



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Nefrológica
Relatório de Estágio**

**Enfermeiro de Referência na Pessoa com Doença
Renal Crónica em Hemodiálise**

Joana Micaela Pinto Ramos



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Nefrológica
Relatório de Estágio**

**Enfermeiro de Referência na Pessoa com Doença
Renal Crónica em Hemodiálise**

Joana Micaela Pinto Ramos



Orientador: Professor Doutor António Filipe Cristóvão



**Lisboa
2023**

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Tenzin Gyatso

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Filipe Cristóvão, pela sua orientação, conhecimentos transmitidos, o seu rigor científico, a sua empatia e a sua motivação constante,

fulcral para a superação dos meus obstáculos;

Aos enfermeiros orientadores de estágio, pela disponibilidade, pela partilha de saberes e experiências essenciais para o meu crescimento enquanto futura

enfermeira especialista;

À minha família, ao meu namorado e aos meus amigos pelo amor incondicional e encorajamento, pela paciência e compreensão durante todo este percurso;

À minha chefe e aos meus colegas de profissão no apoio e compreensão nos momentos mais exigentes;

Aos meus colegas de curso pela entreaajuda e compreensão constantes, bem como pelo incentivo;

Um muito obrigada a todos que estiveram presentes neste processo e período da minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automática

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA – *European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association*

EPI – Equipamento Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISPD – International Society Peritoneal Dialysis

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

KDIGO - *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*

LRA – Lesão Renal Aguda

MER – Metodologia de Enfermeiro de Referência

OE – Ordem dos Enfermeiros

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

TR – Transplantação Renal

RESUMO

O presente relatório, elaborado no contexto do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Vertente Nefrológica, demonstra a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista, apresentando-se as reflexões consequentes das atividades desenvolvidas em estágios e, também, explana as competências de mestre que foram adquiridas com a concretização de uma revisão *scoping* com o título: “Enfermeiro de Referência na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise”.

As pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) enfrentam grandes dificuldades na adaptação ao tratamento de Hemodiálise (HD), por ser um processo terapêutico complexo, exaustivo, exigente e sujeito a várias complicações, pelo que necessitam de ajuda consistente e permanente por parte da equipa de enfermagem.

As pessoas em HD necessitam de alterar a sua dinâmica de vida, sendo fundamental manterem um papel ativo, de forma a evitar ou reduzir complicações intra e interdialíticas, na possível redução da morbilidade/mortalidade e na promoção do seu bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Devido a esta problemática, torna-se essencial que os cuidados de enfermagem sejam individualizados e centrados na promoção da adaptação da pessoa às limitações ocasionadas pela doença e respetivo tratamento.

A Metodologia de Enfermeiro de Referência (MER) baseia-se num modelo de prestação de cuidados que valoriza uma intervenção holística, centrada na pessoa e com uma intervenção individualizada. O Enfermeiro de Referência assume a responsabilidade total da gestão dos cuidados de uma pessoa com DRC (ou várias) específica(s), durante todo o período terapêutico.

Com a revisão *scoping* constatou-se que o Enfermeiro de Referência em Nefrologia deve estabelecer um acompanhamento individualizado e contínuo a cada pessoa, guiado pela melhor evidência científica. Adicionalmente, este profissional tem um papel fundamental na educação e formação desta população, sendo a sua principal função capacitar as pessoas para encarar esta nova condição de saúde. Desta forma, cada pessoa deve tornar-se responsável pela sua saúde, garantindo a redução de possíveis complicações e promovendo a adaptação a este tratamento e condição de vida.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica; Hemodiálise; Organização de cuidados; Método Enfermeiro de Referência.

ABSTRACT

This report, prepared in the context of the master's degree in Medical-Surgical Nursing with specialisation in Nephrology, proves the acquisition of skills of the specialist nurse through reflection on the activities developed in internships and it also demonstrates the master skills that were gained from carrying out a scoping review with the title: 'Primary Nurse for the patient with chronic kidney disease on hemodialysis'.

The patient with chronic kidney disease (CKD) faces great difficulties in adapting to hemodialysis (HD) treatment, as it is a complex therapeutic process. It is a very exhaustive, demanding treatment and subject to several complications, so people need consistent and permanent help from the nursing team.

People in HD need to change their life dynamics, an active role is vital in order to avoid or reduce intra and interdialytic complications, in the possible reduction of morbidity/mortality and in the promotion of their physical, psychological and social well-being. Due to this problem, it is essential that nursing care is individualised and focused on promoting the patient's adaptation to the limitations caused by the disease and treatment.

The Primary Nurse Methodology (PNM) is based on a care delivery model that values a holistic, person-centred and individualized intervention. The Primary Nurse assumes full responsibility for the management of the care of a specific patient (or several) during the entire therapeutic period.

With the scoping review, it was found that the Primary Nurse in nephrology should establish an individualised and continuous follow-up to each patient, guided by the best scientific evidence. We conclude that the intervention conducted by the Primary Nurse through support, education and prevention of complications is an essential tool to reduce and control symptoms. It was found that this professional also has a vital role in the education and training of the population, with their main function being to enable the patient to face this new health condition. Therefore, the patient becomes responsible for their health, ensuring the reduction of possible complications and promoting adaptation to this treatment and life condition.

Keywords: Chronic kidney disease; Hemodialysis; Care organization; Primary Nurse Method

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. QUADRO CONCEPTUAL	12
1.1. Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista	12
1.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	12
1.1.2. Competências específicas do enfermeiro na área de Nefrologia.....	13
1.2. Níveis de competência segundo Patricia Benner	13
1.3. Perspetiva teórica de enfermagem.....	14
1.4. Doença renal crónica: etiologia, progressão e tratamento.....	16
1.5. Importância do Enfermeiro de Referência.....	18
2. METODOLOGIA	23
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	25
3.1. Unidade de internamento de Nefrologia	25
3.2. Unidade de diálise peritoneal	35
3.3. Unidade de hemodiálise	41
4. ESTUDO SOBRE “A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA NA PESSOA EM HEMODIÁLISE”	51
4.1. Problemática de estudo.....	51
4.2. Metodologia do estudo.....	54
4.3. Apresentação de resultados:.....	57
4.4. Discussão dos resultados.....	60
4.5. Conclusões.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

ANEXOS

Anexo I – Poster da Técnica de Lavagem das Mãos

Anexo II – Avaliação da Técnica Diálise Peritoneal

Anexo III – Formulário de Observação Higiene das Mãos

Anexo IV – Relatório de Observação Higiene das Mãos

APÊNDICE

Apêndice I – Formação em serviço com o tema “Alterações no Eletrocardiograma na Pessoa com Doença Renal Crónica Provocadas por Distúrbios Eletrolíticos”

Apêndice II – Formação em serviço com o tema “Padrão de documentação de cuidados de enfermagem”

Apêndice III – Folheto com o tema “A minha fístula arteriovenosa”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da estratégia da pesquisa	57
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de inclusão	55
--	----

Quadro 2. Palavras-chaves e Termos indexados	56
---	----

Quadro 3. Caracterização dos artigos selecionados na revisão <i>scoping</i>	58
--	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem Nefrológica, elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* e com as orientações para a realização de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O meu interesse em frequentar este curso de Mestrado prendeu-se com o facto de possuir um espírito inconformado, com vontade de aperfeiçoar e melhorar os meus cuidados de enfermagem. Atualmente, exerço funções numa clínica de HD, onde diariamente sou desafiada pela exigência de assegurar uma prática de enfermagem baseada na qualidade, na eficácia e na segurança a doentes em contexto de patologia renal.

A estes motivos, soma-se o gosto pela partilha com as equipas multidisciplinares, o desejo de promover a adoção de atitudes saudáveis e positivas, a determinação em contribuir para a harmonização do ambiente laboral, o interesse pela investigação e a vontade de desenvolver ensinamentos individualizados com cada doente. Deste enquadramento, surgiu a minha vontade de estudar e adquirir conhecimentos sobre a importância da implementação do Enfermeiro de Referência nas pessoas em programa regular de HD.

Com a missão de obter o título profissional de Enfermeira Especialista, realizei um percurso com três estágios, de seis semanas, em cada contexto da prática de Nefrologia: internamento de Nefrologia, Diálise Peritoneal (DP) e HD.

Tendo em mente o objetivo de desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista, que permitem cuidar da pessoa em situação de doença renal aguda/crónica, tomei como base as competências comuns do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica Cirúrgica, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelas competências definidas pela *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA).

Com o intuito de obter o grau académico de mestre, desenvolvi competências na área de investigação, através da elaboração de uma revisão *scoping*, seguindo as orientações de *Joanna Briggs Institute* (JBI). O tema desenvolvido foi “Enfermeiro de Referência na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise”, no qual pretendo analisar a importância do Enfermeiro de Referência neste contexto.

A escolha do tema prendeu-se com a minha experiência em contexto de HD, tendo observado uma grande dificuldade das pessoas e respetivas/os famílias/cuidadores em se adaptarem à doença e ao tratamento.

A natureza da intervenção dos Enfermeiros de Referência nos cuidados de saúde tem um espectro muito amplo de práticas e intervenções, podendo incluir-se contribuições específicas para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e seus familiares e para o aumento da satisfação com os serviços prestados. Aprofundar as competências do Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro na área de Nefrologia permite cuidar de forma exímia dos doentes, assim como das suas famílias.

Recorri ao Modelo Dreyfus de aquisição de competência por Patricia Benner (2001), no sentido de desenvolver a minha prática em enfermagem especializada, e com o intuito de atingir o nível de Perito em contexto de HD e de Proficiente nas restantes áreas de atuação.

O exercício profissional de enfermagem não pode estar dissociado de um modelo teórico que oriente a prática de cuidados. Desta forma, o modelo de adaptação de Calista Roy constitui o referencial teórico que adotei para sustentar a tomada de decisão essencial no desenvolvimento dos estágios. A escolha desta teórica relaciona-se com o facto de esta orientar os cuidados de enfermagem para o objetivo de ajudar as pessoas cuidadas a estarem adaptadas e integradas, o que é essencial para as pessoas em HD, de forma a evitar o agravamento da sua doença e proporcionar bem-estar.

A estrutura deste relatório está dividida em cinco capítulos. No primeiro apresento o quadro conceptual, onde realizo um enquadramento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro na área de Nefrologia, abordo o modelo teórico de Benner, a perspetiva de enfermagem pelo modelo de adaptação de Callista Roy e, por fim, exploro os principais conceitos teóricos referentes ao tema em estudo. O segundo capítulo reflete a metodologia utilizada na realização deste relatório. No terceiro capítulo apresento a análise reflexiva das competências adquiridas em estágio, devidamente sustentada pelo quadro conceptual. O quarto capítulo é dedicado à revisão *scoping* realizada sobre a importância do Enfermeiro de Referência na pessoa em tratamento de HD, que surge como um dos requisitos para a aquisição do grau de mestre em enfermagem. Conclui-se, com as considerações finais e a referenciação bibliográfica no quinto capítulo.

1. QUADRO CONCEITUAL

Neste capítulo apresento os conceitos teóricos relacionados com a temática exposta na Introdução, com enfoque nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecidas pela OE, nas competências específicas do enfermeiro de Nefrologia, propostas por Chamney (2007) *in Competency framework* EDTNA/ERCA, no modelo de Patricia Benner sobre a aquisição de competências em enfermagem, no referencial teórico de enfermagem de Callista Roy, na DRC e a sua etiologia e progressão e o seu tratamento e a importância do Enfermeiro de Referência.

1.1. Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista

A OE estabelece domínios de competências comuns, aprovadas através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n° 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019), com o intuito de estabelecer uma prática de cuidados uniformes e de excelência para todos os Enfermeiros Especialistas. A aquisição de competências destes profissionais resulta do aprofundamento dos domínios referidos em seguida, e que pretendo adquirir e desenvolver durante os estágios.

De acordo com o Regulamento n° 140/2019, o Enfermeiro Especialista é *“aquele que se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (p.4744).

1.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** são referentes a uma conduta profissional baseada na defesa e no respeito dos direitos humanos e numa prática de cuidados que estabeleça a segurança da pessoa e que seja provida de habilidades para a tomada de decisão ética e deontológica.

Relativamente às **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, estas garantem um papel dinamizador no desenvolvimento da área da qualidade e da gestão do risco, promovendo um ambiente terapêutico seguro e; no que concerne às **Competências do domínio da gestão dos cuidados**, é através da adaptação do estilo de liderança, que há promoção de um trabalho em equipa eficaz, otimizando a resposta da equipa, e garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Por fim, as **Competências do domínio das aprendizagens profissionais** incluem o conhecimento do Enfermeiro Especialista sobre si próprio, a assertividade, a facilitação da aprendizagem no contexto de trabalho e uma prática baseada em evidência científica.

1.1.2. Competências específicas do enfermeiro na área de Nefrologia

A OE não define competências específicas para o Enfermeiro Especialista na área de enfermagem nefrológica, e dada a complexidade da condição da pessoa com patologia renal, o presente mestrado planificou a aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista. Por conseguinte, adotámos as competências específicas propostas por Chamney (2007), em *European Competency Framework for Nephrology Nurses*, que estabelece as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Nefrologia em quatro contextos de intervenção: internamento, HD, DP e Transplantação Renal (TR).

1.2. Níveis de competência segundo Patricia Benner

Benner (2001), no trabalho intitulado “De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem”, dá a conhecer o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à enfermagem. A autora defende que é ao longo da atividade profissional que se desenvolve a competência, sendo o conhecimento prático alcançado com o tempo e com a aprendizagem clínica. Refere ainda que é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a analisar o seu significado.

De acordo com Benner (2001), o processo de desenvolvimento de competências clínicas de enfermagem passa por cinco níveis: **nível 1- Iniciado**, o enfermeiro não possui nenhuma experiência prévia das situações que irá enfrentar, apresenta dificuldades em estabelecer prioridades e é limitado nas suas decisões; **nível 2 – Iniciado Avançado**, o profissional adota uma conduta considerada aceitável, uma vez que já experienciou situações reais, sente-se capaz pelos cuidados aos doentes, mas apresenta dificuldades na gestão de prioridades; **nível 3 – Competente**, o enfermeiro trabalha na mesma situação clínica pelo menos há dois ou três anos. Apresenta conhecimentos para lidar com imprevistos, consegue analisar de forma consciente as situações, estabelece prioridades e planeia as suas intervenções. Porém, ainda não adquiriu competências de decisão e ação rápidas que determinadas situações da prática exigem; **nível 4 – Proficiente**, o profissional analisa as situações na sua

totalidade, possui a habilidade de reconhecer acontecimentos típicos em determinadas situações e tem uma capacidade de decisão mais eficiente. Por fim o **nível 5 – Perito**, o enfermeiro *“tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”* (p.58).

Realizando uma análise ao meu nível de competência na área de DP, julgo situar-me no nível Iniciado, visto não ter experiência nesta área; na área de internamento de Nefrologia, considero que me posiciono no nível 2 – Iniciado Avançado, visto ter experiências prévias em serviços de medicina. Desde o ano 2017 até à presente data, exerço funções numa clínica de HD, portanto no grau de competência desta vertente encontro-me no nível 4 – Proficiente.

1.3. Perspetiva teórica de enfermagem

A DRC é considerada, a nível mundial, uma das principais doenças crónicas não transmissíveis, estando na origem de múltiplas respostas físicas e psíquicas que comprometem a qualidade de vida da pessoa, tais como desnutrição, perda de função cognitiva, anemia, doença mineral óssea, inflamação, dor, fadiga, depressão e deterioração física (Frazão et al., 2013).

O tratamento de HD tem como objetivo proporcionar qualidade de vida ao doente renal, contudo é necessário a adaptação do doente e dos seus familiares. Como já referido, é um tratamento que exige um intenso compromisso e uma grande dedicação, que gera cansaço e stress na pessoa, podendo originar vários problemas como: dependência de cuidadores, isolamento social, desemprego, alterações na autoimagem e na vida conjugal e perda de autonomia (Bernardo, Santos, Cavalcanti & Lima, 2019).

A pessoa é um ser adaptável, sendo o nível de adaptação em função da interação entre os mecanismos de adaptação e o ambiente. A intervenção em enfermagem é dirigida para a manipulação do ambiente (Frazão et al., 2013).

O modelo de adaptação de Callista Roy permite orientar os cuidados de enfermagem com o intuito de ajudar as pessoas a estarem adaptadas e integradas. Neste modelo, o enfermeiro tem como função ser o mediador para a promoção da adaptação positiva do doente, desenvolvendo o processo de enfermagem em 6 fases: a avaliação de comportamento, a avaliação de estímulos, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de metas, a intervenção e a avaliação (Frazão et al., 2013).

Callista Roy, no seu modelo de adaptação, considera que o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação dos doentes e da família nos quatro modos de adaptação: fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel, contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade (Roy & Andrews, 2001).

O modo fisiológico refere-se à interação da pessoa com os estímulos do ambiente, através de respostas fisiológicas do organismo, como as necessidades humanas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção. O autoconceito centra-se na estabilidade psicológica e espiritual. O desempenho de papel está associado ao papel que cada pessoa tem na sociedade e por último o modo de interdependência está relacionado com a integridade social e com as relações próximas entre as pessoas (Coelho & Mendes, 2011).

Neste modelo teórico existem ainda dois subsistemas integrados, como métodos para enfrentar as situações: o regulador e o cognator. O regulador é o processo de *coping* inato que envolve o sistema fisiológico e o cognator é um mecanismo adquirido que envolve o sistema cognitivo, o processo de pensamento e julgamento de emoções (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Roy, as pessoas reagem aos estímulos de situações stressantes, e podem desencadear-se respostas, ora positivas ora negativas. O enfermeiro deve implementar intervenções que favoreçam comportamentos adaptativos e assim possam contribuir para a adesão terapêutica e melhorar a qualidade de vida dos doentes (Oliveira & Silva, 2004).

Roy define adaptação como uma mudança que representa a capacidade da pessoa em responder positivamente a um determinado estímulo. De acordo com este modelo, o objetivo da intervenção em enfermagem é incentivar, aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz, tornando-o adaptável (Frazão et al., 2013).

O doente em tratamento de HD enfrenta um processo terapêutico complexo e este é confrontado com várias dificuldades, nomeadamente as ocasionadas pela restrição hídrica e alimentar (Cristóvão, 2015). Acompanhar e envolver os doentes no seu tratamento promove uma adaptação positiva. Assim, o Enfermeiro de Referência assume um papel essencial na promoção de um acompanhamento regular, na motivação do doente e no envolvimento da família. Pela complexidade da pessoa com DRC, é importante a aquisição e o desenvolvimento de competências do Enfermeiro

de Referência na área de nefrologia, garantindo a gestão de problemas desencadeados pela doença.

1.4. Doença renal crónica: etiologia, progressão e tratamento

Atualmente, as doenças crónicas incluindo a DRC, constituem um problema de saúde pública pelo aumento da morbilidade e mortalidade, exigindo uma adaptação constante dos cuidados de saúde (WHO, 2022). Isto implica não só uma reestruturação de infraestruturas, como também dos recursos humanos, visando uma prestação de cuidados de qualidade e seguros à nossa população.

Os rins são responsáveis pela eliminação dos produtos tóxicos do metabolismo e desempenham um papel essencial no equilíbrio eletrolítico e ácido-base, garantindo assim a homeostase do organismo. Cada rim contém aproximadamente um milhão de nefrónios (unidade funcional do rim), sendo possível atingir uma taxa de filtração glomerular de 125 ml/minuto ou 180 litros/dia (Thomas, 2014).

A DRC pode ser definida como uma perda progressiva e irreversível da função renal, com uma diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 60 ml/min por um período igual ou superior a três meses, devido a anormalidades da função ou estrutura do rim com implicação para a saúde da pessoa (KDIGO, 2013).

A TFG avalia a capacidade funcional do rim em filtrar e eliminar os produtos tóxicos, sendo um instrumento essencial para a deteção, classificação e tratamento da doença. A taxa deve ser calculada pela colheita de urina de 24 horas, a partir da qual se doseia a creatinina excretada e se avalia a creatinina que permaneceu no sangue, sendo o valor obtido ajustado para a superfície corporal (Ponce, 2020). Contudo, este método apresenta constrangimentos a ter em consideração.

Pela fácil aplicabilidade, a estimativa da taxa glomerular realiza-se através de fórmulas que se ajustam mediante idade, género, superfície corporal e etnia, o que deve ser realizado como método de rotina e em conjunto com a medida da albuminúria (Ponce, 2020). A *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) recomenda a utilização da equação *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* para a estimativa da TFG, uma vez que esta fórmula apresenta maior precisão comparativamente a outros métodos (2013).

Segundo as orientações da KDIGO (2013), a DRC deve ser classificada pela correlação entre a TFG e os níveis de albuminúria. A junção destes dois fatores, mantidos ao longo de três meses caracterizam o estágio da doença. Ter-se-á por base a tabela adaptada de KDIGO (2013).

A doença é dividida em cinco estádios que permitem estabelecer o prognóstico de progressão e desenvolver as estratégias terapêuticas:

- Estádio 1 – A lesão renal está presente, mas o TGF é > 90 ml/minuto;
- Estádio 2 – Lesão renal ligeira com TGF de 60-90 ml/minuto;
- Estádio 3 – Redução moderada de TGF 30-60 ml/minuto;
- Estádio 4 – Redução acentuada de TGF é de 15-30 ml/minuto.
- Estádio 5 – TGF é <15 ml/minuto, lesão renal terminal ou pré-dialítica.

Os doentes são ainda classificados de acordo com o resultado da albuminúria das 24 horas, sendo que A1 corresponde a um valor de <30 mg, A2 a uma albuminúria de 30-300 mg e A3 a uma albuminúria >300 mg. Existe um maior risco de atingir falência renal, quanto menor for a taxa de filtração glomerular e maior a albuminúria (Ponce, 2020).

Portugal é um dos países da Europa com maior incidência e prevalência da DRC em estágio 5 (Galvão et al., 2021). Assim, torna-se essencial um domínio exímio de conhecimentos e competências do Enfermeiro Especialista adaptadas às exigências desta população. Em 2020, a DRC em estágio 5 registou, pela primeira vez, uma redução de 11.5% na incidência de novos doentes a iniciar diálise. No entanto, Portugal mantém as taxas mais elevadas de incidência e prevalência da Europa, 228 por milhão de pessoas (Galvão et al., 2021). Segundo o documento Rede Nacional de Referenciação Hospitalar para a especialidade de Nefrologia (Nolasco et al., 2017), são vários os fatores que podem contribuir para reduzir este número elevado, tais como: melhoria na prestação de cuidados de saúde, o aumento de recursos disponíveis para prestar atendimento equitativo a todos os doentes; aumento da acessibilidade à diálise e elevada taxa de TR, incluindo doentes mais idosos.

De acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a diabetes apresenta-se como a principal causa desta doença com necessidade de Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR). Conforme informação publicada no Relatório Anual de 2021 da SPN, existiam, em Portugal, 20713 doentes em TSFR, 12458 dos quais em HD, 878 em DP e 7377 transplantados renais (Galvão et al., 2021).

