEN AT HOME?
DO YOU FEEL DIFFICULTY BREATHING?
DO YOUR LEGS FEEL SWOLLEN?
DO YOU FEEL WEAK OR IN PAIN?
DID YOU HAVE CRAMPS?
NAUSEA, VOMITING OR DIARRHEA?
DO YOU HAVE ANY QUESTIONS?

BENGALI

HAI, APANI KEMANA ACHENA?
APANI BARITÊ KEMANA ACHENA?
APANI KI SBASA NITÊ KASTA ANUBHABA KARENA?
APANARA KI PA PHOLA MANE HACCHE?
APANI KI DURBALA BA BYATHA ANUBHABA KARENA?
APANI KRYAMP ACHÊ?
BAMI BAMI BHABA, BAMI BA DARYAYÂ?
APANARA KONA SANDEHA ACHÊ?



MULTICULTURALIDADE



Como comunicar? Bem-Estar

RUSSO

ПРИВЕТ, КАК ДЕЛА?
КАК ТЫ ДОМА?
ЧУВСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ?
ВЫ ЧУВСТВУЕТЕ, КАК ОПУХЛИ НОГИ?
ВЫ ЧУВСТВУЕТЕ СЛАБОСТЬ ИЛИ БОЛЬ?
У ВАС БЫЛИ СУДОРОГИ?
ТОШНОТА, РВОТА ИЛИ ДИАРЕЯ?
У ВАС ЕСТЬ СОМНЕНИЯ?

CHINÊS

你好你好嗎?
你在家過得怎麼樣?
您是否感到呼吸困難?
有沒有感覺腿腫了?
您是否感到虛弱或疼痛?
你有抽筋嗎?
噁心、嘔吐或腹瀉?
你還有什麼疑問嗎?

CROÍLO

OI, KUSÉ KI BU TA BEM?
KUSÉ KI BU TA PASSA NA KAS?
BU TA SENTI DIFIKULDADE PA RESPIRA?
BU TA SENTI PERNA INCHADU?
SENTE-SE FRACO OU KU DOR?
TIN TIDO KRAMP?
TIN NÁUZIA, VOMITU OU DIARREIA?
TIN ALGUN DUVIDA?



FRANÇAIS

BONJOUR, COMMENT ALLEZ-VOUS?
COMMENT ÇA VA À LA MAISON ?
RESSENTEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À RESPIRER ?
AVEZ-VOUS LES JAMBES GONFLÉES ?
VOUS SENTEZ-VOUS FAIBLE?
AVEZ-VOUS DES DOULEURS?
AVEZ-VOUS DES CRAMPES ?
NAUSÉES, VOMISSEMENTS OU DIARRHÉE ?
AVEZ-VOUS UN DOUTE ?