No estágio 5 da DRC, a pessoa necessita de uma modalidade terapêutica, de entre as quais: TR, DP, tratamento médico conversador e HD (DGS, 2012).

Segundos dados da SPN (Galvão et al., 2021), a TR em Portugal expressa-se com uma prevalência de 35.6%. Este tratamento implica uma intervenção cirúrgica

complexa e invasiva, no entanto é o que proporciona maior qualidade de vida para a pessoa (Santos et al., 2018).

No que concerne ao tratamento médico conservador, a DGS (Direção Geral da Saúde) define a intervenção terapêutica sem recorrer à diálise, centrando-se no alívio de sintomas e apoio emocional aos doentes e respetiva/os família/cuidadores. Atualmente, não existem dados relacionados com os doentes que não optem por TSFR, doentes que não beneficiam de TSFR e/ou doentes que suspenderam a diálise (DGS, 2012).

A DP constitui-se como a terapia domiciliária, com um número de doentes total de 878. Os principais motivos na escolha desta modalidade são: a preservação da função renal residual e a proteção do património vascular (Ponce, 2020).

Desta forma, a HD surge como a terapia mais utilizada em Portugal, com prevalência de 60.2%, podendo ser definida como *“a difusão de moléculas numa solução, através de uma membrana semipermeável, ao longo de um gradiente de concentração eletroquímico”* (Ponce, 2020, p. 305).

O tratamento de HD exige a realização de três sessões semanais, com uma duração de quatro horas diárias, em regime de ambulatório. Este tratamento implica uma reorganização da vida do doente e da sua família. A adaptação é bastante difícil e por vezes dolorosa, as pessoas têm de adaptar-se às mudanças ocasionadas pelo tratamento, entre as quais se incluem a restrição hídrica e alimentar, um esquema de medicação complexo e o cumprimento das sessões de HD (Frazão et al, 2013).

A pessoa enfrenta grandes dificuldades na adaptação ao tratamento de HD, por ser um processo terapêutico complexo. Esta adaptação exige mudanças comportamentais, que devem ser orientadas pela equipa de enfermagem (Oliveira & Silva, 2004).

Devido à complexidade da DRC e à cronicidade das sessões de HD, o manual de boas práticas de HD da OE recomenda que o processo de enfermagem seja organizado por Enfermeiros de Referência, responsáveis por conhecer, de forma profunda, as necessidades e particularidades de um número limitado de doentes, acompanhando-os ao longo de todo o processo terapêutico (Melo et al., 2016).

1.5. Importância do Enfermeiro de Referência

O sistema de saúde em Portugal deve garantir qualidade e segurança à pessoa e comunidade no acesso aos cuidados de saúde. De forma a atingir estes objetivos, as instituições de saúde devem implementar um método de organização de cuidados que

seja eficaz e eficiente, de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis (Parreira et al., 2021). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela OE (2001) recomendam a utilização de metodologias de organização de cuidados que são promotoras da qualidade. Estes métodos orientam os enfermeiros para a organização da sua prática profissional, para a comunicação e interação com os seus pares e outros elementos da equipa multiprofissional e para a tomada de decisão clínica (Parreira et al., 2021).

Ao longo dos anos, os métodos de trabalho em enfermagem sofreram alterações devido a fatores de ordem financeira e humana, bem como ao nível da autonomia da profissão e qualidade dos cuidados, sendo que a disciplina de enfermagem tende a implementar uma filosofia holística dos cuidados, centrada na pessoa, família e/ou pessoa de referência (Murray, 2017).

Os métodos de organização de cuidados são entendidos como o processo de implementação e organização dos cuidados de enfermagem. Segundo Parreira (2005, p. 267), os métodos de organização de cuidados envolvem *“acima de tudo, a adoção de uma filosofia de cuidar, uma conceção a realizar”*.

Cabe às instituições de saúde, a escolha e a implementação de um método de trabalho, contudo é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor a organização dos cuidados de enfermagem, através de métodos de trabalho que promovam a qualidade nos cuidados prestados (Regulamento nº101/2015).

A literatura elenca vários métodos de organização de cuidados: **o funcional, o individual, de equipa e primário ou referência**. Há vários fatores a atender na seleção do método como: o número e tipo de pessoas, o seu grau de dependência e os objetivos da organização e das unidades de cuidados, tal como os recursos materiais e humanos (Murray, 2017). Estes métodos podem ser divididos de acordo com o respetivo foco de atenção: os centrados na tarefa – método funcional, e os que são centrados na pessoa – o método individual, de equipa e primário/referência (Parreira et al., 2021). No entanto, todos os métodos têm vantagens bem, como limitações.

No **método funcional ou à tarefa**, a prestação de cuidados centra-se na distribuição de tarefas específicas por enfermeiro, tarefas padronizadas e definidas quanto ao seu executante (Murray, 2017). O método privilegia a rentabilidade dos recursos humanos e da produtividade, promovendo a eficácia perante a escassez de recursos humanos. Contudo, os cuidados são fragmentados, a assistência de enfermagem não garante a identificação das necessidades da pessoa, nem a continuidade dos cuidados, não avalia os cuidados prestados e não existe uma visão

holística dos cuidados. O enfermeiro realiza as tarefas por rotina, sem uma atenção individualizada. Segundo Parreira et al. (2021), este método proporciona a insatisfação da pessoa, os erros e pode colocar em causa a segurança do doente.

Relativamente aos métodos centrados na pessoa, o cuidado é prestado de acordo com o modelo científico, na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, na definição de prioridades, no planeamento, implementação e avaliação das intervenções, proporcionando um cuidado individualizado ao doente (Parreira et al., 2021).

No que concerne ao **método individual**, todos os cuidados executados são da responsabilidade de um único enfermeiro por cada turno de trabalho, que tende a seguir o doente, de acordo com as dotações seguras de cada serviço. As principais vantagens deste método são: a individualização dos cuidados; o desenvolvimento de uma relação próxima entre enfermeiro-doente, maior satisfação do doente, que identifica o “seu” enfermeiro em cada turno e a promoção de um atendimento individualizado, reforçando a confiança no enfermeiro e a segurança do doente. Os enfermeiros aplicam o processo de enfermagem, decidem em função das necessidades diagnosticadas, promovem a continuidade do cuidado com menos erros, aumentando a qualidade dos cuidados. Este método oferece maior qualidade na prestação de cuidados, no entanto, tem algumas limitações, pois não se garante que o mesmo enfermeiro acompanhe o doente durante todo o internamento. Dada a heterogeneidade das equipas de enfermagem, surgem diferenças nas competências e conhecimentos individuais dos enfermeiros que prestam cuidados, podendo existir assimetria na prestação de cuidados. Neste sentido, é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor supervisionar e avaliar a prestação dos cuidados de enfermagem e tomar as decisões mais significativas ao longo do processo (Parreira et al., 2021).

No **método de enfermagem em equipa**, os enfermeiros são divididos por equipas e são liderados por um enfermeiro que tem a função de tomar decisões, como planear, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados (Murray, 2017). Cada equipa é orientada por um líder, todos os elementos da equipa devem ter conhecimento das necessidades e problemas dos doentes e cada enfermeiro presta individualmente os cuidados a cada doente. O líder é responsável por essa coordenação e distribuição dos cuidados de forma a valorizar as qualificações e competências individuais, devendo assegurar uma comunicação eficaz para garantir a continuidade dos cuidados. As vantagens resultam da relação individualizada entre enfermeiro e doente, com maior satisfação por parte do segundo e maior qualidade dos

cuidados do primeiro. Os cuidados são prestados por enfermeiros com diferentes níveis de competência, beneficiando do apoio da equipa, com enfermeiros mais experientes e competentes (especialistas). Identificam-se áreas de necessidade formativa, favorece-se a satisfação dos profissionais e há valorização do trabalho em equipa e a liderança. Porém, este método não identifica um enfermeiro responsável pelo cuidado do doente, dificultando o processo de enfermagem. Uma liderança inadequada conduz ao método funcional, pois a metodologia em equipa exige mais esforço, dinamismo e qualidade nas relações interpessoais, podendo surgir dificuldades na interação e colaboração. Para as organizações, também requer um número maior de enfermeiros do que o método de enfermagem funcional e o método individual (Parreira et al., 2021).

O **método Enfermeiro de Referência**, originalmente designado por *Primary Nursing*, foi desenvolvido em 1968 sob a direção de Marie Manthey na Estação 32 dos Hospitais da Universidade de Minnesota nos Estados Unidos da América (EUA), como resposta aos cuidados fragmentados pelo método funcional e pela ausência de responsabilidade inerente ao método em equipa (Kusk & Groenkjaer, 2016). Manthey (2012) assume que o enfermeiro é responsável por planear, prestar e avaliar o cuidado de cada doente, desde a admissão até à alta. O Enfermeiro de Referência assume a responsabilidade por todas as decisões clínicas sobre o doente a seu cuidado e centra a intervenção nas necessidades da pessoa. Para permitir a continuidade dos cuidados, cada Enfermeiro Primário ou de Referência é assistido por enfermeiros associados; e a delegação de cuidados aos enfermeiros associados ocorre sempre que o Enfermeiro de Referência não esteja presente. Assim, os enfermeiros podem ser simultaneamente enfermeiros de referência para alguns doentes e enfermeiros associados para outros. No entanto, o Enfermeiro de Referência é sempre responsável pela coordenação das decisões clínicas e pela supervisão de todo o internamento do doente (Parreira et al., 2021).

A MER é centrada na pessoa e na família e, nesse sentido, o Enfermeiro de Referência cuida do doente de uma forma humanista e individualizada. Para Manthey (2012), este método valoriza a profissão de enfermagem, centra-se na relação doente-enfermeiro, promove e facilita a participação do doente e privilegia a tomada de decisão clínica por cada Enfermeiro de Referência, sendo-lhes reconhecido o papel de profissionais com elevado grau de conhecimentos técnicos e científicos, de acordo com sua área de atuação. Cabe ao Enfermeiro Gestor garantir o nível de competências de cada profissional e supervisionar as decisões tomadas, de forma a assegurar cuidados de qualidade e seguros (Parreira, 2005). As competências do Enfermeiro de Referência,

para além de saberes científicos consolidados, devem incluir excelentes habilidades comunicacionais, capacidade de adaptação à mudança, capacidade de resolução de problemas e o conhecimento aprofundado de modelos e teorias de enfermagem (Wessel & Manthley, 2015).

Na perspetiva de Parreira et al. (2021), as principais limitações deste método são: a qualidade dos cuidados depende da qualificação do enfermeiro, questionando a equidade da prestação de cuidados e a incapacidade de alguns enfermeiros na tomada de decisão; adicionalmente, a implantação deste método exige mais recursos humanos, sendo de difícil execução em serviços com elevada taxa de rotatividade e absentismo. Contudo, Manthey (2009) considera que o verdadeiro desafio do método de trabalho é implementar um nível de sofisticação na prática, através de gestores e líderes altamente qualificados, que compreendem que desenvolver e gerir recursos humanos de qualidade é tanto um direito, como uma responsabilidade.

2. METODOLOGIA

Com o intuito de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista e de acordo com o plano de estudos do Curso, realizei um estágio que incluiu três períodos, sendo obrigatório que se desenvolvessem nos seguintes contextos: internamento em Nefrologia, unidade de DP e unidade de HD.

Escolhi desenvolver os meus estágios num hospital na zona centro do país, devido à localização geográfica, por ser mais perto da minha área de residência e por ser um hospital de referência na área da Nefrologia para esta população.

O Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área específica de Nefrologia, assume um papel essencial na prestação de cuidados a pessoas, com alteração da eliminação renal aguda e crónica, e respetivas famílias.

Decorrente do Projeto de Estágio aprovado na unidade curricular Opção II foram definidos objetivos para cada campo de estágio, de forma a adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas propostas por Chamney (2007).

No internamento de Nefrologia as competências específicas desenvolvidas foram: avaliar e monitorizar a pessoa com DRC; capacitar a pessoa e a sua família para o entendimento da doença renal e os necessários tratamentos; ajudar a pessoa na tomada decisão para a modalidade de TSFR; promover a capacitação das pessoas e dos seus cuidadores na gestão dos diferentes tipos de acessos para a diálise; demonstrar competências na gestão de cuidados prioritários e analisar o processo de liderança em enfermagem.

Na Unidade de DP as competências específicas desenvolvidas foram: promover o cuidado individualizado à pessoa e a sua família; preparar e iniciar o tratamento de DP; educar a pessoa/família/cuidador de DP; apoiar a pessoa na mudança da DP para a HD e analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de DP.

Na Unidade de HD as competências específicas desenvolvidas foram: prestar cuidados ao doente durante a sessão de HD; monitorizar e rever o tratamento dialítico; rever a estratégia dialítica com o doente; apoiar a pessoa na transferência da unidade de HD para uma clínica satélite de HD; adquirir perícia na avaliação e monitorização do acesso vascular, nomeadamente, a fístula arteriovenosa (FAV) e desenvolver competências na área de liderança em enfermagem.

Com o objetivo de desenvolver competências de mestre, desenvolvi um estudo inerente a este relatório com o tema “Enfermeiro de Referência na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise”. Para a concretização deste estudo foi utilizada como

metodologia de investigação a revisão *scoping* da literatura, sendo que o processo se iniciou com o Projeto de Estágio elaborado no âmbito da unidade curricular Opção II; o protocolo e a revisão são realizados com as recomendações do JBI. Esta metodologia possibilita mapear o estado de arte, elucidar acerca das áreas de pesquisa e reconhecer lacunas do conhecimento.

Como fonte de pesquisa e orientação, recorri ao “JBI Manual for Evidence Synthesis, 2020: Methodology for Scoping Reviews” (Aromataris & Munn, 2020).

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo apresento as atividades realizadas em cada estágio e que contribuíram para o desenvolvimento de competências a nível de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Nefrologia.

3.1. Unidade de internamento de Nefrologia

Este subcapítulo é uma reflexão crítica acerca das competências desenvolvidas no internamento de Nefrologia. Nele constam as atividades realizadas e o contributo para o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista.

O serviço de Nefrologia apresenta-se dividido em duas unidades: a unidade de HD e a de internamento. A unidade de internamento apresenta uma capacidade de 32 camas, dois cadeirões na sala de hospital de dia e uma cama na sala de procedimentos técnicos (colocação/remoção do Cateter Venoso Central (CVC) e realização de biópsias renais). A equipa multidisciplinar inclui profissionais experientes e diferenciados que prestam cuidados de saúde especializados no âmbito da promoção de saúde, prevenção e tratamento, à população em risco de compromisso renal. A equipa de enfermagem é constituída por 32 enfermeiros, sendo que dois enfermeiros têm a especialidade Médico-Cirúrgica e um enfermeiro têm a especialidade de Reabilitação.

Nesta unidade as causas mais comuns de internamento contemplam: a agudização da DRC, Lesão Renal Aguda (LRA), peritonites em doentes em DP, síndrome nefrótico, necessidade de biópsia renal, complicações dos acessos vasculares e hipertensão arterial resistente e secundária. De acordo com a SPN (Galvão et al., 2021), as causas mais comuns na pessoa com DRC são a diabetes (27.7%) e a hipertensão arterial (12.8%), importando referir que não existe dados nacionais relativos às causas de internamento. Também em 2021, a SPN referenciou as principais causas de morte nas pessoas em HD, como sendo de natureza cardiovascular (27.3%) e infecciosa não relacionadas com o acesso vascular (18.1%) e em pessoas em DP de origem cardiovascular (31.5 %) e infecciosa não relacionadas com a técnica (27.8%) (Galvão et al., 2021).

Para o desenvolvimento das minhas competências, procurei realizar uma rápida integração no serviço, através da observação do espaço físico e da dinâmica da equipa multidisciplinar, bem como efetuar a leitura de normas e procedimentos vinculativos da unidade, facultadas pelo Enfermeiro Orientador. Quero realçar todo o apoio desta figura, bem como da equipa, essencial para integrar e incorporar o

máximo de experiências novas e enriquecedoras, o que contribuiu para o meu crescimento enquanto enfermeira e futura especialista.

Relativamente à competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, mantive uma postura de respeito pela dignidade humana e adotei práticas que garantem a qualidade dos cuidados. Importante referir que o internamento está organizado por quartos, divididos por sexo (masculino e feminino), e sempre tive especial atenção à privacidade da pessoa, com recurso a cortinas e biombos.

A mudança de turno neste serviço é realizada no gabinete de enfermagem com a porta devidamente fechada, para que a passagem de informação envolvesse apenas os intervenientes no plano terapêutico, respeitando assim o artigo 85º da Deontologia profissional de enfermagem (OE, 2015).

No decorrer do estágio, fiquei responsável pela prestação de cuidados a um determinado número de doentes e pude constatar que a maioria das pessoas internadas aparentavam ter baixos níveis de literacia em saúde. Complementarmente, notei que as pessoas idosas são dos grupos mais afetados, o que se pode justificar com os baixos níveis de instrução, estando menos atentas ao cuidado da sua saúde, o que favorece a progressão da DRC. Importa acrescentar que, para além de idosos, a questão do baixo nível de literacia em saúde afeta também pessoas com menor rendimento (muitas vezes por não conseguirem aceder aos serviços de saúde) e as minorias étnicas (que desconhecem os recursos de que podem beneficiar e enfrentam a barreira linguística).

A partir desta realidade, um dos meus principais objetivos foi elaborar estratégias para a resolução deste problema, tendo em mente que a literacia em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como *“o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”* (DGS, 2018, p.3).

Estudos realizados em Portugal revelaram que as pessoas com baixos níveis de literacia correspondem a idosos, pessoas com doenças crónicas e/ou indivíduos com baixa escolaridade e baixos rendimentos (DGS, 2018). Ainda de acordo com a mesma entidade (2018), os reduzidos níveis de literacia em saúde estão relacionados com um elevado número de internamentos e com uma menor prevalência de comportamentos preventivos na área da saúde, o que conduz a uma diminuição da qualidade de vida.

Neste enquadramento, a DGS desenvolveu um plano de ação para aumentar a literacia em saúde (2019-2021), de forma a promover a capacitação das pessoas na

adoção de estilos de vida saudáveis, visando a aquisição de ganhos em saúde. Nesta linha de pensamento, o Enfermeiro Especialista tem um papel crucial na partilha do conhecimento para que a pessoa/família/cuidador adquira a habilidade da procura de solução para o seu problema de saúde e possa tomar decisões informadas e agir de acordo com a promoção da sua saúde e prevenção da doença. O contexto de internamento torna-se, assim, um momento de excelência para que o Enfermeiro Especialista desenvolva atitudes promotoras de literacia em saúde, dada a longa duração do contacto com a pessoa doente.

O enfermeiro deve promover a mudança comportamental, para que o doente possa gerir eficazmente a sua doença, tomar decisões adequadas, assumir a responsabilidade dos seus cuidados de saúde e utilizar os serviços de saúde de forma eficiente. De acordo com o modelo teórico de Callista Roy, o objetivo da enfermagem é a adaptação da pessoa nos quatro modos de adaptação, de forma que a pessoa desenvolva respostas adaptativas eficazes (Tomey & Alligood, 2004).

No decorrer do estágio, eu tive especial atenção à educação para a saúde da pessoa/família/cuidador, nomeadamente ensinamentos sobre: a alimentação, a gestão da medicação, a importância da prática regular do exercício físico, os cuidados ao acesso vascular e a constante vigilância de sinais e sintomas do agravamento da doença. Um aspeto bastante positivo neste serviço é a existência de panfletos e brochuras sobre diversos temas como: o guia de acolhimento do serviço, os cuidados a ter com o acesso vascular, a lista de alimentos ricos em potássio e fósforo, entre outros. A informação escrita reforça a informação dada, o que facilita a aprendizagem.

O estágio é um momento de aprendizagem que potencia o desenvolvimento de competências baseadas na mais recente evidência científica, assim como o desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo, que nos ajude a evoluir enquanto enfermeiros. Procurei sempre adotar uma postura reflexiva e disponível para adquirir novos conhecimentos e práticas, bem como ajudar a equipa com conhecimentos de outras experiências, como era o caso da minha prática em Cuidados Intensivos.

O Enfermeiro Especialista deve possuir um elevado conhecimento especializado, reconhecido como habilitado a exercer a profissão de enfermagem num contexto de profundo conhecimento, numa área específica dessa mesma ciência. Os enfermeiros com formação avançada são profissionais devidamente credenciados com conhecimentos e competências clínicas especializadas e possuem uma elevada capacidade de decisão para uma prática clínica segura (Regulamento nº 140/2019).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para os exigir, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Despacho n.º 9390/2021).

A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde em particular. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde.

Este Plano visa atingir os seguintes objetivos estratégicos: 1) aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; 2) garantir uma liderança aberta e transparente 3) aumentar a segurança da comunicação; 4) assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes 5) incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente; 6) aumentar a segurança cirúrgica; 7) aumentar a segurança na utilização da medicação; 8) prevenir a ocorrência de quedas; 9) prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; 10) assegurar a identificação inequívoca dos doentes e 11) prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. As instituições de saúde, através das suas comissões da qualidade e segurança, devem implementar e acompanhar este conjunto de ações propostas, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população (Despacho n.º 9390/2021).

No que se refere ao objetivo inerente ao aumento da segurança na comunicação, este constitui um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das mudanças de turno, transferências ou altas dos doentes. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem comprometer a continuidade de cuidados e o tratamento adequado, potenciando assim os incidentes com dano para o doente.

De igual forma, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar. Se por um lado as

instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço de atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente (Despacho n.º 9390/2021)

No contexto desta problemática, verifiquei que a monitorização cardíaca dos doentes com perfusão endovenosa contínua de noradrenalina não era realizada. Após constatar este facto, recorrendo à mais recente evidência nesta área, promovi a reflexão no seio da equipa sobre esta prática. Efetivamente, a noradrenalina constituiu-se como o fármaco usado no controlo de complicações inerentes à da sépsis, pela sua ação vasopressora que permite o aumento da pressão arterial (Evans et al., 2021). Contudo, este fármaco apresenta um elevado risco pelos efeitos secundários tais como: necrose da pele na ocorrência de extravasamento, bradicardia, arritmias, hipertensão arterial, lesões isquémicas, entre outros. Assim, é essencial que o enfermeiro adquira competências específicas na manipulação deste medicamento, garantindo a segurança do doente. Como indicam as boas práticas (Evans et al., 2021), a monitorização cardíaca é essencial e o fármaco deve ser administrado num vaso de grande calibre preferencialmente através de um CVC.

Após a reflexão, os enfermeiros da equipa concluíram necessitar de atualização nesta temática e iniciou-se, neste serviço, a mudança de cuidados prestados baseados na mais recente evidência. Oportunidades como esta, de prática reflexiva, são encaradas como uma estratégia para o desenvolvimento profissional de estudantes de enfermagem e enfermeiros, permitindo melhores cuidados em enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016). O Enfermeiro Especialista deve assumir um papel dinamizador na melhoria contínua na qualidade dos cuidados.