APÊNDICE VII – Resultados Revisão *Scoping*

Título / Autor(es) / Ano de Publicação / País / Base de Dados	Metodologia	Amostra	Resultados		
			Aspetos Físicos	Aspetos Psíquicos	Aspetos Sociais
Changes in the Self-concept Mode of Women Undergoing Hemodialysis: A Descriptive Study. Frazão, C., Bezerra, C., Paiva, M., Lira, A. (2014) Rio Grande do Norte, Brasil Cinahl	Estudo descritivo no período de quatro meses. Foi realizado através de entrevistas estruturadas e baseadas no Modelo de Adaptação de Callista Roy.	178 clientes com DRC em programa de HD numa clínica de referência da cidade. Para analisar os resultados foi realizada a seleção de 24 entrevistas de clientes do sexo feminino (com idades entre 24 e 60 anos, com idade média de 48,5 anos), que apresentaram alterações no modo do autoconceito de acordo com o modelo de Roy, segundo o juízo clínico dos autores após a leitura das narrativas contidas na entrevista.	Problemas adaptativos: disfunção sexual do eu físico, ao nível do autoconceito do modelo de Roy. Os resultados das entrevistas remeteram para comportamentos relacionados ao autoconceito, tais como: a verbalização de sentimentos negativos sobre o corpo; preocupação com mudanças corporais (desconforto sentido pelo aparecimento da FAV); e perda da libido ou disfunção sexual com consequente redução da atividade sexual, resultando muitas vezes num esgotamento físico.	Problemas adaptativos: baixa autoestima do eu pessoal ao nível do autoconceito do modelo de Roy. Das entrevistas verbalizaram sentimentos de vergonha, sentimentos de tristeza, medo, ansiedade e insegurança com consequente esgotamento emocional. Os estímulos residuais encontrados foram sentimentos de inutilidade resultando em comportamento autodestrutivo.	Os depoimentos revelaram ainda isolamento e desvalorização da imagem social dos indivíduos.
Shame and disgust-sensitivity in adult dialysis patients: Are these variables predictive of psychological morbidity, body image disturbance and quality of life? Leonard, C. (2013) Leicester, Reino Unido Cinahl	O estudo utilizou um design de pesquisa quantitativo transversal. Os participantes preencheram 5 questionários padronizados e um questionário que continha itens retirados de uma medida padronizada ao lado de novos itens criados para o propósito do estudo. As variáveis dependentes foram morbilidade psicológica	93 clientes adultos a realizar diálise num centro especializado regional em Midlands, voluntários. Critérios de inclusão: clientes em diálise (HD ou DP) há mais de 6 meses; adultos ≥ 18 anos; e com bom padrão de inglês escrito. Características da amostra: a amostra foi predominantemente masculina (63,4%), com idade média de 58 anos. Os dados do local do acesso à	Qualidade de vida: diminuída na amostra de diálise quando comparada à população em geral. As pontuações foram comparadas com outras populações renais, demonstrando que a amostra apresentou maior comprometimento na qualidade de vida física. Perturbação da IC: o distúrbio da IC medido pelo <i>Body Image Disturbance Questionnaire</i>, não foi significativamente diferente de outras populações renais. No entanto, foi significativamente maior do que os dados normativos da amostra indicando uma perturbação	Morbilidade Psicológica: os níveis de depressão são significativamente superiores quanto comparados com indivíduos saudáveis da comunidade. Quando comparados com clientes cardíacos, os <i>scores</i> de ansiedade e depressão são significativamente menores. As pontuações foram comparadas com outras populações renais, demonstrando que a amostra apresentou menor comprometimento na qualidade de vida psicológica do que outras amostras renais.	

	(ansiedade e depressão), qualidade de vida e perturbações da IC. As variáveis independentes foram a vergonha geral e específica do corpo e o nojo. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística. Alguns dados qualitativos foram colhidos em questões abertas nos questionários e foram submetidos a uma análise temática.	diálise suportam os números do tipo de diálise, com maior percentual de acessos localizados no braço e o segundo maior na parte inferior do tronco (HD e DP respetivamente).	da IC acima do que seria esperado na população em geral. Quando aplicada a <i>Derriford Appearance Scale 24</i>, a amostra demonstrou uma elevada preocupação com a aparência quando comparada à população em geral.	Vergonha: surgiram níveis medianos de vergonha corporal na amostra. Repulsa: as pontuações não são significativamente diferentes da população em geral. Porém, quando aplicada a subescala de repulsa por contaminação/infeção do acesso vascular, a amostra demonstra níveis superiores quando comparada à população em geral.	
The lived experience of hemodialysis patients who have had a new arteriovenous fistula cannulated in a satellite unit. Mafara, K., Magarey, J., Rasmussen, P. (2016) Adelaide, Austrália Cinahl	Estudo qualitativo, hermenêutico e fenomenológico realizado através de entrevistas abertas gravadas em áudio (amostragem intencional). Foram ainda realizadas notas de campo.	6 clientes (quatro mulheres e dois homens) com idades entre os 44 e 75 anos, que experienciaram a canulação inicial da sua FAV entre 3 a 12 meses antes das entrevistas.	Preparação para a pior dor: a dor foi mencionada como um dos maiores medos iniciais, ainda que, por vezes, fosse utilizado anestésico local a dor era a mesma. Outros culpam a equipa pela dor e hematomas associados à punção. Perda de controlo: alteração de rotinas que causou dependência dos profissionais de saúde e familiares. Invasão corporal: sentimentos de vulnerabilidade devido à invasão dos corpos pelo resultado da DRC terminal. Imagem corporal alterada: lutas diárias para lidar com a sua nova imagem após a criação e punção da nova FAV principalmente quando confrontados com filhos e netos.	Medo: estes clientes requerem interação constante com as equipas de saúde, sentindo-se vulneráveis porque deles dependem para manter a sua saúde e bem-estar. Entrega: embora ansiosos, confusos e com sensação de incerteza sobre o procedimento, não tiveram outra alternativa senão render-se aos profissionais de saúde. Linha da vida: os clientes expressaram o seu conhecimento sobre a importância da FAV, relatando o medo de a perder e demonstrando preocupação, autoconsciência, responsabilidade e valorização. Você é apenas um número: os clientes sentiram que não receberam atenção suficiente ou não foram valorizados pelos	Afastamento social pela dependência dos tratamentos três vezes por semana.

				enfermeiros referindo sentir-se desrespeitado, abatido e perdido. Sentido de esperança: alguns clientes expressaram a sua gratidão confiando nos profissionais e permitindo um futuro.	
Body Changes and Decreased Sexual Drive after Dialysis: A Qualitative Study on the Experiences of Women at an Ambulatory Dialysis Unit in Spain. Villarreal, M., García, J., Gonzalez, L., Corrales, J., Rodriguez, J., Ceña, D. (2019) Madrid, Espanha Medline	Estudo qualitativo fenomenológico, realizado através de entrevistas (colheitas de dados durante um período de sete meses). Primeira fase foram entrevistas não estruturadas com questões abertas. E a segunda etapa consistiu em entrevistas semiestruturadas. Foram ainda realizadas notas de campo.	18 clientes do sexo feminino, que realizam tratamento dialítico numa Unidade de Diálise Ambulatorial que pertence ao sistema público de saúde de Madrid. Os critérios de inclusão foram: sexo feminino, maiores de 18 anos, apresentarem cateter de HD, FAV ou cateter de DP, com o diagnóstico de DRC seguindo os critérios do KDIGO. Como critérios de exclusão: doença renal aguda que requer HD, distúrbios psiquiátricos e/ou cognitivos graves, incapacidade de se comunicar em espanhol ou fornecer consentimento informado.	Algumas participantes alegaram sentir-se deformadas e inchadas. Referiram um antes e depois associado ao marco do início do tratamento, mencionando sentirem-se irreconhecíveis para si próprias ao espelho. Outras, após a remoção do excesso de líquidos, abordam a perda de peso como algo que refletia num corpo não reconhecido por si. O declínio físico semelhante ao envelhecimento precoce também foi verbalizado. As pequenas cirurgias que levam à criação de um AV e a necessidade de conviver com cateteres, fistulas e cicatrizes associadas, exercem uma forte influência na percepção da IC. Esta amostra referiu ajustes na forma de vestir para esconder as deformações e dispositivos uma vez que lhes eram pedidas explicações. Os aneurismas e hematomas são caracterizados como feios e medonhos. A maioria reconheceu que a DRC afetou a sua sexualidade, diminuindo o seu desejo sexual e admitindo sentir menos interesse ou total desinteresse em manter relações sexuais. Muitas vezes relacionam com o cansaço, principalmente após a HD, outras ao fato de se sentirem menos atraentes devido às	Sentimentos de vergonha e raiva, bem como sensação de desconforto e ansiedade associados às transformações corporais. Muitas mulheres sentem-se menos atraentes diminuindo a sua autoimagem e autoestima.	A maioria das mulheres temia perder a sua independência e autonomia tornando-se um fardo para as famílias. Comparados com usuários frequentes de drogas injetáveis.