O Enfermeiro Orientador deste ensino clínico é o elo com a Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar e coordena a implementação das recomendações que concernem ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Como descrito no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, as infeções hospitalares aumentam a morbilidade e a mortalidades dos nossos doentes, o que, conseqüentemente, aumenta os custos em saúde, sendo que um terço dessas infeções podem ser evitáveis (Despacho n.º 9390/2021).

Tendo esta consciência e preocupação, segui sempre as Precauções Básicas do Controlo da Infecção, nomeadamente na lavagem das mãos, sendo estas devidamente auditadas, e no uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (máscara, bata e viseira), especialmente na situação pandémica em que vivemos.

Neste serviço pude verificar a enorme preocupação que existe com o controlo de infeção, principalmente em doentes com bactérias multirresistente como *Klesibella Pneumoniae*, utilizando sempre quartos individuais, EPI colocados na entrada do quarto e descartados antes do sair do mesmo, para evitar a contaminação. Existia também uma identificação destes doentes no quadro de doentes na enfermaria e no quarto, conforme a recomendação da DGS (2017).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, ao mesmo são exigidas competências na área da gestão, sendo que estas são parte importante da sua prática diária. Esta exigência inclui não só a gestão de recursos materiais (instalações e equipamentos), mas também a gestão de recursos humanos e dos cuidados. Desta forma, ao longo deste estágio tive a oportunidade de assessorar os enfermeiros e a equipa, cooperando na tomada de decisão e na apresentação de soluções eficientes, de modo a colaborar na resolução de possíveis constrangimentos resultantes da prestação de cuidados. Assim sendo, considera-se que o Enfermeiro Especialista gere os cuidados, na medida em que otimiza a resposta da equipa de enfermagem, que articula com a equipa multiprofissional e que adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

A coordenação do serviço, alocado ao enfermeiro responsável de turno, assumiu um grande destaque por ser consideravelmente diferente da minha realidade e por constituir um objetivo de aprendizagem. Efetivamente pude constatar que no turno da manhã existe sempre um Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica responsável pela coordenação do serviço. Nos restantes turnos, e na ausência de um Enfermeiro Especialista, os Enfermeiros Coordenadores são selecionados pela experiência e anos de trabalho.

Esta realidade é concordante com o preconizado pela OE (2017), pois a função de responsável de turno compete ao Enfermeiro Especialista, enquanto profissional mais bem preparado e com competências na área de gestão. Todavia, na ausência deste, poderá ser designado um Enfermeiro de cuidados gerais, desde que comprovada a sua competência para a função.

Relativamente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, o Regulamento nº 743/2019 refere que “(...) nos diversos serviços de internamento de adulto, no âmbito das especialidades médicas e cirúrgicas, deva existir, pelo menos, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em permanência 24 horas por dia” (p. 140). Esta recomendação nem sempre foi respeitada, uma vez que só existem dois elementos com a especialidade em questão.

Através deste estágio, tentei adquirir o máximo de aprendizagens possíveis, mantendo uma postura reflexiva, um pensamento crítico e utilizando a comparação como instrumento de relevo. Neste contexto, o estágio permitiu-me refletir sobre as minhas práticas e verificar que as minhas competências profissionais têm evoluído favoravelmente para um nível de perito, especialmente na abordagem à pessoa em HD.

Recordo-me de um doente que apresentava sinais evidentes de sobrecarga hídrica como: dificuldade respiratória, tosse e edemas nos membros inferiores. Rapidamente alertei a equipa médica para a agudização do estado clínico deste doente e o mesmo foi avaliado com indicação para realizar tratamento de HD de urgência. Este exemplo serve para ilustrar que em contexto de imprevisibilidade e de adaptação constante, os Enfermeiros Especialistas devem assumir uma resposta eficaz, eficiente e em tempo útil visando a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

O acréscimo de competências e qualificações que diferenciam o Enfermeiro Especialista são, sem dúvida, uma mais valia para os cuidados de saúde, permitindo a prestação de cuidados mais especializados, direcionados, fundamentados e individualizados, tendo em conta as, cada vez maiores, exigências técnicas e científicas dos cuidados de enfermagem.

Benner (2001) destaca os enfermeiros peritos como os elementos que conseguem identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas. Assim, através de uma compreensão intuitiva, apreendem a situação no seu todo e diagnosticam com precisão, não perdendo tempo com possibilidades ineficazes. Devido a esta prática, estes enfermeiros são frequentemente consultados pelos seus colegas e destacados pelos superiores. O Enfermeiro Especialista tem como responsabilidade a formação de pares, identificando áreas de lacunas do conhecimento e atuando como facilitador de aprendizagem e educador oportuno em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019). Com o objetivo de cumprir estas indicações, desenvolvi uma ação de formação em serviço, com o tema “Alterações no

eletrocardiograma na pessoa com doença renal crónica provocadas por distúrbios eletrolíticos” (Apêndice I), e com base no facto de o enfermeiro ter um papel fundamental na monitorização e reconhecimento de alterações no eletrocardiograma, de forma a evitar ou minimizar a deterioração do estado clínico do doente. No fim da ação, a equipa mostrou-se bastante satisfeita com a formação, pelo conteúdo e pela aplicabilidade do tema.

Neste serviço existe uma enorme preocupação em envolver a família/pessoa de referência no processo terapêutico do doente, como pude constatar com a situação de uma pessoa que foi admitida no serviço por incumprimento da técnica de DP.

Como Roy & Andrews (2001) referem: consciencializar e envolver a família no tratamento impulsiona mudanças comportamentais e promove uma adaptação, considerada eficaz quando os doentes/famílias se envolvem no tratamento, pelo que o papel do enfermeiro deve ser centrado na pessoa e nas suas necessidades, nomeadamente na adaptação ao tratamento que envolve mudanças comportamentais que devem ser guiadas pela equipa de enfermagem.

Neste ensino clínico tive a oportunidade de estar presente nas consultas de esclarecimento, que têm como missão respeitar a pessoa e a família na tomada de decisão e envolver a pessoa no seu processo terapêutico. Estas consultas incluem uma equipa multidisciplinar com enfermeiro, nefrologista, assistente social e nutricionista, que realizam a consulta individualmente.

As consultas de esclarecimento são iniciadas pela equipa de enfermagem e, como pude observar, a enfermeira realizou uma breve contextualização da situação clínica da pessoa e esclareceu as diferentes TSFR existentes: como a HD, a DP, a TR e o tratamento médico conservador. Recorreu a material informativo para consolidar a informação transmitida, como preconiza a norma, enfatizando sempre que a escolha da modalidade podia ser alterada pelo doente, a qualquer momento. Após a consulta de enfermagem, a pessoa foi encaminhada para a consulta médica, onde se realizou um novo enquadramento da situação clínica da pessoa e se enfatizou a necessidade de TSFR. Realizou-se também uma triagem de possíveis restrições a uma das técnicas, uma breve sumarização das diferentes técnicas, questionou-se o doente relativamente à escolha da modalidade, se apresentava dúvidas ou questões e, no fim, foi entregue à pessoa uma cópia da norma de esclarecimento. Seguidamente, a pessoa foi orientada para a consulta com a assistente social e a nutricionista. Posso afirmar que a consulta de esclarecimento neste hospital segue as orientações da norma nº 017/2011, reiteradas pela DGS.

As consultas de esclarecimento permitem a consciencialização e o envolvimento do doente no seu tratamento, tornando-o responsável pela sua saúde e impulsionando-o para mudanças comportamentais, o que conseqüentemente promove uma adaptação de saúde/doença eficaz. Efetivamente, a adaptação a esta nova condição de saúde necessita de mudanças comportamentais que devem ser orientadas pela equipa de enfermagem. A adesão é eficaz quando o doente cumpre o tratamento recomendado, por esse motivo o papel do enfermeiro deve ser centrado na pessoa, analisando as suas necessidades individuais (Dias et al., 2011).

Adicionalmente, constatei que a alguns doentes são realizadas apenas duas consultas de acompanhamento de especialidade de Nefrologia ao ano, o que me parece insuficiente face à complexidade desta doença. A educação para a saúde destes doentes deveria ser continuada ao nível dos cuidados de saúde primários, devendo existir uma articulação coesa entre as diferentes valências, com o intuito de promover a adaptação de comportamentos saudáveis que possam retardar ou estagnar a doença.

O objetivo das instituições de saúde é assegurar que os cuidados sejam seguros e de excelência, promovendo a satisfação na pessoa cuidada e nas suas famílias (Parreira et al., 2021). Importa também frisar que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem estipulados pela OE recomendam a utilização de metodologia de organização de cuidados de enfermagem promotoras de qualidade (OE, 2001).

A profissão de enfermagem tem evoluído enquanto disciplina para se adaptar e dar uma resposta eficaz às exigências da população. Neste sentido, os métodos de organização dos cuidados estão em constante mudança, acompanhando sempre a evolução da praxis da profissão (Parreira et al., 2021).

As direções de enfermagem são responsáveis pela organização e pela implementação do método de organização de cuidados. Na instituição de saúde na qual desenvolvi o presente estágio é recomendado a MER, mas cabe a cada serviço a responsabilidade da sua implementação eficaz.

A MER caracteriza-se pela relação de vínculo sólida e contínua entre um doente e um determinado enfermeiro. O enfermeiro assume por completo a tomada de decisão dos cuidados a respeito do seu doente de referência, desde a admissão até à alta, ficando responsável pela avaliação inicial, diagnóstico, implementação das intervenções e avaliação contínua dos cuidados. Na ausência do Enfermeiro de

Referência, a continuidade dos cuidados é assegurada pelo Enfermeiro Associado com a supervisão do mesmo (Wessel & Manthley, 2015).

No serviço em questão, o grande constrangimento na adoção do trabalho por MER deve-se à enorme rotatividade de enfermeiros. A equipa apresenta-se também com dotação insuficiente de enfermeiros devido à situação pandémica com enfermeiros destacados para serviços de Covid. Esta visão é válida por Parreira (2005), que refere que as dificuldades na implementação deste método devem-se à elevada taxa de rotação e dotação inadequada de enfermeiros.

Em conversa com o Enfermeiro Gestor, percebi que a organização dos cuidados por MER foi preconizada em 2019 no hospital, exigindo uma equipa experiente e recursos alargados. Os métodos de organização dos cuidados são estabelecidos pela disponibilidade da equipa de enfermagem, conciliada com as características organizacionais e as necessidades dos cuidados (Rego & Coelho, 2016). Segundo o gestor da unidade, esta metodologia exige também uma grande disponibilidade dos enfermeiros no contacto permanente com os doentes, o que não está ao alcance de todos os serviços e não é adaptado a qualquer profissional.

Na minha ótica, a presença de um Enfermeiro de Referência nas unidades de internamento pode melhorar a satisfação dos doentes e das suas famílias, bem como ajudar a reduzir a sobrecarga dos demais profissionais da equipa de saúde, já que o Enfermeiro de Referência rentabiliza o conhecimento aprofundado dos doentes atribuídos, ao individualizar os cuidados. Sem a MER, os enfermeiros não conhecem nenhum doente de forma aprofundada e têm mais dificuldade em individualizar os cuidados; mas, como anteriormente referido, a sua implementação e efetivação é difícil, sendo, por isso, essencial que cada organização de saúde possua um manual de orientação de implementação desta metodologia.

Em suma, considero que, no futuro, a equipa necessita de ser reorganizada e incentivada para a adoção desta metodologia. Em conversa com vários elementos da equipa, pude constatar que todos reconhecem a importância deste método na melhoria dos cuidados prestados. Referem ainda que esta metodologia enaltece o verdadeiro *core* da profissão, promovendo a humanização, e em que o doente é reconhecido como o centro dos cuidados, sendo incentivado a ter um papel ativo na sua recuperação e na sua saúde.

3.2. Unidade de diálise peritoneal

O estágio na unidade de DP foi desenvolvido num serviço hospitalar que engloba a unidade de HD em regime de ambulatório, a unidade e hospital de dia da DP. O objetivo deste ensino clínico foi desenvolver as competências de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente de DP.

A unidade é constituída por dois gabinetes de consulta (médico e enfermagem), duas salas de ensino e treino da técnica e uma de procedimentos técnicos (como o *shaving* do cuff e remoção de pontos cirúrgicos). O hospital de dia presta cuidados de saúde programados aos doentes em programa de DP em ambulatório, como: a preparação pré-operatória para colocação do cateter de DP, treino da técnica de DP, realização de exames e testes de equilíbrio peritoneal e tratamentos de enfermagem.

A DP é uma terapia domiciliária, em que *“o sistema de diálise inclui o peritoneu, usado como filtro fisiológico, e a cavidade abdominal, onde uma solução é instilada através do cateter peritoneal de silicone. O processo de diálise ocorre durante a permanência da solução na cavidade abdominal, com trocas regulares, necessárias para drenar o efluente peritoneal, removendo a água e os solutos acumulados”* (Ponce, 2020, p.32).

A DP é uma das modalidades de tratamento da DRC em estágio 5. Segundo os novos dados da SPN (2021), o número de doentes em programa regular de DP tem vindo a aumentar, contabilizando-se 878 pessoas. A unidade de DP onde realizei o estágio acompanha a tendência nacional, com 36 doentes em 2016 e 74 atualmente.

Nesta unidade, a modalidade mais frequente, envolvendo 66.2% dos doentes, é a Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), o que a nível nacional corresponde a 59.6%. Não parece haver diferença significativa entre a DPCA e a Diálise Peritoneal Automática (DPA) quanto à mortalidade, peritonites ou eficácia dialítica (Rabindranath et al., 2010). Estudos revelam que pessoas em DPA apresentam melhor índice de qualidade de vida, com mais tempo para as suas atividades laborais, familiares e sociais, porém pode estar associada a menor qualidade de sono. A melhor terapia será a que melhor se adapta ao estilo de vida da pessoa e da sua família (Bieber, Burkart, Golper, Teitelbaum & Mehrotra, 2014).

Para desenvolver as competências de especialista durante este estágio, tentei integrar-me na equipa, esforçando-me para adquirir conhecimento sobre as características da mesma, demonstrando sempre uma postura humilde, e com uma mente aberta para receber todo o tipo de experiências e conhecimentos, uma vez que representava uma nova área de atuação e intervenção. Encarei estas aprendizagens

como oportunidades únicas, onde tentei, através da minha experiência profissional, dar o meu cunho pessoal.

O tratamento da DRC é complexo, exigindo ao doente e à família a adaptação a uma nova realidade, com mudanças no horário do tratamento, na dieta, no exercício físico, na gestão da medicação, nos cuidados com o cateter e na vigilância de complicações. É também de realçar que o diagnóstico da DRC gera tristeza, raiva e medo no doente. A novidade do tratamento dificulta a adesão ao regime terapêutico (Madeiro, Machado, Bonfim, Braqueais & Lima, 2010), pelo que Enfermeiro Especialista deve criar uma relação de ajuda, baseada na confiança, com a pessoa, facilitando a eliminação dos agentes causadores de stress (Walker, Abel & Mayer, 2010).

A fase pré-diálise constitui-se como o momento ideal para a preparação do doente e da sua família/cuidador. Estudos recentes (Ku, McCulloch & Johansen 2019; Lin & Zuo, 2015) reforçam a importância de programar o início da terapia dialítica no estágio 4, promovendo a gradual aquisição dos conhecimentos e permitindo a escolha da modalidade terapêutica de forma informada e esclarecida. Este método de atuação permite implantar atempadamente um acesso para a técnica, podendo diminuir também a necessidade urgente de tratamento e de internamento, e prevenindo complicações associadas como, por exemplo, a probabilidade de contrair uma infeção nosocomial (Chan et al., 2019).

A equipa de enfermagem de DP é responsável pela consulta de esclarecimento na unidade, realizada uma vez por semana. A equipa é constituída por nefrologista, enfermeiro, nutricionista e assistente social, respeitando a Norma nº 07/2011 emanada pela DGS. Seguindo as recomendações desta entidade, a consulta de esclarecimento deve ser realizada no estágio 4 da DRC por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de informar a pessoa/família das diferentes modalidades de tratamento e auxiliar na escolha que melhor se adapte ao estilo de vida e à condição de saúde do doente (Moutinho et al., 2017).

Neste estágio tive a oportunidade de assistir às consultas de esclarecimento dos diferentes tratamentos disponíveis para DRC em estágio 5. O doente é informado dos objetivos da consulta e é esclarecido sobre as modalidades de tratamento disponíveis e as suas indicações, respeitando assim o artigo 84º da Deontologia profissional de enfermagem (OE, 2015). A metodologia adotada pela enfermeira foi a utilização de um folheto informativo e vídeo explicativo, como recomenda a norma nº 07/2011. Atualmente, as modalidades terapêuticas disponíveis incluem a DP, a HD, a TR e o

tratamento médico conservador, estando este último reservado a situações de mau prognóstico em que o doente não beneficia do tratamento dialítico. A escolha da modalidade terapêutica é um momento de bastante stress e pode inclusivamente condicionar o futuro da pessoa, pelo que deve haver cuidado na sua preparação para enfrentar esta situação.

A literatura enfatiza a educação pré-diálise como um fator essencial, para que o doente possa tomar uma decisão informada sobre o tratamento e escolher o que melhor se adapta ao seu estilo de vida, promovendo assim a sua qualidade de vida (Chiou & Chung, 2012).

Pude constatar, em primeira mão, a enorme dificuldade da pessoa em optar por uma das TSFR, por não ter conhecimentos suficientes sobre a sua situação clínica, pelo que realço a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista na organização de programas de educação estruturados no momento pré-diálise. A boa articulação entre o enfermeiro que acompanha a pessoa nas consultas de especialidade de nefrologia e o enfermeiro de cuidados de saúde primários é essencial no envolvimento e consciencialização do seu estado de saúde/doença e para dar resposta às suas verdadeiras necessidades. Esta articulação torna-se ainda mais relevante na medida em que as principais causas da DRC (em que se incluem diabetes e hipertensão arterial) podem ser controladas na comunidade, através da promoção de hábitos de vida saudáveis e da sensibilização da população (Galvão et al., 2021).

Nesta unidade a taxa de incidência de episódios de peritonite/doente/ano é de 0.24, posicionando-se bastante bem relativamente à recomendação da *International Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD), que é inferior a 0.4 (Li et al., 2016). A nível nacional a taxa de peritonite foi de 0,29 (Galvão et al., 2021). A peritonite é uma das principais causas de abandono da técnica e está associada a um aumento da taxa de morbilidade e mortalidade (Gadola et al., 2013).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de capacitar a pessoa para realizar a técnica de DP de forma autónoma e segura e a lavagem das mãos deve ser destacada como uma prática essencial na prevenção e controle de infeções (Cesário et al., 2019) e deve respeitar a norma nº 007/2019 da DGS.

A higienização das mãos envolve todo o processo da técnica de DP, desde os cuidados ao cateter, à preparação do material, até à conexão e desconexão dos sistemas. Estudos realizados no Brasil revelam que a adesão à lavagem das mãos permanece baixa com taxas inferiores a 60% (Cesário et al., 2019), o que é um facto

preocupante. A principal dificuldade que observei durante o ensino desta técnica, foi o cumprimento todos os passos da norma nº 007/2019. Assim, sugeri a colocação de um poster elucidativo com os diferentes passos, para promover a sua melhor assimilação (Anexo I). O ensino individualizado, a avaliação periódica das competências do doente e a educação da família são também medidas importantes para assegurar melhores resultados a este nível. Nesta unidade está implementado um instrumento de avaliação de forma a assegurar a verificação do cumprimento do procedimento.

Por outro lado, a visita domiciliária é uma ferramenta essencial para otimizar o autocuidado, melhorando a sobrevida da pessoa com a redução de taxa de peritonites e conseqüente hospitalização (Marinho et al., 2020).

Segundo as recomendações internacionais e nacionais, a visita domiciliária deve ser implementada e realizada pela equipa de enfermagem experiente em DP. Esta tem como principais objetivos a avaliação das condições socioeconómicas e culturais da pessoa/família, e conhecer e acompanhar o tratamento de forma a intervir atempadamente e eficazmente nos erros detetados (Cunha et al., 2017). Recomenda-se que seja efetuada pelo Enfermeiro de Referência, isto é, o profissional que iniciou e executou o processo de enfermagem (Moutinho et al., 2017).

Segundo o manual de boas práticas de DP da OE (Moutinho et al., 2017), a visita domiciliária deve ser realizada antes de se iniciar o tratamento, para avaliar as condições da habitação e o apoio ao cuidador informal e após a alta para avaliar a transição do hospital/domicílio e as necessidades da pessoa, como estratégia de reciclagem sobre a técnica e prevenção de complicações. A OE aconselha, no mínimo, três visitas anuais, sendo a visita domiciliária considerada, por toda a equipa, de extrema importância. Neste enquadramento de relevância, foi apresentado um projeto de visita domiciliária à administração do hospital, estando a aguardar-se autorização para a sua implementação. A equipa multidisciplinar conta com enfermeiros de empresas privadas que realizam esta avaliação e elaboram um relatório com as observações e intervenções realizadas.

Considera-se que a participação de um Enfermeiro Especialista é essencial, pois assume uma postura de liderança, gere os cuidados, otimiza a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação com a equipa multidisciplinar, bem como participa da gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados prestados ao doente (Regulamento nº140/2019).

A organização de cuidados nesta unidade é feita através da MER, que aproxima o doente do enfermeiro, contribuindo para a satisfação da pessoa e da equipa de enfermagem (Rego & Coelho, 2016).

A equipa de enfermagem da unidade é constituída por seis elementos, dos quais um Enfermeiro Gestor, um Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e quatro Enfermeiros Generalistas considerados peritos na área. Cabe ao Enfermeiro Gestor atribuir os doentes aos Enfermeiros de Referência, que ficam responsáveis por avaliar, planear, executar e reavaliar os cuidados, desde a admissão até à alta, não excedendo os 25 doentes por cada enfermeiro, tal como recomenda o “Manual de boas práticas” da DP, produzido pela OE (2017).

O Enfermeiro de Referência de DP deve ter competências técnicas, mas também um amplo conhecimento da DRC e das modalidades terapêuticas, além de possuir competências comunicacionais, como paciência, consistência, flexibilidade e bom senso para avaliar a pessoa sobre os seus cuidados (Moutinho et al., 2017).

O papel diferenciador do Enfermeiro de Referência proporciona ganhos em saúde através da melhor adesão terapêutica, da satisfação da pessoa e da respetiva família, do melhor suporte emocional e apoio durante todo o processo terapêutico. A adesão é eficaz, quando o doente está em concordância com o tratamento, por isso o papel do Enfermeiro de Referência deve ser centrado na pessoa, analisando as suas necessidades individuais (Santos et al., 2019).

Neste ensino clínico aproveitei as oportunidades de forma a aprender em conjunto com a equipa, mas também contribuindo para os cuidados de saúde. Ciente do desafio da constante mudança e crescimento profissional, procurei adquirir saberes em cada estágio e partilhar a minha experiência.

Adicionalmente, tentei ajudar a equipa a identificar o que seria, do meu ponto de vista, as suas dificuldades, designadamente na construção de diagnósticos e em intervenções de enfermagem, utilizando uma linguagem classificada para a prática de enfermagem.