			mudanças da IC, e noutras circunstâncias pela idade avançada. Nas mulheres mais ativas sexualmente, esta situação foi vivenciada como uma perda, obrigando-as a manter relações sem desejo e naturalmente menos satisfatórias. A presença de dispositivos teve um grande impacto neste campo, obrigando a alterações de determinados hábitos, ou posturas durante o ato ou, ocasionalmente, dificultando totalmente a relação. Os cateteres afetaram mais esta dimensão que as FAV.		
Levels of Depression and Anxiety and the Body Image of Female Patients on Renal Replacement Therapy. Milić, J., Vranješ, I., Šantić, K., Šantić, A., Ćusa, Z., Zibar, L. (2022) Zagreb, Croácia Medline	Estudo transversal realizado no <i>Clinical Hospital Center</i> em Osijek. A pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário anónimo que consistia num levantamento sociodemográfico, de uma escala da imagem corporal, da escala do transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7), e de um questionário sobre a saúde do cliente (PHQ-9) para avaliar os níveis de depressão.	Participaram 146 mulheres divididas em três grupos. O primeiro grupo foram 53 mulheres com idade média de 68 anos, com DRC em programa de HD. O segundo grupo foram 53 mulheres com idade média de 58 anos, com DRC e submetidas a transplante renal. E o terceiro grupo consistia em 90 mulheres saudáveis com idade média de 62,5 anos. Os critérios de exclusão do estudo foram: dados anamnésticos positivos para malignidade ativa, idade < a 18 anos, pessoas com cirurgia mutilante, pessoas com outras doenças mentais ou somáticas graves e clientes que se recusaram a assinar	Encontrou-se uma diferença significativa na autoimagem entre o grupo de controlo, os clientes em HD e os clientes transplantados. Os clientes com melhor imagem corporal remetiam para o grupo de controlo, valores médios para o grupo do transplante e uma imagem corporal negativa maioritariamente para os clientes sob HD.	Os níveis de depressão foram estatisticamente mais elevados no grupo sob HD comparativamente ao grupo de controlo, sendo que não foram encontradas diferenças entre o grupo de controlo e o grupo do transplante. Não houve diferenças estatísticas relativamente aos níveis de ansiedade.	Relativamente aos aspetos sociodemográficos foi apenas encontrada uma diferença estatisticamente significativa na autoimagem associada ao nº de filhos das entrevistadas, ou seja, maior nº de filhos remetem para valores mais elevados de compromisso da autoimagem.

		o consentimento informado.			
The Relationship Between Self-Care Behavior and Concerns About Body Image in Patients Undergoing Hemodialysis in Iran. Nia, H., Kohestani, D., Sivarajan, F., Ibrahim, F., Ibrahim, M., Shahparast, F., Goudarzian, A. (2022) Teerão, Irão Medline	Este estudo utiliza um desenho de estudo transversal. Os instrumentos utilizados incluíram um formulário de registo demográfico, o questionário de preocupação com a imagem corporal (BICI) e o questionário de avaliação dos comportamentos do autocuidado com a fistula arteriovenosa (ASBHD-AVF).	O tamanho da amostra foram 280 clientes, com diagnóstico de DRC terminal e em programa de HD no Shahvand Diálise em Sari. Os critérios de inclusão foram: saber ler e escrever, e ter idade ≥ 18 anos. E exclusão: alcoolismo, problemas mentais, emocionais e verbais, alterações do estado de consciência, doenças gastrointestinais, como úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico, e insuficiência cardíaca congestiva.	Neste estudo, variáveis como idade, sexo e comportamentos de autocuidado refletem preocupações com a imagem corporal em clientes sob HD. Quanto ao género as mulheres revelam maior preocupação com a imagem corporal que os homens.	Existe uma relação entre o comportamento no autocuidado e a preocupação com a imagem corporal, uma vez que promovendo o autocuidado, a ansiedade da imagem corporal pode ser reduzida nestes clientes. O autocuidado permite ao cliente um controlo adicional sobre a sua doença crónica e a monitorização da sua saúde.	Não foi encontrada nenhuma relação significativa entre as variáveis relativas ao nível educacional e situação económica e as preocupações com a imagem corporal.
"Losing Faith in My Body": Body Image in Individuals Diagnosed with End-Stage Renal Disease as Reflected in Drawings and Narratives. Lev-Wiesel, R., Sasson, L., Scharf, N., Saleh, Y., Glikman, A., Hazan, D., Shacham, Y., Barak-Doenys, K. (2022) Qiryat Shemona, Israel Pubmed	Estudo retrospectivo que investiga a percepção da imagem corporal antes do diagnóstico de insuficiência renal e na atualidade (desenhos auto-figurados e narrativas). Abordagem de métodos mistos: medidas qualitativas que incluíram desenhos e narrativas; e as medidas quantitativas incluíram dados demográficos, escala de depressão (CES-D), Percepção corporal (MBSRQ) e	Uma amostra de conveniência (n = 29, idade varia de 47 a 78, média = 66,3) de pessoas que foram diagnosticadas com DRC terminal e realizavam HD crónica ou DP (desse 1 ano a 27 anos, mediana = 3 anos) na Nefrologia e a Unidade de Diálise do <i>Shamir Medical Center</i> (Assaf Harofe). Clientes que sofriam de doenças crónicas adicionais, como cancro, foram excluídos.	A amostra, durante as entrevistas revelou mudanças significativas da aparência física, Ex.: “eu tinha um peso normal, depois engordei por causa da água na barriga, agora estou magro porque não como”; “entreguei todas as roupas, estou feia”, “já fui atraente agora sinto-me fisicamente desconfortável”, e “a minha barriga fica enorme após o tratamento, incomoda-me muito”. Nenhum dos indicadores definidos pelos investigadores na análise das autofiguras teve alterações comparando o pré e pós diagnóstico.	Correlações positivas entre a depressão e os fatores da imagem corporal que contemplam a orientação para a aparência (investimento na própria aparência) e a orientação para a doença (grau de investimento num estilo de vida fisicamente saudável). Correlação positiva e significativa entre os fatores de saúde mental na qualidade de vida e a orientação para a aparência, orientação para a condição física e orientação para a doença. Emergiram narrativas sobre o desespero da vida; sentimentos de desespero – “tristeza” e “não tenho vontade de continuar a viver”.	Durante as narrativas emergiu a temática do comprometimento funcional físico - os participantes referiram a incapacidade de realizar atividades cotidianas que antes eram fariam parte do seu dia a dia: “antes da doença eu conseguia caminhar, viajar... agora não consigo nem sequer fazer compras”, “não posso trabalhar, preciso de um trabalho sem esforço” e “estava ativo... desde que inicia diálise, não posso fazer nada”. Associado à vida social afirmaram que o