Neste estágio, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes centravam-se em focos de atenção: maceração do orifício de saída do cateter peritoneal e aceitação do estado de saúde. No primeiro caso, as intervenções de enfermagem seriam para avaliar o risco de maceração e executar o tratamento à maceração. No segundo caso, as intervenções de enfermagem passavam por avaliar a aceitação do estado de saúde, incentivar a comunicação de emoções, promover o apoio da família e ensinar sobre estratégias adaptativas (ICN, 2011).

Roy & Andrews (2001) realçam que a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental em assistir a pessoa a identificar estratégias eficazes de *coping*, de forma a garantir a aceitação e adaptação positiva. Neste sentido, realizei uma ação de formação intitulada “Padrão de documentação de cuidados de enfermagem” (Apêndice II). No fim, a equipa reforçou a pertinência da formação e referiu que facilitaria a elaboração do processo de enfermagem para a prática futura. Após uma reflexão centrada nos aspetos a melhorar neste serviço, concluí que o processo de reforço do ensino sobre a técnica precisava de ser estruturado para se tornar mais eficaz. O reforço do ensino da técnica é essencial para assegurar a eficácia do tratamento e para prevenir complicações como peritonites e infeções do orifício de saída (Bernardini, Price & Figueiredo, 2006). Deve ser um objetivo assegurar que os critérios que validaram no início do tratamento continuam a ser respeitados e, para isso, é fundamental identificar eventuais problemas de adesão terapêutica e proceder aos ensinamentos necessários (Moutinho et al., 2017).

Destaque ainda para os estudos que apontam para maiores ganhos em saúde, quando o reensino é efetuado no domicílio (Chang et al., 2018). Seguindo as recomendações da ISPD, o reensino deve ser realizado de forma periódica, três meses após o ensino inicial e, posteriormente, pelo menos uma vez por ano ou após as seguintes complicações ou intercorrências, em que se inclui peritonite, infeção do orifício do cateter peritoneal, hospitalização prolongada, interrupção temporária da DP, mudança de equipamento ou mudanças de ordem física, cognitiva ou sensorial (Li et al., 2016). Por conseguinte, foi pertinente divulgar um instrumento de avaliação apresentado num *workshop* EDTNA/ERCA, que se encontra em processo de validação (Anexo II), para averiguar a periodicidade do reensino a cada doente. Com esta partilha de saber, considero ter contribuído de forma útil, dinamizando e desenvolvendo a prática baseada na mais recente evidência científica.

Como defende França (2013), a excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva. Aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências ao nível de habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Também a OE (2012) recomenda que o Enfermeiro Especialista adote uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, que identifique áreas de maior necessidade de formação e que procure manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados, o que resultará num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas. Desta

forma, o Enfermeiro Especialista assume a responsabilidade pela sua aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das necessárias competências.

De acordo com o nível de competências de Benner (2001), no início deste estágio, considero que me encontrava no nível 1 - Iniciado, pois não tinha experiência prévia das situações que iria enfrentar, pelo que os meus conhecimentos essencialmente teóricos foram cruciais para ultrapassar as dificuldades. Encarei todas as experiências vivenciadas como aprendizagens únicas e, tendo igualmente em conta toda a minha experiência profissional, esforcei-me por dar o meu cunho pessoal. No final do estágio, considero que evoluí para o nível 2 – Inicial Avançado.

3.3. Unidade de hemodiálise

A unidade de HD onde realizei o estágio situa-se num hospital central da zona centro do país e está integrada no serviço de Nefrologia do mesmo, prestando cuidados a uma população com cerca de 2.272.713 habitantes, segundo dados estatísticos da entidade prestadora em 2018. Esta unidade está essencialmente dedicada a pessoas provenientes do serviço de urgência com agudização da DRC e LRA, a pessoas a iniciar, pela primeira vez, o tratamento de HD, e a pessoas internadas em tratamento de HD. De acordo com a Portaria nº 347/2013 (DR, 2013), uma unidade central de HD integra-se numa instituição de saúde, pública ou privada, agregada a um serviço de Nefrologia, com assistência médica nefrológica permanente, com a capacidade de internar os doentes em diálise ambulatoria, com vertente cirúrgica para construção ou recuperação de acessos vasculares e valência de intervenção endovascular para diagnóstico e intervenção de complicações de acessos vasculares.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 colaboradores, incluindo um Enfermeiro Gestor e dois enfermeiros especialistas de carreira profissional na área Médico-Cirúrgica, com funções acrescidas de coordenação. Todos os elementos possuem uma grande experiência na área, maioritariamente na prestação de cuidados a pessoas com patologia renal. Segundo Benner “*o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis*” (Benner, 2001, p. 54).

Adicionalmente, a maioria da equipa tem formação pós-graduada, alguns colaboradores têm pós-licenciaturas de especialização, maioritariamente em

enfermagem Médico-Cirúrgica e de Reabilitação. De acordo com o regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro p.140, sobre a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, devido “à elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, a equipa deve, preferencialmente, integrar pelo menos 50% de enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica”. Posto isto, considero que o grupo com o qual tive a oportunidade de desenvolver este estágio é uma equipa de excelência, com enorme respeito pelo core da profissão, com o permanente intuito de prestar cuidados exímios aos seus doentes e com prática baseada na evidência.

A unidade contempla três salas de tratamento: uma sala com nove postos, uma sala com três postos para casos de isolamento e outra sala isolada com dois postos para pessoas com doenças infetocontagiosas, como o vírus da hepatite B. Cumprindo com a regulamentação e legislação em vigor, emanadas pelo “Manual de Boas Práticas em Hemodiálise”, as instalações para estes doentes são separadas das instalações para doentes negativos (Despacho nº 14 391/2001). Esta unidade dá apoio ao serviço de medicina intensiva, ao serviço de transplantação hepática e ao serviço de queimados, através de técnicas contínuas de substituição da função renal.

O estágio ocorreu durante o período pandémico de síndrome respiratório agudo grave-coronavírus 2, existindo um elevado número de doentes positivos internados em programa regular de HD, alocados a enfermarias Covid. Estes tratamentos dependem exclusivamente dos enfermeiros da unidade de HD, existindo em permanência quatro monitores com uma central de tratamento de água e sistema de escoamento.

Quando um doente tem a necessidade de realizar tratamento de urgência e aguarda o resultado do teste, é transferido para uma sala de isolamento da própria unidade de HD, tal como recomenda o Plano de Contingência nº 008/2020, da DGS. Dada a imprevisibilidade do número de doentes internados a necessitar de TSFR, pude constatar um esforço acrescido por parte do Enfermeiro Gestor em assegurar recursos humanos suficientes para promover cuidados seguros e de qualidade.

De acordo com os critérios para o cálculo de número de enfermeiros por cada turno e dotações seguras (regulamento nº 743/2019), numa unidade de HD, cada enfermeiro deve prestar cuidados a quatro doentes, porém devem ser ponderadas situações com necessidades especiais, como as pessoas portadoras de vírus da hepatite B e C e de vírus da imunodeficiência humana. Existe ainda a necessidade de dar resposta à unidade de cuidados intensivos, à unidade de queimados e à unidade

Covid durante a manhã e tarde. No período da noite, apenas um elemento atende situações de urgência, não respeitando a recomendação de existir um mínimo de dois enfermeiros por turno.

Segundo o regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos são aspectos essenciais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações. Para isso, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

Relativamente às competências da responsabilidade profissional, no domínio ético e legal, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019) refere que é responsabilidade do enfermeiro assegurar que os cuidados prestados respeitam os direitos humanos e os deveres profissionais. No exercício diário da nossa profissão, podemos ser confrontados com questões que colocam em causa as decisões previamente tomadas. A maioria destas situações surgem quando existe uma alteração do estado de saúde da pessoa, nomeadamente um agravamento do mesmo, o que pode conduzir a alterações nos planos de cuidados e nos tratamentos a serem implementados. Por vezes, estas situações ocorrem quando a vontade da pessoa não é concordante com o proposto pela equipa de saúde, surgindo dilemas éticos e levantando-se dificuldades para a sua resolução. Neste sentido, é essencial que a equipa multidisciplinar discuta, reflita e partilhe conhecimentos e experiências, colaborando para a construção de uma ponderada tomada de decisão ética (Nora, Deodato, Vieira & Zoboti, 2016).

A tomada de decisão ética suporta-se em princípios que respeitam os desejos e crenças das pessoas (Nora, Deodato, Vieira & Zoboti, 2016); além do respeito pela dignidade humana e pela qualidade de vida, os enfermeiros devem respeitar os princípios de: autonomia, beneficência e não-maleficência, justiça, vulnerabilidade e consentimento informado (OE, 2015).

A decisão de interromper ou iniciar tratamento deve envolver sempre todos os elementos da equipa multidisciplinar, o doente e a família. Nesta dinâmica, o enfermeiro, no seu exercício ético profissional, deve atuar *“como defensor ou advogado do doente, transmitindo informação e apoiando-se nos processos de escolha”* (OE, 2005 p.70).

Soratto & Silvestrini (2010, p.433) referem que *“o enfermeiro surge como intermediador em certos momentos, pois consegue captar melhor o desejo dos*

pacientes devido ao contato constante com o mesmo". Durante este campo de estágio, verifiquei que os profissionais tinham sempre a preocupação de envolver o doente na tomada de decisão do seu tratamento, respeitando assim a sua vontade e autonomia.

Para ilustrar este ponto, recorro a uma pessoa com indicação clínica para a administração de derivados de sangue, no entanto, apresentava uma diretiva antecipada de vontade, recusando estas terapias. A preocupação da equipa foi averiguar se esta vontade se mantinha perante a situação em que o doente se encontrava. Estas situações geram sempre bastante ansiedade na equipa multidisciplinar, no doente e na família, porém o que prevalece é a vontade da pessoa. Na prestação de cuidados a uma pessoa com um Testamento Vital, o enfermeiro deverá realizar a sua validação, proceder a esclarecimentos e ser fonte de informação contínua relativamente a possíveis alterações da evolução da medicina (Capelas et al., 2017). Estas vivências permitiram tomar consciência da importância de dar voz ao doente, salvaguardando sempre os seus direitos.

Deste modo, o Testamento Vital é um direito que respeita a decisão da pessoa, pela sua autonomia relativamente aos tratamentos que deseja ou não receber em caso de incapacidade ou impossibilidade de se expressar, aliviando o impacto emocional da tomada de decisão pelos profissionais de saúde e familiares (Capelas et al., 2017). Assim, o doente assume um papel ativo na sua saúde, decidindo sobre os cuidados que irá receber. Esta participação ativa tem a vantagem de o tornar responsável pelas suas escolhas, pela decisão da modalidade terapêutica da DRC em estágio 5, adotando comportamentos que visam a promoção da sua saúde e prevenção da doença, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. À luz do pensamento de Roy, os enfermeiros devem ser facilitadores da adaptação da pessoa ao ambiente, contribuindo para a saúde, qualidade de vida e morte com dignidade (Tomey & Alligood, 2004).

O Enfermeiro Especialista busca prevenir possíveis complicações, promover a saúde, a adesão ao regime terapêutico e a gestão da doença, de modo a capacitar a pessoa para a vivência da mesma (OE, 2018). Os cuidados de enfermagem devem refletir conhecimento, disciplina, formação/educação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança, permitindo assim alcançar a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem (OE, 2018).

As pessoas têm o direito de receber cuidados de saúde de qualidade e seguros. Consequentemente, é essencial a implementação de normas e procedimentos para

prevenir a ocorrência de incidentes que possam pôr vidas em risco. A promoção de uma cultura de segurança deve ser responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar, bem como das organizações de saúde. Segundo a DGS, o Plano Nacional de Segurança tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021).

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma realidade frequente, com um impacto negativo nos doentes, nas organizações de saúde e na nossa comunidade. “*As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde*” (DGS, 2017, p.5). Neste âmbito, a higienização das mãos é a intervenção mais eficaz para as prevenir, pois permite a eliminação de sujidade orgânica e/ou microrganismos (DGS, 2017).

No estágio, tive a oportunidade de verificar a permanente preocupação da equipa em cumprir as normas e regras implementadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; principalmente pelo Enfermeiro Gestor, que fomenta a formação em serviço, sendo o meu Enfermeiro Orientador o elemento de ligação a conceder a formação adequada e atualizada. Relativamente a recursos materiais, esta unidade está equipada com dois lavatórios e com vários dispensadores com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA).

A higiene das mãos deve ser realizada em cinco momentos: antes do contacto com o doente, antes de um procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos orgânicos, após o contacto com o doente e após o contacto com objetos e equipamento envolvente do doente. A duração da higienização depende da técnica adotada, pelo que a lavagem das mãos deve ser efetuada por 60 segundos, enquanto a fricção com SABA deve ser entre 15 e 30 segundos (DGS, 2019). A higiene das mãos com SABA é recomendada como a primeira opção, pela sua rápida utilização e tem demonstrado uma boa adesão junto dos profissionais (Santos, 2017). A lavagem das mãos deve ser efetuada quando as mãos estão visivelmente sujas e na prestação de cuidados a doentes com suspeita ou confirmação de *Clostridium difficile* e *Bacillus anthracis* (DGS, 2019).

Tive a oportunidade de estar envolvida na auditoria interna da lavagem e desinfecção das mãos, a qual seguia a norma da DGS nº 007/2019, com intuito de avaliar a adesão dos profissionais relativamente à higiene das mãos. Segundo a mesma, deve ser realizada uma auditoria anual, utilizando o Formulário para Observação da Higiene das Mãos (Anexo III). Em Portugal, e segundo os últimos dados publicados no “Relatório da Auditoria às Precauções Básicas de Controlo de

Infeção e Adesão à Higiene das Mãos”, da DGS (2016), a taxa de adesão à higienização das mãos tem vindo a aumentar, sendo que em 2014 foi apenas de 70,3% e em 2015, apenas um ano depois, subiu para 73.1%.

Observei que é no primeiro (antes do contacto com o doente) e no quinto momento (após contacto com o ambiente envolvente do doente) da higienização das mãos que existe mais falhas, o que concorda com os resultados do relatório da auditoria relativos ao ano de 2020 (Anexo IV), onde consta que são estes os momentos mais descurados pelos profissionais de saúde - o primeiro momento com taxa de adesão de apenas 30.7% e o quinto momento com apenas 55%. Deste modo, é premente realizar formação em serviço, de forma a melhorar estes resultados. Relativamente à taxa de adesão por grupo profissional, a equipa de enfermagem é a que apresenta maior adesão a esta prática (DGS, 2016).

A instituição de saúde em que estagiei pretende atingir 100% de adesão por parte dos profissionais, pelo que precisa de conhecer os motivos das falhas, sendo exemplos a falta de tempo, a falta de recursos materiais (ausência de lavatórios próximos do local de prestação de cuidados), a falta de recursos humanos e a existência de lesões cutâneas (Santos, 2017). De acordo com a norma nº 007/2019 e para evitar a secura das mãos, a hidratação da pele deve ser feita através de um creme dermoprotetor e aplicado no mínimo 2 a 3 vezes por turno. Esta unidade disponibiliza um hidratante junto a cada lavatório.

Outra problemática preocupante é a sobrecarga no trabalho sentida pelos profissionais. As organizações de saúde devem promover dotações seguras para aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados, mas também para prevenir a exaustão física e emocional dos profissionais de saúde.

A gestão dos cuidados atende à eficiência dos serviços, à boa relação entre as diferentes categorias profissionais, ao trabalho em equipa, à motivação dos profissionais, à satisfação das pessoas e à rentabilização dos custos inerentes ao Serviço Nacional de Saúde. Assim, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver competências para gerir eficazmente os cuidados de enfermagem, *“otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

Os Enfermeiros Especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica da unidade ocupam-se primordialmente da prestação de cuidados às pessoas em estado crítico, ou que requerem cuidados diferenciados, assumindo um papel de relevo na

coordenação da equipa de enfermagem, na tomada de decisão clínica, na gestão do serviço e na formação da equipa de enfermagem e assistentes operacionais. Para obter um melhor entendimento das competências diferenciadas desempenhadas por um Enfermeiro Especialista, acompanhei o enfermeiro responsável de turno (coordenador). Segundo o mesmo, a unidade de HD é difícil de gerir dada a imprevisibilidade da entrada e da instabilidade hemodinâmica dos doentes, causando uma grande flutuação da carga de trabalho. Na mesma linha de pensamento, a gestão dos cuidados torna-se ainda mais difícil, quando a entrada se processa no turno da noite, período em que apenas um enfermeiro.

Segundo a OE (2017, p.3), *“compete ao Enfermeiro Especialista a atribuição de responsável de turno, por ser o elemento melhor preparado e com competências para a área de gestão”*. O Enfermeiro Especialista deve liderar na sua área de especialidade e, ao nível da gestão dos cuidados, deve adaptar um estilo de liderança do ambiente organizacional, promovendo uma melhor resposta dos colaboradores. A atribuição do enfermeiro responsável de turno é realizada pelo Enfermeiro Gestor, através de critérios como deter o título de Enfermeiro Especialista, especialmente na área de Médico-Cirúrgica, e ter maior experiência de serviço.

Relativamente ao perfil de competências do Enfermeiro Gestor, este é o elemento que detêm conhecimento efetivo no domínio da disciplina da profissão de enfermagem e domínio específico na área de gestão (Regulamento nº 101/2015). Como reforça Lucas & Nunes (2020, p.5), o Enfermeiro Gestor deve contribuir *“fortemente para um ambiente de cuidados de enfermagem favorável, necessitando de formação em gestão, desenvolvendo essas competências para prestar apoio a sua equipa, liderando-a, aumentando a sua coesão e promovendo o trabalho em equipa”*.

Ao estudar a importância do Enfermeiro de Referência na pessoa em tratamento de HD, tentei perceber a viabilidade de implementar este modelo nesta unidade. Neste método, o enfermeiro é responsável por decidir todo o cuidado prestado aos doentes, sendo o responsável pela coordenação das decisões clínicas, assim como pela supervisão da assistência prestada durante o internamento hospitalar. O Enfermeiro de Referência é responsável por fornecer as informações clínicas essenciais, para que os enfermeiros associados prestem os cuidados na sua ausência (Parreira, 2005).

Com o decorrer das semanas neste campo de estágio, concluí que, devido à imprevisibilidade dos doentes admitidos na unidade, parece inviável a utilização deste método. Como reforça Parreira (2005), o método é de difícil implementação quando a taxa de rotação de doentes é elevada. Posto isto, nesta unidade prevalece o método

de trabalho individual, em que cada enfermeiro fica responsável por um número limitado de doentes durante o seu turno de trabalho (Silva, Martins, Trindade, Ribeiro & Cardoso, 2021).

Foi um estágio rico em aprendizagens, que constituíram uma oportunidade única no meu percurso profissional. Tive particular interesse em direcionar a minha aprendizagem para a avaliação da pessoa com Fístula Arteriovenosa (FAV) durante as consultas de enfermagem de acessos vasculares. Os principais objetivos desta consulta são: avaliar a maturação inicial da FAV da pessoa com DRC terminal, após seis semanas da sua construção, e definir o esquema de canulação ideal para a FAV, através do exame físico e ecográfico. Após a seleção da técnica de canulação, os locais de canulação são mapeados por dermopigmentação.

Para as pessoas com DRC em tratamento de HD, a manutenção de um acesso funcionante é essencial para um tratamento eficaz. A FAV é o acesso ideal, pois apresenta menos complicações para o doente (Kamata, Tomita & Iehara, 2016).

O manual de boas práticas da OE, “Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise”, enfatiza a importância da avaliação do acesso vascular em cada tratamento, considerando o seu desenvolvimento e respetivo funcionamento. Esta avaliação deve ser feita regularmente através do exame físico e de um ecodoppler. Na mesma publicação, a OE realça ainda que uma *“identificação precoce, o registo e transmissão de informação ao médico residente, promovem uma atuação atempada por parte do nefrologista responsável pelo doente”* (Melo et al., 2016, p. 40).

O exame físico e a utilização do ecodoppler em simultâneo têm um papel fundamental no estudo do acesso vascular, fornecendo, de forma não invasiva, informações úteis sobre a anatomia e hemodinâmica do acesso vascular. Realizar o estudo morfológico e funcional do acesso vascular através de exame físico e ecodoppler, antes da primeira punção, parece fundamental, pois define a anatomia do acesso, auxilia na identificação de eventual patologia e pode favorecer canulações sem intercorrências (Kamata, Tomita & Iehara, 2016).

O acesso vascular continua a ser um enorme desafio entre os profissionais de saúde. O principal objetivo é assegurar uma canulação segura, detetar precocemente disfunções e atuar atempadamente para preservar o bom funcionamento da FAV e, conseqüentemente, reduzir o uso de CVC, uma vez que está associado a um maior número de infeções (Correia, et al., 2021).

Nas competências específicas propostas por Chamney (2007), em *European Competency Framework for Nephrology Nurses* é estabelecido que a equipa de

enfermagem tem um papel vital na avaliação do acesso e na manutenção de um programa de monitorização e vigilância dos acessos, bem como na gestão do autocuidado e de intervenções que promovam o bom funcionamento do acesso. Neste sentido, deixei o meu contributo através da elaboração de um folheto informativo (Apêndice III) a ser fornecido a quem recorre às consultas, para desenvolverem autocuidados que garantam a sobrevivência do acesso. A literatura utilizada na construção do folheto foi o “Manual de boas práticas de acessos vasculares”, do EDTNA/ERCA (Parasitto & Pancirova, 2015).

O enfermeiro é o elemento da equipa multidisciplinar responsável pela canulação do acesso vascular e as complicações causadas pelas punções, como hematomas e infeções, podem por em risco a sobrevivência do acesso, aumentando o tempo de permanência do CVC, o que, por sua vez, pode aumentar o número de hospitalizações (Harwood, Wilson & Oudshoorn, 2015). Desta forma, confirma-se a pertinência destas consultas de enfermagem, para mapear com exatidão os locais de canulação e evitar possíveis complicações.

Com esta experiência, tive a oportunidade de valorizar a importância do exame físico. Por vezes, a necessidade de cumprir horários e conectar os doentes à máquina acelera o processo, fazendo o profissional desvalorizar a importância de refletir sobre a conduta, contudo, é essencial a avaliação do acesso vascular da pessoa, antes do início do seu tratamento.

A avaliação da FAV, através do exame físico, deve ser estruturada na inspeção, palpação e auscultação. O melhor momento para a realização do mesmo é antes da canulação e estas etapas devem ser sempre aglutinadas, de forma a obter toda a informação essencial (Correia et al., 2021). A inspeção é crucial na deteção de possíveis infeções, aneurismas, estenoses de segmento venoso e central e síndrome de roubo. A palpação deve incluir a avaliação do frémito, de alterações de temperatura, da rigidez do vaso e características do pulso. Por fim, a auscultação deve ser realizada ao longo da FAV, incluindo a avaliação da qualidade do som e da sua amplitude (Salman & Beathard, 2013).

Eu tive a oportunidade de realizar exames físicos a FAV, tanto recentes como maturadas. Uma experiência significativa nesta área foi a avaliação do acesso da Sr^a. A que apresentava uma FAV úmero-cefálica (seis semanas desde a sua construção) com pulso fraco - hipopulsatibilidade, e que no teste de oclusão sequencial revelou a existência de veias colaterais que estariam a desviar o fluxo sanguíneo. Segundo Parisotto & Pancirova (2015, p. 140), “nas fístulas imaturas devido a múltiplas veias

colaterais, estas podem ser corrigidas, com intervenção cirúrgica. A laqueação destas colaterais resulta em altas taxas de recuperação das fístulas". Posteriormente, procedemos à avaliação do vaso através do ecodoppler que apresentava um diâmetro inferior a 5 mm, sugestivo de uma fraca maturação da veia de drenagem.

Os critérios para considerarmos uma FAV maturada seguem a regra dos seis: o estado de maturação deve ser avaliado após 6 semanas da sua criação, o vaso deve apresentar um diâmetro de pelo menos 6 mm, deve estar a menos de 6 mm da superfície cutânea e o fluxo de sangue deve ser superior a 600 ml/min (Parasitto & Pancirova, 2015). O Enfermeiro Orientador rapidamente se articulou com o nefrologista, tendo a doente sido encaminhada para a cirurgia vascular. O diagnóstico precoce de uma FAV disfuncionante permite uma intervenção mais atempada e rápida, o que previne a perda do acesso e prolonga a sua sobrevivência (Parasitto & Pancirova, 2015).

Na prática diária, o exame físico e o ecodoppler são ferramentas essenciais para marcar os locais de canulação, através da avaliação do diâmetro e da profundidade da veia, em acesso vasculares novos e em acessos difíceis, permitindo uma canulação eficaz e isenta de complicações (Kamata, Tomata & Iefara, 2016).

Com estas ferramentas é possível realizar o estudo funcional do acesso vascular e identificar potenciais complicações como estenose, trombose e aneurismas, promovendo uma atuação precoce, com o objetivo de garantir o bom funcionamento do acesso e minimizar o uso de CVC (Nalesso et al, 2018).

O exame físico demonstrou valores de sensibilidade para a deteção de estenoses de cerca de 82%, o que reforça que é um instrumento útil, mesmo em unidades sem recurso a equipamento de ecógrafo, proporcionando aos profissionais de saúde um sentimento de segurança durante a prestação de cuidados (Correia et al., 2021).

Este estágio permitiu-me sistematizar um conjunto de competências como futura Enfermeira Especialista, e refletir na necessidade de as continuar a desenvolver na minha prática profissional futura. No exercício profissional de enfermagem na área nefrológica, o desafio pela busca de conhecimento científico mais atualizado e uma prática baseada na evidência é constante, sendo o grande objetivo prestar os melhores e mais seguros cuidados à pessoa com DRC e à sua família.

4. ESTUDO SOBRE “A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA NA PESSOA EM HEMODIÁLISE”

4.1. Problemática de estudo

Nos últimos anos, Portugal registou um aumento de doentes renais em programa regular de HD. Em 2022, representavam 60.2% dos doentes em estágio final da doença, os que realizam TSFR em HD (Galvão et al., 2021). Este tratamento implica três sessões por semana, cada uma com a duração de quatro horas em ambiente de ambulatório (Nolasco et al, 2017). Este tratamento é bastante exaustivo, e é fundamental uma reorganização a esta nova condição de vida, para que se garanta uma adaptação eficaz ao tratamento (Galvão, Silva & Santos, 2019).

Os doentes em tratamento de HD experienciam profundas alterações da sua rotina de vida, desencadeadas pela restrição alimentar e hídrica, pela complexa gestão da medicação e pela dependência da máquina de HD para a sua sobrevivência (Galvão, Silva & Santos, 2019). Esta nova dinâmica pode ter um impacto negativo na vida da pessoa, originado um desgaste físico e psicológico. Neste contexto de desafio, torna-se essencial que os cuidados de enfermagem sejam individualizados e centrados na promoção da adaptação do doente às limitações associadas à doença e ao tratamento (Frazão et al., 2013).

A MER baseia-se num modelo de prestação de cuidados que valoriza o holismo dos cuidados de Enfermagem, individualizados e contínuos por meio de um Enfermeiro de Referência ou gestor de caso (*case management*), que assume a total responsabilidade da gestão dos cuidados, nomeadamente, como planear, administrar e coordenar um determinado número de doentes durante todo o período terapêutico (Santos et al., 2019). Na impossibilidade do Enfermeiro de Referência permanecer vinte e quatro horas por dia com o doente, a responsabilidade dos cuidados fica a cargo do(s) enfermeiro(s) associado(s), que assumem a mesma dimensão de responsabilidade, ao seguirem o plano de cuidados previamente estabelecido pelo Enfermeiro de Referência, que poderá proceder a algumas alterações, caso haja necessidade (Wessel & Manthey, 2015).

A prestação de cuidados sustentada na MER previne a fragmentação dos cuidados e promove a qualidade dos cuidados prestados, pois favorece uma relação mais próxima com a pessoa e respetiva família, uma relação de apoio, confiança, respeito e empatia (Rego & Coelho, 2016).

Como referido anteriormente, o Enfermeiro de Referência é responsável por estabelecer um relacionamento próximo com o doente, conhecendo de forma detalhada as suas necessidades e preocupações, para, assim, promover um cuidado individualizado. Nesta linha de pensamento, esta metodologia de cuidados assenta numa prática de enfermagem centrada no doente, reconhecendo que cada um é único, com os seus valores, as suas crenças e preferências (Rego & Coelho, 2016).

Conhecidos os transtornos e incómodos que a DRC e o tratamento acarretam para a vida do doente, nos domínios físico, psicológico, social e espiritual, o avanço da tecnologia e o sucesso dos tratamentos dialíticos são fundamentais na melhoria da qualidade de vida do mesmo. Na relação terapêutica, o Enfermeiro de Referência deve garantir que a disponibilidade e empatia estão presentes, uma vez que é o elo primordial entre o doente e a máquina, num momento emocionalmente tão dicotómico (Santos, 2012; Wessel & Manthey, 2015).

Segundo Santos (2012), *“a máquina de diálise é considerada um símbolo de vida para uns, e de obrigação e dificuldade para outros, (...) mas o que a maioria concorda é com o seu caráter ambíguo. Prolonga e proporciona vida, mas também acarreta dores, impõe limites”* (pág. 33).

A adaptação da pessoa ao tratamento de hemodiálise é complexa e com sentimentos ambivalentes. Por um lado, o tratamento permite o bem-estar físico, prolonga a vida, alivia sintomas e previne possíveis complicações, por outro, gera sentimentos negativos que propiciam o sentimento de dependência crónica de um equipamento capaz de garantir a sobrevivência (Santos, 2012).

O diagnóstico de DRC em estágio 5 pode ser avassalador e a forma como cada pessoa reage depende de vários fatores, os relacionados com a própria doença, as características individuais, o contexto sociocultural e o significado de crise de vida (Oliveira et al., 2015).

Neste entendimento, confirma-se a pertinência de existir um profissional de saúde que estabeleça um acompanhamento individualizado a cada doente e respetiva família, de forma a conhecer cuidadosamente os seus doentes, as suas dificuldades, e para promover uma relação terapêutica que possibilita uma comunicação individualizada, baseada na verdade, na confiança e no respeito mútuo, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados (Rego & Coelho, 2016).

O escutar é crucial na interação e envolvimento com os doentes, pois permite verbalizar o significado atribuído à doença (Langdon, 2003). Como Barnard (1995)

refere: *“Quando há alguém para ouvir a nossa história, experimentamos uma confirmação e afirmação inspiradora das nossas expressões de esperança”* (pág. 54).

Incutir e preservar a esperança é vital no processo de aceitação, pois motiva a adaptação. A esperança é entendida como uma experiência de sentido e propósito para a vida, como uma força interior promotora da vida que deve surgir em momentos de transformação, adaptações na vida da pessoa, tal como acontece no caso do surgimento de uma nova doença (Ferreira et al., 2018).

A teoria de enfermagem baseada no modelo de adaptação de Callista Roy é vital nestes doentes, uma vez que a capacidade adaptativa da pessoa pode estar comprometida, pela exigência da DRC. Assim, o Enfermeiro de Referência tem o dever de incutir e promover uma adaptação eficaz. O objetivo dos quatro modos adaptativos é fazer com que a pessoa conquiste a integridade fisiológica, psicológica, social e espiritual (Oliveira & Silva, 2004).

A MER favorece a interação entre o enfermeiro, a equipa, o doente e a família, ao permitir maior articulação e confiança entre os intervenientes; ao possibilitar a tomada de decisões em conjunto, através de uma comunicação verdadeira, ajustada e realista; ao facilitar o esclarecimento de dúvidas, receios e medos, diminuindo a ansiedade e angústia da pessoa doente (Rego & Coelho, 2016).

Esta relação, baseada na confiança e no apoio, aumenta a motivação do doente para: assumir o controlo do seu processo de saúde-doença, promover a capacidade de gestão do seu tratamento, e prevenir possíveis complicações, podendo melhorar a sua qualidade de vida. Destacam-se como agentes facilitadores na relação de confiança: o diálogo, a presença, a disponibilidade, o carinho, a escuta, a atenção, a autenticidade, o toque e a segurança (Lourenço et al., 2011). Para além desta metodologia melhorar a satisfação do doente e da sua família, também permite aos Enfermeiros de Referência experienciarem uma sensação de elevada satisfação profissional, já que promove desenvolvimento de competências profissionais, nomeadamente na capacidade de gestão total dos cuidados de enfermagem, transmitindo sentimentos de autonomia e confiança (Wessel & Manthey, 2015).

O Enfermeiro de Referência deve estar especialmente atento aos receios e dúvidas da pessoa com DRC que vai iniciar tratamento na respetiva unidade. O acolhimento inicial deve possibilitar ao Enfermeiro de Referência recolher um conjunto de informações que permitam conhecer o doente de forma holística; deve promover o envolvimento da pessoa significativa, que apoia o doente na sua adaptação ao tratamento. Soma-se ainda ao papel do Enfermeiro de Referência, o esclarecer de

forma clara as diferentes fases de adaptação da doença, bem como as etapas do tratamento, referenciando as complicações intra e interdialíticas e estruturar o programa de educação para a saúde (Melo et al., 2016).

Atendendo ao que foi mencionado sobre a MER, pode-se considerar que esta metodologia facilita o desenvolvimento dos seis enunciados descritivos, definidos pela OE, e, conseqüentemente, promove a qualidade dos cuidados de enfermagem. A OE (2001) elenca como seis categorias cruciais que permitem assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Estruturar e organizar a prestação de cuidados de enfermagem por Enfermeiro de Referência constitui um verdadeiro desafio nas unidades de saúde, não só pela insuficiência de recursos financeiros como humanos, por isso, é fundamental procurar o conhecimento disponível para sustentar esta prática de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

O Enfermeiro de Referência possui um conhecimento amplo e profundo dos seus doentes, das suas famílias e/ou pessoas de referência. Segundo Hashemi, Irajpour & Abazari (2018), a pessoa com DRC apresenta maior dificuldade em enfrentar as mudanças, quando não existe um programa educacional estruturado e adaptado à pessoa, família e/ou pessoa de referência.

Devido a esta problemática, este estudo pretende responder à seguinte questão: “Qual a importância do Enfermeiro de Referência na adaptação da pessoa com DRC em programa regular de HD?”. O estudo visa mapear o conhecimento disponível e atual sobre o impacto da implementação de Enfermeiro de Referência na pessoa em programa regular de HD.

4.2. Metodologia do estudo

O método de investigação realizado neste estudo foi a revisão *scoping* da literatura. O protocolo e a revisão são realizados com as recomendações do JBI (Aromataris & Munn, 2020). Esta metodologia possibilita mapear conceitos, elucidar áreas de pesquisa e reconhecer lacunas do conhecimento.

Inicialmente realizei uma pesquisa no *JBI Database of Systematic Review and Implementation Reports*, no sentido de procurar a existência de alguma revisão *scoping* com o tema em estudo, mas não foi encontrado nenhum resultado.

No protocolo de revisão *de scoping*, os critérios de inclusão permitem orientar para a compreensão do propósito do estudo, constituindo assim um ponto importante para conduzir a pesquisa.

Quadro 1. Critérios de inclusão

População	Conceito	Contexto
Enfermeiros na área de Nefrologia	A importância da MER na pessoa em HD	A DRC em HD, em todos os centros e unidades de HD

- **População:** estudos que incluam enfermeiros na área da Nefrologia.
- **Conceito:** toda a evidência disponível sobre a importância da MER na pessoa em programa de HD.
- **Contexto:** consideram-se todos os estudos no contexto da DRC em programa de HD, nomeadamente todos os centros e unidades de HD.

Na elaboração deste protocolo de revisão *scoping*, o objetivo da estratégia de pesquisa foi mapear estudos primários publicados e não publicados (literatura cinzenta), incluindo revisões sistemáticas.

A investigação foi realizada em abril de 2022, através da *ESBCOhost* nas bases de dados CINAHL e MEDLINE e foi conduzida com a estratégia PCC (população, conceito e contexto).

Na primeira etapa, realizei uma pesquisa através do motor busca *EBSCOhost*, em que incluí as bases de dados CINAHL e MEDLINE, com conceitos naturais e combinados com AND: *Nephrology Nursing*, *Primary Nursing*, e *Hemodialysis*.

Constatou-se que a pesquisa com o termo *Primary Nursing* não seria possível, devido à inexistência de estudos, pelo que o termo a ser utilizado para indexação seria o *Case Management*. Este termo, por definição, remete para a MER, o que concorda com os critérios de inclusão e com os melhores resultados de pesquisa.

Neste enquadramento de trabalho, verifiquei que para uma melhor produção de resultados, o termo indexado para *Hemodialysis* seria *Renal Dialysis*. Deste modo e para obter resultados satisfatórios, a pesquisa booleana final foi efetuada com os termos indexados: *Case Management AND Renal Dialysis* (MEDLINE) – *Dialysis Patients* (CINHAL).

Quadro 2. Palavras-chaves e Termos indexados

		Conceito Natural	Termos Indexados	
			CINAHL	MEDLINE
População	Enfermeiro na área da Nefrologia	<i>Renal Nurse</i>	<i>Nephrology Nursing</i>	<i>Nephrology Nursing</i>
Conceito	Metodologia Enfermeiro de Referência	<i>Case Management</i>	<i>Case Management</i>	<i>Case Management</i>
Contexto	Doença Renal Crônica em HD	<i>Hemodialysis</i>	<i>Dialysis Patients</i>	<i>Renal Dialysis</i>

Na segunda etapa da pesquisa, efetuei uma análise detalhada dos títulos, dos resumos e das palavras-chave de cada artigo de acordo com os termos de indexação (quadro 2) adotados durante a estratégia de pesquisa.

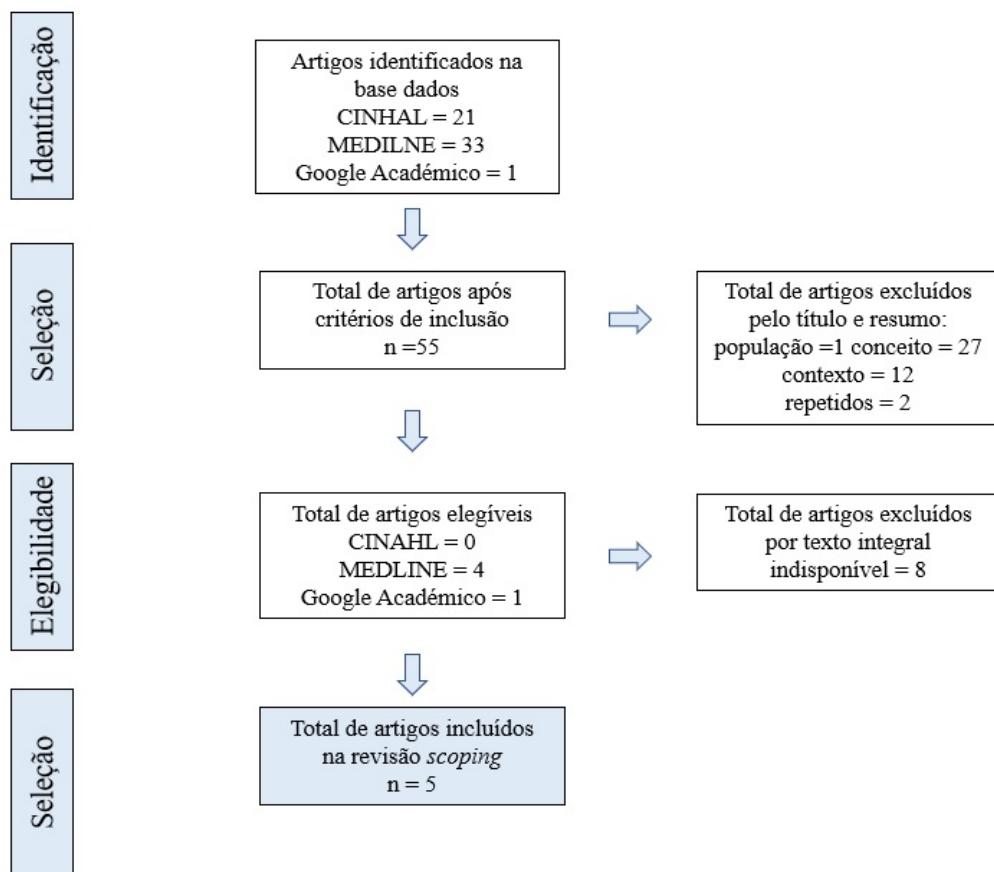
Na terceira etapa da pesquisa, procedi à seleção final dos artigos. Como **critérios de inclusão** foram definidos: os estudos em texto integral disponível, estudos que incluíssem os idiomas português, espanhol e inglês, por ser de maior viabilidade. Na pesquisa não foram definidos limites temporais, de forma a não restringir a seleção de estudos que abordassem as temáticas pertinentes para este protocolo. Selecionei como **critérios de exclusão**: estudos repetidos ou inacessíveis em texto completo e todos aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão identificados sob a metodologia PCC.

Realizei também uma pesquisa na base dados do Google Acadêmico, mas com a utilização do termo indexado de *Primary Nursing*, tendo obtido 1 artigo.

Elaborei um fluxograma (figura 1), com a apresentação das etapas até à extração dos artigos incluídos. Na primeira etapa da pesquisa foram identificados 55 artigos: 21 na CINAHL, 33 na MEDLINE e 1 no Google Acadêmico. Posteriormente, após a leitura do título e resumo foram excluídos 42 artigos: 12 por não se enquadrarem no contexto, 27 pelo conceito, 1 pela população e 2 por serem repetidos. Na última etapa, dedicada à elegibilidade, foram excluídos 8 artigos inacessíveis em texto integral.

Por fim, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 4 artigos na MEDLINE e 1 no Google Acadêmico.

Figura 1. Fluxograma da estratégia da pesquisa



4.3. Apresentação de resultados:

Como recomendado pelo JBI, os resultados da revisão *scoping* são apresentados em tabelas facilitadoras do mapeamento dos dados extraídos. A informação nelas contidas será complementada através de um resumo narrativo, que irá conter a discussão dos resultados e a descrição da sua relação com os objetivos e a questão de investigação.

Os artigos obtidos foram publicados em língua inglesa, provenientes de países como: Turquia (1 artigo), Japão (1 artigo), Suécia (1 artigo) e EUA (2 artigos); além disso, foram publicados em revistas internacionais médicas, sendo que apenas um foi publicado numa revista de enfermagem. No entanto, todos os artigos demonstram contributos importantes para a prática de enfermagem em contexto HD. Relativamente ao ano de publicação, dois são referentes ao ano de 2007, um de 2015 e dois do ano de 2018.

Como mencionado anteriormente, nesta investigação *scoping* foram obtidos 5 artigos que são apresentados no Quadro. 3.

Quadro 3. Caracterização dos artigos selecionados na revisão *scoping*

Autores e Título	Amostra	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais descobertas para a questão de investigação
Steele, D.; Hamilton; E.; Arnaout, A. (2007) Case management model to improve hemodialysis outpatient outcomes. EUA	A amostra variou entre 111 (2003), 116 (2004) e 73 (2005) doentes, num período total de 3 anos.	Estudo de coorte. O grupo de controle incluiu doentes de 2003, antes da implementação da MER. O grupo experimental incluiu doentes de 2004 e 2005, com MER. Dados clínicos mensais dos doentes no ano antes da implementação da MER e durante os 2 primeiros anos da implementação de MER.	Avaliar o impacto da MER em ganhos para a saúde.	Com a MER, a eficácia dialítica aumentou, a taxa de CVC diminuiu e a taxa de mortalidade melhorou. O número de dias por internamento reduziu. A MER constitui-se como uma ferramenta acessível, económica e essencial para melhorar os resultados clínicos dos doentes.
Wingard, R.; Pupim, L.; Krishnan, M.; Shintani, A.; Ikizler, T.; Hakim, R. (2007) Early Intervention Improves Mortality and Hospitalization Rates in Incident Hemodialysis Patients: Rightstar Program. EUA	O grupo de controle tem uma amostra de 1020 doentes. O grupo experimental uma amostra de 918 doentes, todos novos doentes.	Estudo de coorte.	Avaliar se o programa de Enfermeiros de Referência em doentes em programa regular de HD melhorava a taxa de mortalidade e morbilidade. Programa coordenado por gestor de caso/Enfermeiro de Referência.	No grupo experimental, a taxa de mortalidade e de hospitalizações reduziu. Um dos fatores que explica essa diminuição foi a existência de um programa de educação individual realizado pelo gestor de caso/Enfermeiro de Referência.
Johansson, P.; Lundstrom, K.; Heiwe, S. (2015) The primary nursing care delivery system a haemodialysis context-experiences of haemodialysis primary nurses in Sweden. EUA	Um grupo de Enfermeiros de Referência, não especificam o número.	Fenomenológico, entrevista semiestruturada, março de 2018.	Estudar a adaptação e o impacto emocional dos enfermeiros de referência, em contexto de HD.	Em contexto de HD a MER permite aos enfermeiros focarem-se na evolução e resolução dos problemas de saúde dos doentes, reduzindo a gravidade das suas patologias. Os enfermeiros ficam a conhecer melhor o doente e as suas necessidades, aumentando a segurança do doente. A educação foi a ferramenta essencial para tornar a vida dos doentes mais fácil.

(Cont.)

Autores e Título	Amostra	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais descobertas para a questão de investigação
Inkaya, B.;Pakyuz, S. (2018) The effect of case management with haemodialysis patients on the health perception and the symptoms: The case of Turkey. Turquia	80: 40 doentes no grupo experimental e 40 grupo controle.	Quasi-experimental.	Avaliar o impacto do gestor de casos/ Enfermeiro de Referência na percepção de saúde e alívio de sintomas nas pessoas em HD.	No grupo experimental (MER), os doentes apresentaram uma redução significativa de níveis de sódio, ganho de peso interdialítico e tensão arterial. E no grupo de controle a percepção de saúde diminuiu negativamente.
Sugisawa, H.; Shimizu, Y.; Kumagai, T.; Sugisaki, H.; Ohira, S.; Shinoda, T. (2018) Barriers to Effective Case Management for Disabled Patients on Hemodialysis. Japão	391 gestores de caso.	Estudo quantitativo.	Avaliar o nível de desempenho e os fatores relacionados no processo de gestor de caso em doentes com deficiência em HD.	A falta de conhecimento dos enfermeiros de referência na área da diálise tem um impacto negativo na avaliação do doente, consequentemente um plano de cuidados inadequado e com resultados insatisfatórios. O aumento do conhecimento por parte dos Enfermeiros de Referência promove cuidados de qualidade.