	qualidade de vida (SF-36).				tratamento acabou por estragar a sua vida, e sentindo medos de prejudicar os seus corpos.
Body image perception of chronic kidney disease patients and its impact on their personal relationships Güçer, B., Kantarci, G. (2020) Istambul, Turquia Scopus	Estudo descritivo transversal. Foram aplicados formulários que incluem informações sociodemográficas dos clientes, informações descritivas sobre doenças e sobre métodos de tratamento. Foi ainda aplicado um breve inventário de sintomas, a escala de percepção corporal e a escala de ansiedade física social.	A amostra do estudo consistiu em pacientes submetidos a HD, diálise peritoneal ambulatorial contínua ou transplante renal e pacientes com IRC (grupo controlo) que não iniciaram diálise ou fizeram transplante renal (nem tinham acesso vascular para o tratamento). Trinta pessoas foram selecionadas entre pacientes adultos com idades entre 18 e 50 anos de cada grupo de tratamento, e um total de 120 clientes participaram (53 mulheres e 67 homens com idade média de 34,5 anos).	A percentagem de alteração da imagem corporal foi superior nos clientes sob HD, DP e transplante renal quando comparados com os clientes com IRC em estadio inicial. A percepção da IC dos clientes do sexo feminino era mais fraca do que a do sexo masculino. A idade média que se preocupa com a aparência corporal foi de 35,3 anos. As cirurgias para construção de fístula de clientes em HD alteraram significativamente a aparência do braço e consequentemente apresentam insatisfação com a aparência.	Triagem de sintomas psicopatológicos superior nos clientes com IRC inicial, possivelmente por um maior nível de ansiedade e à frequência de sintomas de depressão pela incerteza da progressão futura da doença.	Os anos de casado também influenciam o desconforto com o corpo, sendo que aqueles que se encontram casados de 7 a 9 anos sentem-se mais incomodados que aqueles que se encontram casados entre os 4 a 6 anos. Foi constatado que à medida que aumenta a satisfação com a IC, diminui a ansiedade físico-social e diminui a expectativa de que o físico seja avaliado negativamente pelos outros.
Comparison of body image perception and social functioning among patients with end-stage renal failure and patients with chronic renal failure Tavsanlı, N., Nehir, S. (2018) Manisa, Turquia Scopus	Estudo descritivo, transversal (caso-controlo). Para a colheita de dados foram utilizados questionários sociodemográficos e outro que aborda a DRC, aplicada a escala de imagem corporal e escala de função social. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (por ex., frequência,	120 clientes em diálise (35 IR terminal e 85 com IRC) num hospital público no oeste da Turquia entre Janeiro de 2015 e Janeiro de 2016. Os critérios de inclusão remetiam para pessoas com idade ≥ 18 anos, ser alfabetizado, apresentar diagnóstico de IR por um nefrologista, manter capacidade de comunicação e não	A doença e o tratamento levaram a alterações da imagem corporal de 100% dos doentes com IR terminal e 97.5% dos doentes com IRC. O acesso vascular visível origina uma IC negativa nestes clientes. Além disso existem outros efeitos colaterais do tratamento como o prurido e alterações da cor da pele que causam desconforto.	A mudanças da IC, deterioração do estilo de vida e mudanças de papel causam alterações radicais no próprio senso; nesta fase a identidade do cliente é afetada.	O momento mais desconfortável foi quando os seus filhos percecionaram estas alterações (55% nos doentes com IR terminal e 48.2% com IRC), sendo que os clientes com IRC também percecionaram quando outras pessoas verificaram estas alterações (22%). A dependência dos tratamentos, os efeitos colaterais do tratamento