4.4. Discussão dos resultados

Após a análise dos artigos selecionados, verifica-se que todos os investigadores enfatizaram a complexidade e a exigência da DRC, particularmente em contexto de HD, por desencadear profundas alterações na vida das pessoas e dos seus familiares. Como referem Johansson, Lundström & Heiwe (2015), as pessoas neste contexto necessitam de tratamentos contínuos e prolongados, dependentes de uma máquina, exigindo mudanças na sua dieta, incluindo líquidos, o que pode causar exaustão física e psicológica, originando comportamentos desajustados para com os profissionais de saúde.

Todos os autores realçam a importância de um Enfermeiro de Referência/gestor de caso em contexto de HD, uma vez que a DRC exige uma reorganização e uma adaptação a esta nova condição de saúde como: a restrição hídrica e alimentar, a integração de um regime medicamentoso e a penosidade de um tratamento crónico. Neste contexto, o Enfermeiro de Referência desenvolve uma relação única pela frequência do tratamento, com um contacto próximo de, pelo menos, três vezes por semana durante quatro horas.

Relativamente à natureza dos cuidados e à área de atuação por parte do Enfermeiro de Referência, apenas dois artigos (Steele, Hamilton & Arnaout, 2007; Wingard et al., 2015) dos cinco selecionados explanaram a área de intervenção, nomeadamente: a avaliação no momento da admissão com a realização de diagnósticos e intervenções de enfermagem, a avaliação mensal da eficácia dialítica, a gestão do peso de forma a prevenir possíveis complicações, a monitorização e vigilância dos acessos vasculares e o envolvimento e articulação com a equipa multidisciplinar.

O estudo conduzido por Johansson, Lundström & Heiwe (2015) revelou que a área de competências e domínios do Enfermeiro de Referência não estavam explícitas, causando sentimentos de frustração nos enfermeiros, o que pode causar dano à pessoa alvo dos seus cuidados. Estes autores referem ainda que deve existir uma organização e liderança eficiente para que a implementação desta metodologia seja estabelecida eficazmente, sendo necessária a elaboração de *guidelines* e linhas orientadoras da intervenção dos Enfermeiros de Referência.

Para os seguintes autores, Johansson, Lundström & Heiwe (2015) e Sugisawa et al. (2018), a MER foi desenvolvida para reduzir a fragmentação dos cuidados, enaltecer a essência da profissão, promover a continuidade de cuidados e permitir uma maior autonomia e, conseqüentemente, uma maior responsabilização por parte

do Enfermeiro de Referência. Esta metodologia de cuidados empodera a capacidade do profissional em conduzir o doente na direção do objetivo de melhorar o seu estado de saúde e reduzir a gravidade da sua doença.

Todos os estudos selecionados apresentam resultados satisfatórios que evidenciam a importância da implementação da MER e enaltecem o papel do enfermeiro como principal educador para a adaptação desta nova condição de saúde.

Os vários estudos selecionados referem que a pessoa em tratamento de HD é sujeita a vários problemas adaptativos, decorrentes das mudanças exigidas da própria doença e tratamento, podendo originar limitações físicas, alterações a nível psicológico, social e/ou espiritual. Assim sendo, a conceção do referencial teórico de Callista Roy entende que a pessoa, mediante estímulos do meio ambiente, reage em respostas, que podem ser adaptáveis ou ineficazes. Devido à natureza da interação entre a pessoa em HD e Enfermeiro de Referência, este deve contribuir para a promoção das respostas adaptativas nos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. O Enfermeiro de Referência identifica os problemas adaptativos e atua para que a pessoa realize a mudança através de mecanismos de enfrentamento (Tomey & Alligood, 2004).

Steele, Hamilton & Arnaout (2007) estudaram o impacto do Enfermeiro de Referência em ganhos de saúde, mediante comparação dos dados recolhidos no ano anterior à implementação deste método de trabalho e durante os dois anos da intervenção do Enfermeiro de Referência. Após três anos de estudo, os autores concluíram que a implementação do MER melhorou a eficácia dialítica, reduziu a taxa de CVC, e diminuiu as taxas de mortalidade e de hospitalização.

Inkaya & Pakyuz (2018) demonstraram que, após uma educação individualizada com entrega de folhetos informativos e com a presença do Enfermeiro de Referência/gestor de caso para responder a dúvidas, os doentes melhoravam os seus níveis séricos de sódio, o ganho de peso interdialítico e os valores da tensão arterial. Para os autores é um resultado bastante satisfatório, uma vez que níveis séricos de sódio elevados podem causar aumento de ganho de peso interdialítico, originando complicações como: hipertensão, edemas periféricos, anasarca, edema pulmonar e/ou insuficiência congestiva cardíaca. Queixas como cansaço, sonolência, alterações do sono, prurido, pele seca e dores articulares podem ser originadas por desequilíbrios analíticos do fósforo, do sódio e da hormona paratiroide. Contudo, com a existência de um acompanhamento próximo por parte do Enfermeiro de Referência,

os doentes sentem-se motivados e responsáveis para reduzir os desvios dos valores analíticos.

O mesmo estudo revelou que mais de metade dos doentes não tinha recebido educação adequada relativamente à sua doença e/ou ao tratamento. A falta de um programa estruturado de educação em contexto de HD pode aumentar as taxas de morbilidade e de mortalidade. Assim, este estudo reforça a importância de o Enfermeiro de Referência identificar a diferença entre fornecer informação e estabelecer um programa educacional estruturado e individualizado. Quando os doentes não recebem informação adequada, apresentam dificuldades em lidar e resolver os problemas desencadeados pela própria doença e pelo tratamento. Um dado bastante importante neste estudo foi o facto de os doentes aumentarem o nível de conhecimento após seis meses, mas diminuírem no 12º mês. Neste sentido, estes autores recomendam que o programa educacional deve ser realizado nos primeiros seis meses e reforçado após esse período. Além disso, o estudo concluiu que com a existência de um acompanhamento individualizado, conduzido pelo Enfermeiro de Referência, existe uma redução de queixas e uma melhoria na sintomatologia dos doentes no grupo experimental. Em contrapartida, o grupo de controlo apresentou uma diminuição na perceção de saúde.

Um estudo realizado nos EUA usou a metodologia de gestor de caso através de um programa educacional, intitulado “*RightStart*”, num grupo de doentes com avaliações ao 1º, 3º, 6º e 12º mês. Verificou-se que os doentes aumentaram os níveis de conhecimento entre 56% e 81%. O programa compreendia uma educação intensiva ao doente, um encorajamento constante, uma disponibilidade assídua por parte dos Enfermeiros de Referência, bem como uma intervenção sustentada pelas mais recentes *guidelines* e pelas boas práticas de *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*.

O objetivo do programa era implementar este programa nos primeiros 90 dias de tratamento, com o intuito de aumentar os ganhos em saúde, especificamente as taxas de morbilidade e mortalidade. O Enfermeiro de Referência, durante os primeiros três meses, acompanhava cada doente de forma regular, verificando a adequada dose de diálise, a nutrição, a monitorização e gestão dos acessos vasculares, a gestão da anemia e dos medicamentos, a avaliação psicológica com encaminhamento para o serviço social e a capacitação do doente para a gestão do autocuidado. Nos primeiros meses, o programa educativo foi realizado individualmente, fornecendo informação verbal e escrita e com recurso a material audiovisual. Inicialmente, a educação

nutricional era focada para as restrições hídricas e alimentares, mas, após 8 meses, o doente era incentivado a ingerir proteína e calorias de forma a prevenir a desnutrição.

Wingard et al. (2007) demonstraram que, após a implementação do programa educativo *RightStart* a um grupo de doentes, para além da taxa de mortalidade reduzir aproximadamente em 40%, a taxa de internamento hospitalar também diminuiu. A capacitação conduzida pelo Enfermeiro de Referência constitui-se como a ferramenta essencial para mudança de comportamentos por parte dos doentes.

No entanto, um estudo conduzido por Johansson, Lundström & Heiwe (2015) constatou que apenas um dos enfermeiros entrevistados mencionou a educação como parte das competências de um Enfermeiro de Referência. Para estes autores, um programa educacional orientado pelos enfermeiros apresenta diversos efeitos benéficos na saúde e no bem-estar dos doentes, concretamente, no aumento de autocuidados, na aceitação da doença e tratamento e na melhoria da sintomatologia. A não realização deste programa educacional pode causar um aumento da morbilidade e talvez mortalidade, caso a pessoa não altere e adapte a sua vida e rotina diária.

Johansson, Lundström & Heiwe (2015; p 12) enfatizam o papel do Enfermeiro de Referência, particularmente em contexto de HD. Pois *“fortalece a habilidade do Enfermeiro de Referência para guiar o paciente para o objetivo geral de saúde e de cura e para reduzir o fardo da sua doença. Além disso, os nossos resultados indicam que, ao utilizar o modelo, os enfermeiros conhecem melhor o paciente e as suas necessidades, o que pode aumentar a segurança do doente”*.

Este estudo demonstrou que o Enfermeiro de Referência em HD tem competências únicas e com responsabilidades para a prestação de cuidados altamente especializados como: trabalhar com doentes que sofrem de uma DRC terminal e outras morbilidades associadas, ter de auxiliar os doentes a resolverem os seus problemas, apoiar os doentes a alterar a sua rotina diária e tentar tornar a vida dos doentes um pouco mais fácil.

Um estudo desenvolvido por Sugisawa et al. (2018) demonstrou que constrangimentos no conhecimento na área de Nefrologia, nomeadamente em diálise, por parte do Enfermeiro de Referência, estavam relacionados com inadequadas avaliações, planos de cuidados desajustados, monitorizações e avaliações ineficazes. Por consequente, pode ficar em causa a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Neste sentido, os autores (Sugisawa et al., 2018) apontam para a necessidade de os Enfermeiros de Referência terem conhecimentos aprofundados e consolidados na área de Nefrologia, particularmente em HD. Os mesmos referem que este profissional tem um papel essencial em doentes com diabetes em HD, devem reduzir a fragmentação dos cuidados e, pelas suas dificuldades clínicas e sociais, são elementos essenciais para apoiar as pessoas com DRC. Esta investigação reforça a necessidade de os Enfermeiros de Referência terem formação específica na área da Nefrologia.

Segundo Steele, Hamilton & Arnaout (2007), esta metodologia de trabalho representa um método de baixo custo económico, favorecendo um aumento de ganhos em saúde em contexto de HD. Seguindo a mesma linha de pensamento, o estudo de Inkaya & Pakyuz (2018) reforça que é um método com uma relação custo-benefício significativa, permitindo aumentar a qualidade dos cuidados neste contexto.

Apenas um estudo (Johansson, Lundström & Heiwe, 2015) salientou que esta metodologia de cuidados pode aumentar os níveis de stress diários dos enfermeiros, conduzindo ao risco de exaustão emocional. Existem várias razões para este desgaste: por um lado, a relação próxima com o doente pode originar sentimentos de apreensão por terem que lidar com a tristeza e raiva dos seus doentes e familiares; por outro, frequentemente existe um ambiente de trabalho hostil relacionado com a raiva e frustração dos doentes por esperarem para iniciar o tratamento, por terem que aguardar pelo seu transporte para irem para o seu domicílio e também pelo facto de a doença limitar a sua qualidade de vida. Neste sentido, estes autores defendem que os enfermeiros necessitam de aconselhamento psicossocial regular, de forma a desenvolverem competências adequadas na área da comunicação e conseguirem lidar de forma assertiva com possíveis conflitos.

De referir que nenhum dos estudos enfatizou o papel da família ou pessoa de referência. Segundo as recomendações da OE, o enfermeiro deve envolver a família/pessoa significativa e, se necessário, o cuidador formal da instituição de saúde, que ajuda e apoia a pessoa com DRC na adaptação a este tratamento (Melo et al., 2016).

Relativamente às dotações e rácios do Enfermeiro de Referência por número de doentes, nenhum artigo fez referência à questão. De acordo com a OE, a metodologia dos cuidados deve ser realizada por Enfermeiros de Referência, no entanto não fazem nenhuma indicação em termos de rácios, apenas referem que a realização do tratamento deve ser assegurada, no mínimo, por dois enfermeiros, numa relação de quatro doentes para um enfermeiro (Melo et al., 2016). As orientações de

EDTNA/ERCA sugerem também a MER, sem mencionar nas dotações seguras (Drahen & Eichler, 2020). Apenas um artigo referiu que a sobrecarga de trabalho pode influenciar negativamente a avaliação dos doentes, originando diagnósticos e intervenções de enfermagem desadequadas, o que pode colocar em risco a saúde desta população (Sugisawa et al., 2018).

4.5. Conclusões

A pessoa com DRC em tratamento de HD enfrenta grandes dificuldades de adaptação a este tratamento, mas é fundamental apoiar este processo, a fim de reduzir o risco de morbidade e mortalidade.

Com a realização desta revisão *scoping*, constatou-se que, devido à complexidade da doença e à cronicidade do tratamento, é necessário um acompanhamento permanente e individualizado por parte da equipa de enfermagem. Posto isto, a metodologia de trabalho que se enquadra nesta filosofia de cuidados é a MER.

Com esta investigação, verificou-se que a existência de o Enfermeiro de Referência dedicado e exclusivo a um número limitado de pessoas é essencial para providenciar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. A revisão *scoping* identificou duas áreas de competências por parte dos Enfermeiros de Referência: a teórico-prática e a educativa.

Neste seguimento, os Enfermeiros de Referência devem realizar uma avaliação inicial durante o acolhimento, efetuar um plano de cuidados e promover sessões educativas estruturadas. Os estudos selecionados notaram que a educação é uma ferramenta valiosa para a mudança comportamental.

Os doentes em HD podem enfrentar diariamente sintomas como: náusea/vómitos, fadiga, câibras, dispneia, edemas periféricos e/ou anemia, sendo necessário um profissional dotado de conhecimentos robustos e sólidos na área da Nefrologia, de modo a ajudar os doentes neste processo adaptativo. Com este acompanhamento exclusivo, os enfermeiros asseguram que os seus doentes estão no caminho certo para atingir o bem-estar e possivelmente prevenir o agravamento do seu estado de saúde. Estes profissionais devem ser também dotados de competências pedagógicas, capazes de educar esta população para a aquisição de comportamentos facilitadores na adaptação ao tratamento.

Através da elaboração da revisão *scoping*, conclui-se que a implementação da MER melhora a qualidade dos cuidados, nomeadamente, ao nível de: adesão

terapêutica, redução de queixas e complicações, redução da taxa de mortalidade e o número de hospitalizações, demonstrando igualmente aumento da eficácia dialítica, redução da percentagem do uso de CVC e aumento da perceção de saúde por parte dos doentes.

Constatou-se que esta metodologia pode ser emocionalmente exigente para os Enfermeiros de Referência, sendo necessário acompanhamento psicológico regular e formação na área comunicacional, de forma a gerir eficazmente possíveis conflitos. Neste sentido, a gestão de cada instituição de saúde deve estar consciente desta problemática, para garantir suporte emocional e formação aos seus colaboradores. De igual forma, devem garantir rácios adequados e dotações seguras de forma a prevenir a exaustão física dos seus colaboradores.

Tendo em conta o que já foi mencionado, dada a fraca incidência dos estudos sobre o papel da família e da pessoa de referência, parece pertinente estudar o impacto do Enfermeiro de Referência no seio familiar, e de que forma o envolvimento deste melhora os ganhos em saúde para as pessoas com DRC.

Uma das principais limitações neste estudo foi o número reduzido de artigos incluídos (5) que pudessem responder à questão de investigação. No decurso da pesquisa constatei que existiam poucos estudos desenvolvidos sobre esta temática, pelo que seria relevante que no futuro fossem realizados estudos com o intuito de analisar a eficácia desta metodologia de cuidados na pessoa em HD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC constitui-se como um problema de saúde pública, devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade, com consequências nefastas ao nível da qualidade de vida das pessoas e pelos elevados custos no sistema de saúde. De acordo com os dados da SPN, tem-se observado um aumento do número de pessoas a iniciar TSR. Esta patologia acarreta mudanças significativas na vida das pessoas e respetivas/os famílias/cuidadores, podendo originar sentimentos de negação, raiva e tristeza. Posto isto, o enfermeiro assume um papel vital, por ser o elemento mais próximo da pessoa e por promover um acompanhamento estruturado e individualizado.

O presente documento reflete e demonstra todo o caminho percorrido com o intuito de desenvolver as competências de Enfermeira Especialista, na área de enfermagem nefrológica, e para concluir o curso de mestrado. As unidades curriculares inseridas no plano de estudos contribuíram para a minha aprendizagem, para o meu desenvolvimento profissional e para a consolidação de conhecimentos especializados. Os estágios realizados em cada área da especialidade de nefrologia foram essenciais para compreender a necessidade de uma prática baseada na evidência científica, que sustenta a tomada de decisão. Por fim, a elaboração da revisão *scoping* permitiu-me consolidar as competências na área de investigação.

Como linhas condutoras do relatório, foram mencionadas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019), as Competências Específicas propostas por Chamney (2007), em *European Competency Framework for Nephrology Nurses*, e as competências em grau Mestre, publicadas em DR pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho.

O trabalho desenvolvido por Benner (2001), com o documento de “Iniciado a Perito”, permitiu realizar uma autorreflexão de onde me situava e para onde queria progredir; naturalmente, pretendo alcançar o nível de Enfermeiro Proficiente e Perito, sendo este um profissional que se destaca por conhecimentos aprofundados numa área específica, com competências excecionais na tomada de decisão clínica e no rigor científico apoiado por uma base teórica.

O modelo de adaptação de Callista Roy foi orientador para a prática de enfermagem nos estágios. Para Roy, a pessoa é um ser adaptável que apresenta comportamentos adaptativos ou não adaptativos. Como sabemos, o impacto de DRC em estágio 5 e o tratamento de HD é avassalador na vida das pessoas, que necessitam de alterar por completo a sua rotina de vida, ocasionadas pela restrição

hídrica/dietética, pela gestão do acesso vascular, pelo esquema de medicação complexo e pela dependência deste tratamento. A concepção de Roy permite orientar os cuidados de enfermagem, ajudando-as a tornarem-se seres adaptativos. Neste sentido, desenvolvi sempre estratégias com a pessoa e os seus familiares, para promover uma adaptação eficaz, e exemplo disso foi a elaboração de um folheto informativo sobre cuidados a ter com a FAV.

A área de enfermagem nefrológica implica o domínio de conhecimentos cognitivo-comportamentais, que promovam uma maior adaptação ao tratamento, um aumento do envolvimento da pessoa no processo terapêutico, uma maior aceitação da sua doença e um aumento do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, emanados pela OE (2001), sugerem a implementação de metodologias de organização de cuidados, essenciais para a segurança e qualidade prestadas. A MER foi desenvolvida nos EUA, no ano de 1968, por Marie Manthey com o intuito de promover a continuidade dos cuidados e reduzir a fragmentação dos mesmos. Esta metodologia pressupõe a atribuição de um Enfermeiro de Referência, que fica responsável por todas as decisões clínicas, por outras palavras, implementa, avalia e supervisiona as intervenções.

A intervenção dos Enfermeiros de Referência nas instituições de saúde possibilita um acompanhamento individualizado, holístico e contínuo para que as pessoas se sintam acompanhadas e cuidadas nesta fase tão difícil da sua vida. Este trabalho assíduo por parte destes profissionais incute no doente um sentido de responsabilidade para com a sua saúde e impulsiona para a mudança de comportamentos essenciais para a adaptação. Estes profissionais devem possuir elevados níveis de conhecimento, com habilidades e competências para contribuir para a adaptação da pessoa e família/cuidador com DRC em HD e ser o elemento de ligação com a equipa multidisciplinar.

A presente elaboração da revisão *scoping* da literatura foi bastante vantajosa, no sentido em que permitiu mapear o conhecimento disponível sobre o tema em estudo, assim como identificar aspetos que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Com a realização deste estudo, constatei que esta metodologia pode favorecer a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois promove a autonomia, a responsabilidade profissional e, por conseguinte, pode promover ganhos em saúde.

Fazendo um balanço final, considero que atingi os objetivos propostos. Este percurso acadêmico permitiu-me alargar as minhas capacidades de refletir sobre a prática, e de planear e avaliar os cuidados com base na melhor e atualizada evidência científica. Uma das áreas em que evoluí bastante foi na comunicacional: o saber ouvir e o saber estar presente são basilares no estabelecimento de uma relação terapêutica, mas que facilmente desvalorizamos na premência da rotina diária da profissão. Atualmente, considero que apresento uma maior capacidade de resolução de conflitos, ao ser mais empática com o sofrimento do doente e da sua família e mais compreensiva da natural revolta que podem sentir. Além disso, sou mais incisiva na tomada de decisão, com uma maior capacidade de antecipação, o que permite prevenir complicações e proporciona um maior rigor no estabelecimento de prioridades.

Como seria de esperar, a realização deste relatório motivou-me a fazer mais e melhor, com o intuito de melhorar a vida destas pessoas. Neste sentido, gostaria de elaborar mais programas formativos e educativos para as pessoas, os seus familiares/cuidadores e envolver instituições de saúde como, por exemplo, lares e unidades de cuidados continuados.

Foi um caminho bastante desafiador e exigente e o meu maior constrangimento na elaboração deste documento foi a capacidade de manter o foco e a determinação, já que o cansaço tende a apoderar-se. Realço também as dificuldades sentidas em conciliar as responsabilidades académicas, com as profissionais e pessoais. No entanto, o desejo de me tornar uma melhor enfermeira foi impulsionador, o que contribuiu para o meu constante empenho em terminar este ciclo de estudos. Por fim, reitero o meu agradecimento pela ajuda e disponibilidade do professor orientador, que me incutiu o espírito de perseverança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Barnard, D. (1995). Chronic Illness and the Dynamics of Hoping. In S.K. Toombs, D. Barnard, & R. Carson (Coords.), *Chronic Illness from experience to policy* (pp.38-57). Indianapolis, Indiana University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardini, J., Price, V. & Figueiredo, A. (2006). ISPD guidelines/recommendations, peritoneal dialysis patient training. *Peritoneal Dialysis International*, 26 (6), 625-632. DOI: <https://doi.org/10.1177/089686080602600602>.
- Bernardo, M., Santos, E., Cavalcanti, M. & Lima, D. (2019). Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 52 (2), 128-135. DOI: <https://doi.org/10.1177/089686080602600602>.
- Bieber, S., Burkart, J., Golper, T., Teitelbaum, I. & Mehrotra, R. (2014). Comparative outcomes between continuous ambulatory and automated peritoneal dialysis: a narrative review. *American Journal Kidney Disease*, 63(6), 1027–1037. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.11.025>.
- Capelas, M., Coelho, S., Silva, S., Ferreira, C., Pereira, C., Alvarenga, M. & Freitas, M. (2017). Os portugueses e o testamento vital. *Cadernos de Saúde*, 9, 44-53. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2017.2864>.
- Cesário, S., Tavares, J., Silva, F., Broca, P., Lima, V. & Ferreira, G. (2019). Higienização das mãos: educação permanente para a família de pacientes em tratamento com a diálise peritoneal. *Revista Nursing*, 22 (258), 3331-3336. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i258p3331-3336>.
- Chamney (2007). *Competency framework*. Sweden: EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.
- Chan, C., Blankestijn, P., Dember, L., Gallieni, M., Harris, D., Lok, C. ... Pollock, C. (2019). Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney International*, 96 (1), 37–47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.01.017>.

- Chang, J., Oh, J., Park, S., Lee, J., Kim, S., Kim, S. ... Oh, K. (2018). Frequent patient retraining at home reduces the risks of peritoneal dialysis-related infections: a randomised study. *Scientific Reports*, 8 (12919), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-30785-z>.
- Chiou, C. & Chung, Y. (2012). Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (9-10), 1223–1231. DOI: <https://10.1111/j.1365-2702.2011.03793.x>.
- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc. Anna Nery*, 15 (4), 845-850. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>.
- Correia, B., Brandão, M., Lopes, R., Silva, P., Zaccaro, K., Benevides, A. ... Silva, R. (2021). Avaliação clínica da maturação da fistula arteriovenosa para hemodiálise: revisão de escopo. *Acta Paulista Enfermagem*, 34, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00232>.
- Cristóvão, A. (2015). Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1154-1162. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680622i>.
- Cunha, L., Silva, F., Santos, F., Pires, A., Leone, D. & Silva, L. (2017). A visita domiciliar em diálise peritoneal: aspectos relevantes ao cuidado de enfermagem. *Cuidado é Fundamental*, 9(1), 128-136. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.128-136>.
- Decreto-Lei nº107/2008 (2008). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Assembleia da República. Diário da República, I Série (nº 121- 25 de junho de 2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>.
- Despacho nº 14 391/2001 (2ª série) (2001). Manual de Boas Práticas de Hemodiálise. Assembleia da República. Diário da República, II Série (nº 158 – 10 de julho de 2021), 11482-11499.
- Despacho nº 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Assembleia da República. Diário da República, II série (nº 187– 24 de setembro de 2021), 96–103.

- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., & Silva, A (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da Literatura. *Millenium*, 40(16), 201-219. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>.
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- Direção Geral da Saúde (2017). Recomendação prevenção da transmissão recomendação prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2018). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2019). Norma nº 007/2019 - Higiene das mãos nas unidades de saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 008/2020 – COVID -19 Fase de Mitigação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082020-de-280320201.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (2016). Relatório Auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infeção e Monitorização da Higiene das Mãos Análise Evolutiva: 2014 – 2015. Acedido a março de 2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infecao-e-monitorizacao-da-higiene-das-maos-analise-evolutiva-2014-2015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma n.º 17/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 14/06/2012). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min->

saude.pt/2011/09/28/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5/.

- Drahen, A. & Eichler, N. (2020). *Case Management for patients with advanced kidney disease - a guide for nurses*. Hergiswill: European Dialysis and Transplantation Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Massimo, A., Coopersmith, C., French, C. ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49 (11), 1063-1143. DOI: 10.1007/s00134-021-06506-y.
- Ferreira, C., Guanilo, M., Silva, D., Gonçalves, N., Boell, J. & Mayer, B. (2018). Avaliação de esperança e resiliência em pessoas em tratamento hemodialítico. *Revista Enfermagem UFSM*, 8 (4),702-716. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769230592>.
- França, M. (2013). Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Frazão, C., Fernandes, M., Nunes, M., Sá, J., Lopes, M. & Lira, Ana. (2013). Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(4), 45-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400006>.
- Gadola, L., Poggi, C., Poggio, M., Sáez, M., Ferrari, A., Romero, J. ... Borges, P. (2013). Using a multidisciplinary training program to reduce peritonitis in peritoneal dialysis patient. *Peritoneal Dialysis International*, 33 (1), 38-45. DOI: <https://doi.org/10.3747/pdi.2011.00109>.
- Galvão, A. Silva, E. & Santos, W. (2019). As dificuldades encontradas pelos pacientes com insuficiência renal crónica ao iniciar o tratamento. *Revista de iniciação científica e extensão*, 2(4):181-9. Acedido a 14 de Julho de 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo2191118-dificuldades-encontradas-pelos-pacientes-com-insufici%C3%A2ncia-renal-cr%C3%B4nico-ao-iniciar-o-tratamento.
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M. ... Silva, G. (2021, outubro). Portuguese registry of dialysis and transplantation 2020. In

Encontro Renal, 35º Congresso Português de Nefrologia/ 35º Congresso APEDT. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Vila Moura.

Harwood, L., Wilson, B., & Oudshoorn, A. (2016). Improving vascular access outcomes: attributes of arteriovenous fistula cannulation success. *Clinical Kidney Journal*, 9(2), 303-309. DOI: [10.1093/ckj/sfv158](https://doi.org/10.1093/ckj/sfv158).

Hashemi, M., Irajpour, A. & Abazari, P. (2018). Improving quality of care in hemodialysis: a content analysis. *Journal of Caring Sciences*, 7 (3): 149-155. DOI: <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.024>.

ICN, Conselho Internacional de Enfermeiros, (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE: Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Inkaya, B. & Pakyüz, S. (2018). The effect of case management with haemodialysis patients on the health perception and the symptoms: the case of Turkey. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(7), 1032-1038. Acedido a 14 de julho 2022. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/30317297>.

Johansson, P., Lundström, K. & Heiwe, S. (2015). The primary nursing care delivery system within a haemodialysis context – experiences of haemodialysis primary nurses in Sweden. *Clinical Nursing Studies - Sciedu Press*, 3 (4), 7-14. DOI: <https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p7>.

Kamata, T., Tomita, M., & Iehara, N. (2016). Ultrasound-guided cannulation of hemodialysis access. *Renal Replacement Therapy*, 2(7), 1-9. DOI: 10.1177/11297298211047328.

KDIGO. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and the Management of Chronic Kidney Disease. Official Journal of the International Society of Nephrology - Volume 3, 1-150. Disponível em: <https://www.kidney-international.org/>.

Ku, E., McCulloch, C. & Johansen, K. (2019). Starting renal replacement therapy: Is it about time?. *American Journal of Nephrology*, 50 (2), 144-151. DOI: <https://doi.org/10.1159/000501510>.

Kusk, K. & Groenkjaer, M. (2016). Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(6), 14–22. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-002390.

- Langdon, E. J. (2003). Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: L.S. Jeolás, M. Oliveira, E.J. Langdon (Coords.), *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença* (pp 91-115). Paraná, Londrina.
- Li, P. K. T., Szeto, C. C., Piraino, B., de Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E., ... Johnson, D. W. (2016). ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 36(5), 481–508. DOI: [10.3747/pdi.2016.00078](https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00078).
- Lin, Z. & Zuo, L. (2015). When to initiate renal replacement therapy: The trend of dialysis initiation. *World Journal of Nephrology*, 4 (5): 521-527. DOI: [10.5527/wjn.v4.i5.521](https://doi.org/10.5527/wjn.v4.i5.521).
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, M. P., Mendes, O., Tolleti, G., Lopes, M., & Gândara, M. (2011). Confiança versus desconfiança na relação de cuidar: confiança enfermeiro-cliente, um conceito em construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 3–13. DOI: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v15i2.53>.
- Lucas, P. & Nunes, E. (2020). Ambiente da prática de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão scoping. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (6), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>.
- Madeiro, A., Machado, P., Bonfim, I., Braqueais, A. & Lima, F. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 546-551. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016>.
- Manthey, M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight. *Creative Nursing*, 15 (1), 36-38. DOI: 10.1891/1078-4535.15.1.36.
- Mantley, M. (2012). *The practice of primary nursing* (2^a edição). Minneapolis: Creative Health Care Management.
- Marinho, L., Ramos, F., Oliveira, R., Caramoni, J. & Fontes, C. (2020). Visita domiciliar como suporte da enfermagem na diálise peritoneal: revisão integrativa. *Acta Paulista Enfermagem*, 33, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01395>.
- Melo J., Dias, A., Vilares, F., Matos, J., Sousa, M. & Pinheiro, R. (2016). *Guia orientador de boa prática- cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal*

- em hemodiálise. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf.
- Moutinho, A. A. G., Torgal, C. M. L., Vilares, F. L. F., Medeiros, M. A. C. & Tavares, M. (2020). *Guia orientador de boas práticas: diálise peritoneal- um passo para a autonomia da pessoa*. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf.
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership and management for patient safety and quality care*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Nalesso, F., Garzotto, F., Petrucci, I., Samoni, S., Virzì, G., Gregori, D. ... Ronco, C. (2018). Standardized protocol for hemodialysis vascular access assessment: the role of ultrasound and colordoppler. *Blood Purification*, 45(1-3), 260-269. DOI: <https://doi.org/10.1159/000485590>.
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J. D., Sá, H. O., . . . Matias, A. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Nefrologia. República Portuguesa. Disponível em:
<https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>.
- Nora, C. R., Deodato, S., Vieira, M. M., & Zoboli, E. L. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>.
- Oliveira, C. & Silva, L. (2004). Respostas adaptativas de pessoas que vivenciam hemodiálise em virtude de nefropatia diabética. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 8(2), 251-25. Acedido 04/03/2022. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713012>.
- Oliveira, C., Pinheiro, L., Pereira, S., Costa, F., Lima, C. & Carneiro, J. (2015). Avaliação do impacto da insuficiência renal crônica na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Journal of the Health Sciences Institute*. 33(2):151-5. Acedido em: 15-02-20. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883285>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual, enunciados descritivos*. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Acedido em 10 julho de 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº01/2017. Do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica - Atribuição de responsável de turno. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno .pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Porto. Acedido 12/11/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf.
- Parisotto, M., & Pancirova, J. (2015). *Acesso vascular, canulação e cuidado*. Lucerne: European Dialysis and Transplantation Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau, Formação & Saúde, Lda.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18 (4), 2088. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(11), 121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Ponche, P. (Coord). (2020). *Manual de Nefrologia*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Portaria nº 347/2013 (2013). Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades

terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporeal afins ou de diálise peritoneal crónica. Decreto-Lei n.º 279/2009 de 6 de outubro. Diário da República, I Série (N.º 231 de 28-11-2013) 6594 – 6607. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/347/2013/11/28/p/dre/pt/html>.

Rabindranath, K., Adams, J., Ali, T., Daly, C. Vale, L. & MacLeod, A. (2007). Automated vs continuous ambulatory peritoneal dialysis: a systematic review of randomized controlled trials. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22 (10), 2991-2998. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm609>.

Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a Prestação de Cuidados por “Enfermeiro de Referência” Promove a Qualidade. *Servir*, 59 (5-6), 68-74. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>.

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

Regulamento nº101/2015 (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (nº 48– 10 de março de 2015), 5948-5952.

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (nº 26– 6 de fevereiro de 2019), 4744 – 4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

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

Salman, L. & Beathard, G. (2013). Interventional Nephrology: physical examination as a tool for surveillance for the hemodialysis arteriovenous access. *American Society of Nephrology*, 8 (7), 1220-12207. DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.00740113>.

Santos, C. (2017). Gestão do Procedimento Higienização das Mãos por Enfermeiros: Fatores Predominantes e Avaliação Microbiológica (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

Santos, K., Cavalcante, T., Ribeiro, A., Alencar, T., Fontenele, A. & Santos, D. (2019). Implantation of the reference nurse model in a university hospital. *Journal of*

Nursing UFPE online, 13(1), 268-274. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237918p2514-2515-2019>.

Santos, L., Prado, B., Castro, F., Brito, R., Maciel, S. & Avelar, T. (2018). Qualidade de vida em transplantados renais. *Psico-USF, Bragança Paulista.*, 23 (1), 163-172. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230114>.

Santos, V. (2012). Corpo e máquina: estudo etnográfico e uma clínica de hemodiálise (Dissertação de mestrado). <https://ri.ufs.br/handle/riufs/3168>.

Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. DOI: 10.30681/252610105480.

Soratto, M. & Silvestrini, F. (2010). Dilemas éticos da equipa de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar. *Revista Bioethikos*, 3 (3), 431-436. Acedido a 16-03-2021. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_431-436_.pdf.

Steele, D., Hamilton, E. & Arnaout, M. (2007). A case management model to improve hemodialysis outpatient outcomes. *Hemodialysis International*, 11, 247-251. DOI: 10.1111/j.1542-4758.2007.00176.x.

Sugisawa, H., Shimizu, Y., Kumagai, T., Sugisaki, H., Ohira, S. & Shinoda, T. (2018). Barriers to effective case management for disabled patients on hemodialysis. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 22 (2), 133-141. DOI: 10.1111/1744-9987.12608.

Thomas, N. (2014). *Renal Nursing* (4^a ed.). London: Wiley Blackwell.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem* (5^a ed.). Loures: Lusociência.

Walker, A., Sally A. & Meyer, A. (2010). What do New Zealand pre-dialysis nurses believe to be effective care?. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26 (2), 26-34. Acedido em: 04/01/2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/47631834_What_do_New_Zealand_pre-dialysis_nurses_believe_to_be_effective_care.

Wessel, S. & Manthley, M. (2015). *Primary Nursing: person-centered care delivery system design*. United States of America: Creative Health Care Management.

WHO (2022). World Health Statistics 2022. Acedido em: 12/03/2022. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.


Wingard, R., Pupim, L., Krishnan, M., Shintani, A., Ikizler, T. & Hakim, R. (2007). Early intervention improves mortality and hospitalization rates in incident hemodialysis patients: rightstart program. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2 (6), 1170-1175. DOI: 10.2215/CJN.04261206.

ANEXOS

Anexo I – Poster da Técnica de Lavagem das Mãos

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos
com água



Aplique sabão suficiente para cobrir
todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das
mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso
esquerdo com os dedos
entrelaçados e vice versa



Palma com palma
com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos
nas palmas opostas com
os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar
esquerdo em sentido
rotativo, entrelaçado na
palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás
e para a frente os dedos da mão
direita na palma da mão
esquerda e vice versa



Enxague as mãos
com água



Seque as mãos com
toallete descartável



Utilize o toallete para
fechar a torneira se esta
for de comando manual



Agora as suas mãos
estão seguras.

Anexo II – Avaliação da Técnica Diálise Peritoneal

Avaliação da técnica Diálise Peritoneal

Nome: _____ 1º Ensino: (/ /)

Nome	Pontos Chaves	Método Avaliação	Data:			Comentários
			Capaz 1pt	Após 2pts	Não capaz 3pts	
PERFIL Autocuidado	Motivação para aprender DP	Observação				
	Capacidade para executar DP	Observação				
	Condições Clínicas	Dados clínicos				
Adesão ao regime terapêutico	Identifica DF como uma TSFR	Questões				
	Entende como a DP funciona (infusão, permanência e drenagem)	Questões				
	Avaliar condições domicílio para realizar DP	Questões Visita				Visita Domiciliária cata:
	Compreende as características do líquido de drenagem	Questões Observação				
	Adesão ao regime alimentar, medicação e com a técnica DP	Questões Análise sangue				
CAPACIDADE DE EXECUTAR	Condições do ambiente de trabalho	Observação				
	Colocação máscara	Observação				
	Lavagem e secagem das mãos	Observação				
	Limpeza da sala de trabalho Preparação do material para realização da troca	Observação				
	Verificação da validade e condições do produto	Observação				
	Verifica prescrição DP	Observação				
	Preparação do cateter para o início de diálise	Observação				
	Conexão ao sistema de diálise	Observação				
	Fase de preenchimento da linha de infusão e fase de infusão	Observação				
	Desliga-se corretamente do sistema de diálise	Observação				
CAPACIDADE DE MONITORIZAR	Pesa a solução, avalia peso, tensão arterial e existência de edemas. Registos do balanço da diálise	Observação				
	Conhece a forma de tratamento de lixos	Questões				
	Prepara o material para o tratamento seguinte	Observação				
	Identifica sinais e sintomas de peritonite	Questões Questionário				
	Conhecimento como atuar em caso de intercorrências (mecânicas ou infeções)	Questões				
	Promove uma correta segurança do cateter	Observação				
	Executa a técnica de realização de penso	Observação				
	Conhece o local de colheita de líquido peritoneal	Questionário				
	Conhece o local de administração de medicação intraperitoneal	Questionário				
Total pontos:						

Alta: (Easy/W/A/A)

Autónoma no autocuidado: _____

Necessita de apoio: _____

Sem capacidade para DP: _____

Escala de reensino:

27 pontos: de acordo com as necessidades individuais da pessoa

28-54 pontos: reensino mensal

55-81 pontos: reensino acompanhado com familiar ou cuidador informal

Anexo III – Formulário de Observação Higiene das Mãos



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS	Cidade	Código do Hospital
-----	--------	--------------------

Observador		Período N.º	Serviço/Departamento
Data (dd.mm.aaaa)		Sessão N.º	
Hora de início/fim (hh:mm)		Formulár. N.º	Enfermaria
Duração da sessão (mm)			

Cat. Profis. N.º	Indicações	Ação	Cat. Profis. N.º	Indicações	Ação	Cat. Profis. N.º	Indicações	Ação	Cat. Profis. N.º	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas
8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assépt. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Luvas

Recomendações:

1. Comece por se apresentar aos profissionais de saúde e aos doentes e explique o motivo da sua presença.
2. Pode observar até 3 profissionais de saúde em simultâneo, caso a situação clínica o permita.
3. Poderão ser incluídos sucessivamente mais profissionais de saúde, até um limite de 3.
4. Procure um local conveniente para realizar a observação sem perturbar as atividades clínicas; pode deslocar-se para seguir os profissionais de saúde, mas nunca interfira com o seu trabalho. No final, os resultados da sessão podem ser apresentados ao profissional.

Instruções de preenchimento

5. Preencha o formulário a lápis e sobre uma superfície dura. Pode utilizar borracha, se necessário.
6. Comece por preencher o cabeçalho do formulário (exceto a hora de terminar e a duração da sessão).
7. Assim que surja a primeira oportunidade, selecione a informação correspondente (indicação, ação) na primeira coluna do questionário, a coluna das oportunidades, que está numerada e deve ser lida de cima para baixo. Faça o registo na coluna correspondente à categoria profissional do profissional de saúde observado.
8. Cada oportunidade deve ser registada no campo identificativo e devidamente numerado (oportunidade 1, oportunidade 2, etc.).
9. Assinale com um "X" o quadrado ou o círculo correspondente ao item que quer selecionar (o quadrado significa que podem ser escolhidos vários itens mas o círculo significa que só pode ser escolhido um).
10. Pode assinalar várias indicações durante o registo de uma oportunidade.
11. As ações executadas ou não executadas devem ser sempre assinaladas durante o registo de uma oportunidade.
12. O uso de luvas deve ser registado apenas quando a ação de higiene das mãos não é realizada enquanto o profissional de saúde estiver a usar as luvas.
13. Não se esqueça de anotar a hora de terminar, de calcular a duração da sessão e de confirmar os dados antes de devolver o formulário.

Outras Informações úteis para o preenchimento do cabeçalho:

Administração Regional de Saúde (ARS) Cidade: escreva por extenso (não use abreviaturas)											
Hospital:	escreva o código do seu hospital										
Serviço/Departamento:	escreva por extenso (não use abreviaturas)										
Observador:	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
Data:	dia/mês/ano										
Hora de início / Fim:	hora/minuto										
Duração da Sessão:	diferença entre a hora de início e de fim. O resultado deve ser dado em minutos.										
Nº de Período:	de acordo com a altura da observação (pré ou pós a campanha).										
Nº da Sessão:	de acordo com a contagem institucional (cada sessão de observação corresponde a um determinado local).										
Formulário Nº:	Correspondente ao n.º da página da sessão (se tiver só uma página colocar "n.º1" se tiver duas páginas na mesma sessão e estiver a registar a página 2 da sessão colocar Formulário n.º 2)										
Serviço/ Departamento:	de acordo com a seguinte nomenclatura: <table border="1"><tr><td>Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)</td><td>Cirúrgico (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)</td></tr><tr><td>Misto (médico e cirúrgico)</td><td>Obstetícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)</td></tr><tr><td>Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)</td><td>Unidade de Cuidados Intensivos</td></tr><tr><td>Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, etc.)</td><td>Cuidados Continuados e Reabilitação</td></tr><tr><td>Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)</td><td>Outro (a especificar)</td></tr></table>	Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirúrgico (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)	Misto (médico e cirúrgico)	Obstetícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)	Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos	Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, etc.)	Cuidados Continuados e Reabilitação	Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Outro (a especificar)
Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirúrgico (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)										
Misto (médico e cirúrgico)	Obstetícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)										
Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos										
Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, etc.)	Cuidados Continuados e Reabilitação										
Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Outro (a especificar)										
Nome do Serviço:	igual à designação institucional.										
Categoria Profissional/Código:	de acordo com a seguinte classificação: <table border="1"><tr><td>1. Enfermeiro/Parteiro</td><td>1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno</td></tr><tr><td>2. Auxil. Ação Médica</td><td></td></tr><tr><td>3. Médico</td><td>3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina</td></tr><tr><td>4. Outros profissionais de saúde</td><td>4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiológica, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietaista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).</td></tr></table>	1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno	2. Auxil. Ação Médica		3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina	4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiológica, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietaista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).		
1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno										
2. Auxil. Ação Médica											
3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina										
4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiológica, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietaista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).										
Número:	Registe o número de profissionais de saúde observados pertencentes à mesma categoria profissional (mesmo código), à medida que preenche o campo de observação.										
Oportunidade:	Existe uma oportunidade sempre que exista pelo menos uma indicação.										
Indicação:	Implica a ação de higienizar as mãos: <table border="1"><tr><td>Antes Doente: Antes do contacto com o doente</td><td>Após Doente: Depois do contacto com o doente</td></tr><tr><td>Antes Assép: Antes de um procedimento asséptico</td><td>Após Ambiente: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente</td></tr><tr><td>Após Sg Fluidos: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais</td><td></td></tr></table>	Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente	Antes Assép: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambiente: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	Após Sg Fluidos: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais					
Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente										
Antes Assép: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambiente: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente										
Após Sg Fluidos: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais											
Ação	Resposta à indicação de higiene das mãos: <table border="1"><tr><td>Fricção SABA: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica</td><td>Luvas: quando o uso de luvas está associado há não realização da higiene das mãos.</td></tr><tr><td>Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com água e sabão</td><td></td></tr><tr><td>N/ realizado: quando não é executada nenhuma ação.</td><td></td></tr></table>	Fricção SABA: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Luvas: quando o uso de luvas está associado há não realização da higiene das mãos.	Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com água e sabão		N/ realizado: quando não é executada nenhuma ação.					
Fricção SABA: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Luvas: quando o uso de luvas está associado há não realização da higiene das mãos.										
Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com água e sabão											
N/ realizado: quando não é executada nenhuma ação.											