	percentagem e média), teste do qui-quadrado, teste t independente e testes de correlação.	apresentar diagnóstico psiquiátrico.			e abordagem da doença fazem com que os clientes tenham dificuldades em manter a sua vida profissional e cumprir as suas responsabilidades, refletindo em afastamento e/ou isolamento em todas as vertentes sociais.
Depression in hemodialysis patients: The role of body satisfaction and sexuality Carvalho, A., Barbosa, M. (2016) Porto, Portugal Scopus	Estudo quantitativo de carácter descritivo, e de corte transversal. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico com o objetivo de recolher informação acerca de alguns dados dos participantes. Foram ainda contempladas informações referentes ao período antes da HD e à situação atual. Para avaliar o objeto em estudo foi utilizada a <i>Body Image Scale</i> , a Subescala de Satisfação com a Sexualidade, a Escala de avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal e a <i>Beck Depression Inventory II</i> . Aplicado ainda do modelo de regressão logística binária com o sexo, idade, as habilitações literárias e a insatisfação corporal	A amostra é constituída por 67 participantes, dos quais 39 são do sexo masculino e 28 são do sexo feminino. A idade mínima dos participantes é de 29 anos e a máxima 90 anos, com uma média de idades de 67,2 anos. Relativamente às habilitações literárias, 14 participantes não frequentaram nenhum ano de escolaridade, 37 frequentaram 4 anos de escolaridade e os restantes 16 participantes distribuem-se pelos restantes níveis de escolaridade. Os participantes desta investigação são DtRC, submetidos a tratamento hemodialítico em 2 centros renais do norte do país.	Relativamente à insatisfação corporal, a média parece indicar que estamos perante uma amostra pouco insatisfeita com o seu corpo, ainda que alguns participantes apresentem valores elevados de insatisfação. Quanto à sexualidade, o resultado indica que estamos perante uma amostra mais satisfeita relativamente à sua sexualidade em termos médios. Análises diferenciais: verificou-se que existem efeitos da HD em todas as variáveis, indicando que houve um impacto (negativo) do tratamento. Quanto à diferença de sexos na insatisfação com o corpo antes e depois da HD, não existem efeitos de interação. Relativamente à satisfação com a sexualidade, os homens percecionaram níveis superiores de satisfação antes do tratamento, sendo que após o início dos mesmos os níveis são atualmente semelhantes aos das mulheres.	Níveis de depressão considerada severa (85%) e depressão moderada (15%). A depressão associa-se positivamente com a insatisfação corporal (menos insatisfeitos com o seu corpo, menos deprimidos se encontram). Encontrou-se efeito de interação da HD e do sexo nos níveis de tristeza, uma vez que as mulheres obtiveram níveis de tristeza superiores antes da HD, sendo que à posteriori não demonstraram diferenças.	Foi encontrada uma associação negativa entre a depressão e as habilitações literárias (quanto mais habilitações, menos deprimidos se encontram). A idade encontra-se correlacionada, de forma negativa, com a insatisfação corporal e com as habilitações literárias (aumento da idade se associa a menores habilitações literárias e níveis inferiores de insatisfação corporal).

	a entrarem como variáveis independentes e a variável depressão moderada vs. severa como variável dependente.				
Nutrition, self-esteem, and body image of women with chronic renal failure on hemodialysis Grasselli, C., Chaves, É., Lemos, L., Nogueira, D., Fonseca, C., Carvalho, T., Barreto, M. (2016) Minas Gerais, Brasil Scopus	Estudo com abordagem metodológica quantitativa, de carácter descritivo, de corte transversal desenvolvido no período de Outubro de 2012 a Junho de 2013. Foram aplicados os formulários de avaliação sociodemográfica, a Escala de <i>Rosenberg</i>, a Escala de Medida Corporal e a Escala de Silhuetas. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva; para as correlações foi utilizado o teste de correlação de <i>Spearman</i>.	A amostra foi composta por mulheres com IRC em tratamento hemodialítico, atendidas em dois centros filantrópicos de hemodiálise localizados em duas cidades no Sul de Minas Gerais, Brasil. Este estudo contou com uma amostra por conveniência composta por 110 voluntárias, que atenderam aos critérios de elegibilidade: possuir idade igual ou maior do que 18 anos; estar orientadas no tempo, espaço, e pessoa e sem compromisso da comunicação.	O estudo demonstrou que 61,8% da amostra tinha alta satisfação em relação a IC, no entanto, a investigação da satisfação com sua silhuetas demonstrou que 71,4% das mulheres estavam insatisfeitas. Em relação ao índice de massa corporal, 54 mulheres (49,1%) apresentaram inadequação; destas, 14,5% apresentaram desnutrição; 28,2%, sobrepeso e 6,4%, obesidade. Relativamente ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, 34,5% apresentaram risco pela circunferência da cintura e 64,5% das mulheres, pela relação entre a cintura e a estatura.	Foi observado que 42,7% das mulheres apresentaram uma elevada autoestima.	
The role played by positive body image on the quality of life of patients with chronic kidney disease Cunha, M., Vieira, F., Cepeda, R., Torres, S., Barbosa, M. (2021) Porto, Portugal	Metodologia quantitativa, com um desenho de investigação observacional, analítico e transversal, com Grupo Clínico e Grupo Não Clínico. A apreciação corporal foi avaliada pela <i>Body Appreciation Scale-2</i>. A funcionalidade avaliada	Grupo clínico (GC): 46 participantes (50% homens e 50% mulheres), idade média de 59.8 anos (varia entre 32 e 75 anos). Escolaridade média 8.82 anos (varia entre ausência de escolaridade até aos 21 anos de ensino. 58.7% dos participantes encontra-se casado ou em união de facto, 19.6% é solteiro,	Não foram encontrados efeitos de interação entre sexo e grupo estatisticamente significativos na apreciação corporal, na aceitação do corpo pelos outros, na apreciação da funcionalidade, e no autocuidado, enquanto se controlava o efeito da escolaridade. Assinala-se uma diferença significativa na apreciação da funcionalidade corporal entre os participantes do GC e do GNC, com os participantes do GNC apresentarem uma apreciação da funcionalidade corporal mais positiva que os participantes do GC. Os sujeitos do sexo feminino percecionam níveis mais elevados de aceitação corporal por parte dos outros do que os participantes do sexo masculino. Os participantes do sexo feminino apresentam uma maior responsividade/responsabilidade corporal que os participantes do sexo masculino. Por sua vez, a escolaridade exerceu efeitos nas dimensões da apreciação corporal, e da aceitação do corpo pelos outros, revelando que a escolaridade explica 4% da variância da apreciação corporal e 9% da avaliação da aceitação do corpo pelos outros.		

Google Scholar	pela <i>Functionality Appreciation Scale</i>. A aceitação corporal pelos outros avaliada pela <i>Body Acceptance by Others Scale</i>. O autocuidado foi avaliado através da <i>Body Responsiveness Scale</i>. E a qualidade de vida através da escala <i>WHOQOL-BREF</i>.	15.2% são viúvos e 6.5% encontram-se divorciados/separados. Os participantes com IRC apresentam a doença, em média, há 137 meses. O Grupo de Controlo (GNC): 49 participantes (49% masculino e 51% sexo Feminino). Quanto à idade, os participantes apresentam em média 55.1 anos, variando entre os 32 e os 75 anos de idade. A média de escolaridade é de 13.1 anos, variando entre os 4 e os 27 anos de escolaridade. 83.7% dos participantes encontra-se casado ou em união de facto, 6.1% dos participantes é solteiro, 6.1% encontram-se divorciados/separados e 4.1% são viúvos.	GC: Valores mais elevados de apreciação corporal correspondem a valores igualmente mais elevados de aceitação corporal pelos outros, de funcionalidade. Correlação moderada e estatisticamente significativa com o autocuidado corporal. Pelo contrário a funcionalidade corporal não apresentou uma relação significativa com a aceitação do corpo por parte dos outros. A apreciação corporal está, também, correlacionada de forma positiva e significativa com a QV psicológica, ambiental, e com a QV geral. A funcionalidade está mais associada à QV física, à QV geral, e à QV psicológica. O autocuidado encontra-se correlacionado de forma moderada, positiva e significativa com a QV psicológica e relacional. Finalmente, a aceitação do corpo pelos outros revela uma associação positiva e moderada com a QV relacional e psicológica. Por último, verificámos que a idade se associou, somente, de forma significativa (e negativa) com a QV física. GNC: Relativamente às facetas da ICP, verificámos, de igual forma, que a apreciação corporal se correlaciona de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com todas as outras dimensões da ICP; com aceitação corporal pelos outros; com a funcionalidade, e com o autocuidado. Constatou-se, também, uma associação positiva entre a funcionalidade e a aceitação corporal pelos outros, e o autocuidado, e entre a aceitação do corpo pelos outros e o autocuidado corporal. Também, a apreciação corporal está correlacionada de forma positiva e significativa com a QV psicológica, e relacional. A aceitação corporal pelos outros está correlacionada de forma positiva e significativa com a QV psicológica, e relacional. A apreciação da funcionalidade está correlacionada de forma positiva, moderada e significativa com a QV psicológica, e com a QV relacional. Relativamente à idade, esta apresenta uma correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa com a apreciação corporal, com a aceitação do corpo pelos outros com a QV relacional, e com a QV ambiental.
----------------	--	--	--