FORMULÁRIO DE CÁLCULO BÁSICO

ARS		Cidade		Código do Hospital							
Data (dd.mm.aa)				Período N.º:		Departamento/Serviço					
						Enfermaria					
Sessão N.º	Categorias profissionais (podem ser adicionadas colunas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)								Total de sessões		
	Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código				
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
Total por categorias											
Adesão											

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} * 100$$

1. Verifique os dados colhidos no Formulário de Observação. Some todas as oportunidades e ações de acordo com a categoria profissional de cada sessão de observação e copie os resultados para as linhas correspondentes a cada número de sessão.
2. Calcule a soma das oportunidades e a soma das ações ao longo das linhas para obter a soma total de cada sessão.
3. Calcule a soma das oportunidades e das ações de todas as sessões e da adesão global, utilizando a fórmula:
Adesão (%) = ações ÷ oportunidades X100.
4. Calcule a soma das oportunidades e das ações em relação a todas as categorias, aplicando esta fórmula. Escreva os resultados na linha da "Adesão" e na coluna "Total por categorias".



FORMULÁRIO DE CÁLCULO OPCIONAL

ARS		Cidade		Código do Hospital						
Data (dd.mm.aa)				Período N.º		Departamento/Serviço				
						Enfermaria				
Sessão N.º	INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS									
	Antes do contacto com o doente		Antes de um procedimento asséptico		Depois de risco de exposição a fluidos corporais		Depois do contacto com o doente		Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	
	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por indicações										
Adesão										

Instruções:

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

1. Verifique os dados do Formulário de Observação. Calcule e copie as somas das Indicações e das respetivas Ações de cada sessão de observação.
2. Se ocorrerem várias Indicações na mesma Oportunidade, cada uma deve ser considerada separadamente tal como a ação correspondente.
3. Utilize a fórmula: $\text{Adesão (\%)} = \text{Ações} \div \text{Indicações} \times 100$ para calcular a adesão por Indicação e copie os resultados para a linha de "Adesão" nas colunas correspondentes.

Nota:

Estes cálculos não refletem exatamente a adesão, porque o denominador da equação é o número de Indicações ao invés de ser o número de Oportunidades. As Ações são subestimadas relativamente às indicações. No entanto, o resultado dá uma ideia geral do comportamento do profissional de saúde face a cada tipo de Indicação.

Anexo IV – Relatório de Observação Higiene das Mãos



Indicação	Não realizado	Uso de luvas	%
Antes do contacto com o doente	81	20	24,69%
Antes de um procedimento asséptico	13	11	84,62%
Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais	1	1	100,00%
Depois do contacto com o doente	20	13	65,00%
Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	54	28	51,85%
Total para todas as categorias	169	73	43,20%

Universe: Avaliação: Higiene das Mãos 2010
Observador: RP
Unidade de Saúde: XXXXXXXXXX
Serviço: Hemodialise

APÊNDICE

Apêndice I – Formação em serviço com o tema “Alterações no Eletrocardiograma na Pessoa com Doença Renal Crónica Provocadas por Distúrbios Eletrolíticos”

Alterações ECG na Pessoa com Doença Renal Crónica Provocadas por Distúrbios Eletrolíticos



Regente:

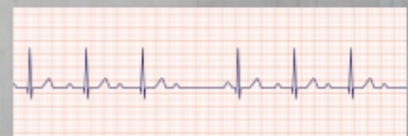
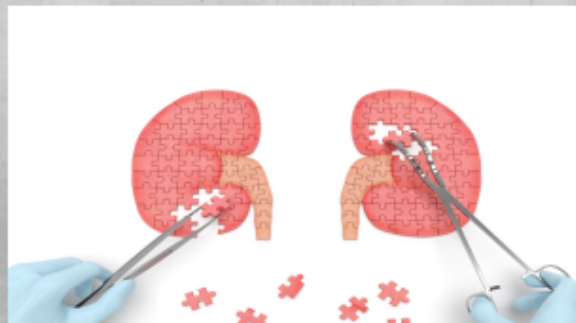
Prof. António Cristóvão

Orientador:

Enfermeiro [REDACTED]

Discente:

Joana Ramos nº 10521



Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Serviço de Nefrologia [REDACTED] 15 de Novembro de 2021

Objetivo

- Interpretar o traçado eletrocardiográfico
- Identificar as alterações no ECG
- Correlacionar as alterações no ECG com distúrbios iónicos
- Enfatizar o papel do Enfermeiro na identificação e atuação no seio da equipa multidisciplinar



Índice

- Problemática da DRC
- Eletrocardiograma e sua interpretação
- Principais alterações eletrolíticas



Doença Renal Crônica



O rim desempenha um papel fundamental na regulação do equilíbrio dos eletrolíticos, mantendo constante o equilíbrio hídrico, a pressão osmótica e o equilíbrio ácido-base. Com a perda progressiva da função renal, esta capacidade fica comprometida (Ponce, 2020).

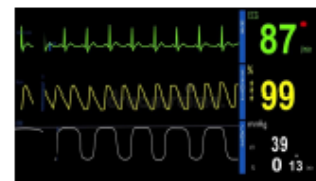
Doença lenta e progressiva; Perda irreversível da função renal, evidenciada em exames laboratoriais (proteínúria, eritrocitúria, etc.) ou de imagem (obstrução, atrofia, etc.). Diminuição da TFG < 60 ml/min (Ponce, 2020).

Doença Renal Crónica

- DRC estadio 5 em Portugal tem aumentado nos últimos anos, com as taxas mais elevadas de incidência e prevalência da Europa. Neste sentido, é essencial que o Enfermeiro possua conhecimentos e desenvolva competências de forma a gerir eficazmente problemas desencadeados pela doença, tais como o desequilíbrio eletrolítico (Saraiva, 2018).
- O enfermeiro tem um papel fundamental na monitorização e reconhecimento de alterações no ECG, de forma a evitar ou minimizar a deterioração do seu estado clínico (Parecer Nº124/2019 O.E.).

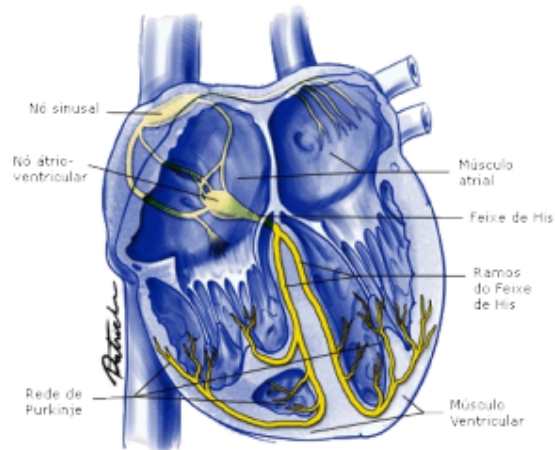
ELECTROCARDIOGRAMA

- O ECG trata-se de um exame complementar de diagnóstico não invasivo, determinante para avaliar arritmias cardíacas (Jayasinghe, 2012).
- Regista a atividade elétrica do coração. Cada contração do músculo cardíaco ou válvulas cardíacas é comandado por impulsos elétricos gerados no próprio coração (Jayasinghe, 2012).

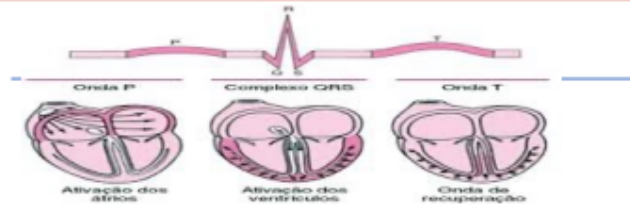


Interpretação de ECG

Rede Elétrica Cardíaca



Traçado Elétrico do Coração



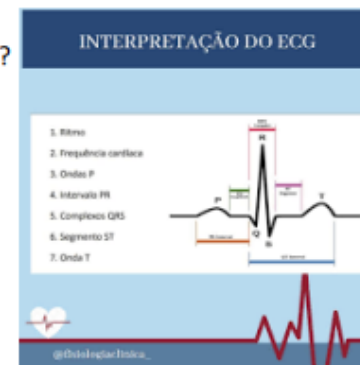
- **Onda P** – Estimulação sinusal e o início da despolarização auricular
- **Segmento PR** – Atraso do estímulo através do nó AV
- **QRS** – Despolarização Ventricular
- **Onda T** – Repolarização Ventricular



(Jayasinghe, 2012)

Traçado Elétrico do Coração – O QUE AVALIAR?

- Frequência Cardíaca
- Existe atividade auricular? Existem ondas P?
- O tempo do QRS
- Há relação entre a atividade auricular e a ventricular?



- Há disfunção da onda P → Disfunção auricular
- Há disfunção do complexo QRS → Disfunção ventricular (Jayasinghe, 2012)

Traçado Elétrico do Coração



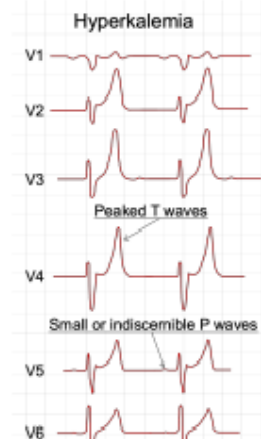
- As alterações eletrolíticas capazes de alterar o eletrocardiograma são as mudanças do **potássio**, **cálcio** e **magnésio** (Creed & Spiers, 2010).
- Causam diferenças na despolarização e repolarização **ventricular** através da mudança do potencial da membrana da célula cardíaca (Creed & Spiers, 2010)
- As arritmias graves estão geralmente associadas a alterações séricas do potássio, nomeadamente a **hipercaliémia** (SAV, INEM 2011).

HIPERCALIÊMIA ($K^+ > 5.5 \text{ mmol/L}$)

- **Sinais e Sintomas:** Náuseas e vômitos, Parestesias, Fadiga progressiva

- **Achados Eletrocardiográficos:**

- Onda T elevadas e pontiagudas
- Depressão do segmento ST
- Achatamento ou desaparecimento da onda P
- Redução no intervalo QT
- QRS alargado



HIPOCALIÊMIA ($K^+ < 3.5 \text{ mmol/L}$)



- **Sinais e Sintomas:** Fadiga, Fraqueza, Cãibras e Obstipação

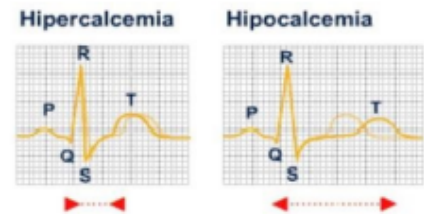
- **Achados Eletrocardiográficos:**

- Achatamento da Onda T
- Onda U
- Alterações do segmento ST



HIPOCALCÉMIA ($\text{Ca} < 0,8 \text{ mEq/L}$)

- O equilíbrio do cálcio é regulado pela vitamina D e pelas hormonas paratormona e calcitonina.
- **Sinais e Sintomas:** Parestesias dos lábios, câibras, laringospasmo, broncospasmo e convulsões.
- **Achados Eletrocardiográficos:**
- Aumento do intervalo QT e arritmias cardíacas



HIPERMAGNESÉMIA ($\text{Mg}^{2+} > 2.3 \text{ mg/dl}$)

- **Sinais e Sintomas:** Hipotensão, náuseas, vômitos, cansaço, paralisia, perda dos reflexos tendinosos, rubor facial e bloqueio cardíaco.
- **Achados Eletrocardiográficos:**
- Aumento do intervalo QRS
- Ausência de onda P
- Aumento da onda T
- Prolongamento do intervalo PR





PAPEL DO ENFERMEIRO

- Informar Enfermeiro Responsável de Turno e Equipa Médica
- Manter a monitorização dos sinais vitais
- Assegurar um acesso venoso periférico
- Por exemplo: um doente em programa de regular de HD, é o método mais eficaz para a remoção de potássio do organismo, uma remoção imediata de 25 a 30 mmol de potássio por hora (Dhondug & Qian, 2017).



CONCLUSÃO

- O conhecimento das possíveis alterações eletrolíticas no traçado de ECG na abordagem à pessoa com DRC é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica assegurando **qualidade e segurança nos cuidados prestados.**



OBRIGADA

Referências Bibliográficas:

- Creed, I & Spiers, C. (2010) Care of the ACUTELY ILL ADULT – na essential guide for nurses. United States: Oxford University Press;
- Dhondug, T. & Qian, Q. (2017). Electrolyte and Acid-Base Disorders in Chronic Kidney Disease and End-Stage Kidney Failure. Blood Purification. 43: 179-188. DOI: 10.1159/00452725;
- INEM (2011). *Manual de Suporte Avançado – SAV* (2 Edição). Lisboa: DGS;
- Jayasinghe, R. (2012.) *ECG workbook*. Australia: Elsevier;
- Parecer Nº124/2019 (2019). Realização de electrocardiogramas por enfermeiros em serviços de saúde pública. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11631/parecer-n%C2%BA-124-ce-27032019_enfermeiros-realizarem-electrocardiogramas-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde_.pdf;
- Ponche, P., Santos, A., Ferreira, A., Farinha, A., Mateus, A., Paiva, A. ... Adragão, T. (2020). *Manual de Nefrologia*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, M., Richards, M. & Fortnum, D. (2018). The profile of nephrology nursing - The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney Disease, and their Families. Sweden, EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.

Apêndice II – Formação em serviço com o tema “Padrão de documentação de cuidados de enfermagem”

Padrão de Documentação Cuidados de Enfermagem



Regente:

Prof. António Cristóvão

Orientador:

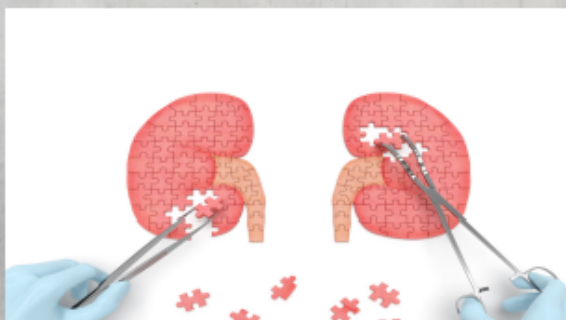
Enfermeiro [REDACTED]

Discente:

Joana Ramos nº 10521

Agradecimento:

Enfermeiro [REDACTED]

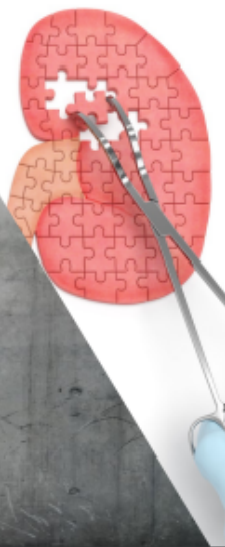


Serviço de Diálise Peritoneal [REDACTED] 13 de janeiro de 2022

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Objetivos

- Compreender a importância dos SIE
- Abordar conceitos de CIPE
- Identificar os contributos da teoria das transições para a conceção e implementação de cuidados de enfermagem
- Enfatizar a importância do perfil de autocuidado, na aquisição da técnica e promoção da autonomia da pessoa



Índice

- Sistemas de Informação em Enfermagem
- CIPE
- Teoria das Transições – Alaf Meleis
- Teoria do Autocuidado – Dorothy Orem



Sistemas de Informação em Enfermagem

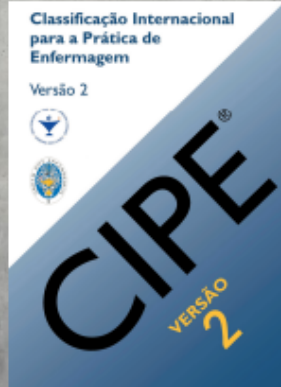
BENEFÍCIOS

- Incentiva à tomada de decisão
- Melhora a continuidade/acessibilidade e qualidade dos cuidados
- Facilita a troca de informação
- Possibilita a avaliação dos cuidados
- Otimiza a gestão dos cuidados
- Permite a visibilidade do cuidar em enfermagem
- Produção de conhecimento científico

A CIPE é o referencial dos Sistemas de Informação



Classificação Internacional para Prática de Enfermagem



CIPE

Permite estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, facilitando a comunicação entre enfermeiros.

Modelo dos 7 eixos designados como **fenômenos de enfermagem** – como um aspecto importante para a prática de enfermagem.



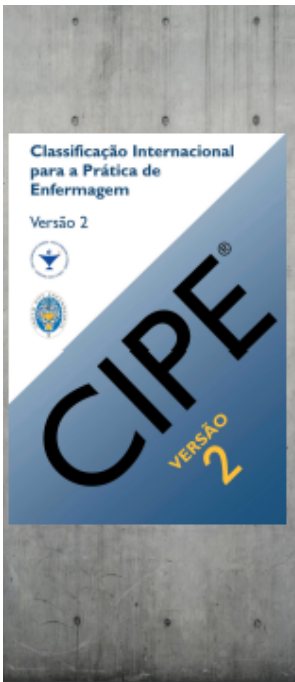
Aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem

CIPE



7 Eixos

- **Foco:** área de atenção que é relevante para a Enfermagem (dor, eliminação urinária, frequência cardíaca)
- **Juízo:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (diminuída, aumentada, elevada)
- **Cliente:** pessoa ao qual o diagnóstico se refere e que é o agente de uma intervenção (criança, adulto, etc)
- **Ação:** um processo intencional (monitorizar, pesar, administrar)
- **Meios:** método de desempenhar uma intervenção de enfermagem (cateter venoso periférico, sonda nasogástrica)
- **Localização** (anatomia)
- **Tempo** (manhã, noite, hoje)



CIPE

Construção de Diagnóstico de Enfermagem

Designação atribuída por um enfermeiro que toma decisão acerca do doente ou cliente após avaliação

FOCO

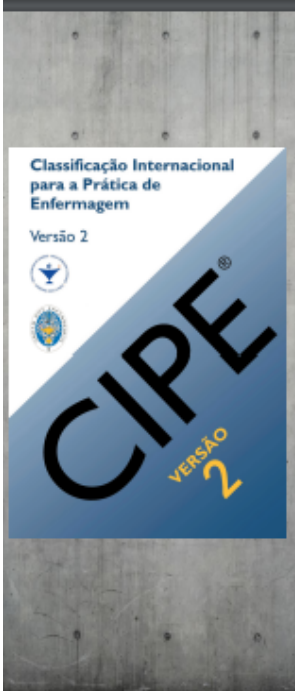
JUÍZO

DIAGNÓSTICO

EDEMA
(10013627)

PRESENTE
(sinal de godet +)

EDEMA PRESENTE



CIPE

Construção de Intervenções de Enfermagem

Ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de enfermagem

AÇÃO

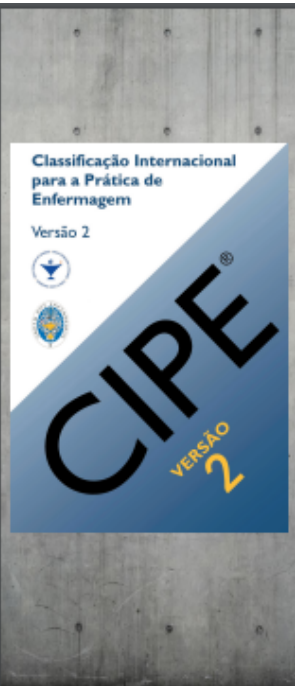
FOCO

INTERVENÇÃO

Avaliar/Monitorizar

EDEMA

Avaliar Edema
Monitorizar eliminação urinária
Monitorizar eficácia dialítica (kt/v)
Monitorizar peso



CIPE

Processo de Enfermagem

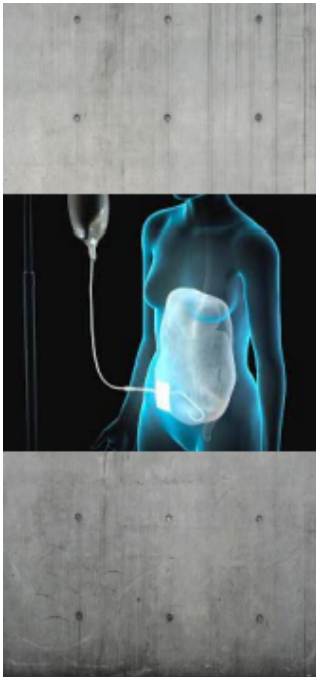
7 eixos Ele- mentos do processo de Enfermagem	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
Diagnóstico de Enfermagem			Não-adesão à medicação	Risco			
Intervenções de Enfermagem	Explicar	Família				Regime de tratamento	
	Ensinar		Efeito secundário				
	Monitorizar		Adesão à medicação			Caixa de comprimidos	
Resultados de Enfermagem			Adesão à medicação	Real			

Doença Renal Crónica

Em estágio V da doença renal crónica, o doente necessita de tratamento de técnicas de substituição da função renal: hemodiálise, **diálise peritoneal** e transplante renal (Madeiro, 2010).



- O tratamento apesar de proporcionar anos à vida, envolve profundas alterações no quotidiano da pessoa. Este tratamento gera stress na pessoa, podendo originar vários problemas como: **isolamento social, desemprego, alterações na autoimagem, vida conjugal e perda de autonomia.**



Teoria de Transições

Alaf Meleis

- Neste contexto, a Teoria de Transições de Alaf Meleis “oferece uma estrutura que ajuda os enfermeiros, provendo recursos para maior competência na sua ação profissional, no sentido de ajudarem as pessoas a fazer uma transição saúde/doença de uma forma mais saudável possível” (CHUC, 2017, p.48).



Teoria de Transições

Transições

- conjunto de respostas ao longo do tempo, moldadas pelas condições **pessoais** e **ambientais**, pelas expectativas e percepções das pessoas, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar.
- A duração da transição corresponde ao período de tempo que decorre entre a antecipação, quando possível, da necessidade de mudar e a estabilidade na nova condição (Meleis, 2010).

Teorias de Transições

Propriedade de uma Transição

Consciência

Envolvimento

Mudanças
e
diferenças

Duração

Pontos
críticos e
eventos



Avaliação da Consciencialização

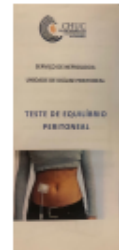
- ↳ Potencial para melhorar o conhecimento
 - Capacidade cognitiva
 - Não
 - Sim
 - Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde
 - Não
 - Sim
 - Força de vontade expressa na aprendizagem
 - Não
 - Sim
 - Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem
 - Não
 - Sim

- Quando é que percebeu que a sua vida estava diferente?
- O que mudou na sua vida?
- O que acha que ainda vai ter de mudar na sua vida?

Observações

Intervenções da Consciencialização

- Fornecer informações adequadas à clarificação de situações de modo a facilitar a tomada de decisão
- Ajudar a pessoa a identificar os próprios recursos
- Fornecer orientações face à dificuldade nos cuidados (panfletos, recurso à visita domiciliária, etc.)
- Apoiar a pessoa a iniciar as mudanças necessárias de modo a minimizar preocupações
- Ajudar a pessoa a antecipar necessidades de modo a perspetivar a necessidade de ajuda (equipamentos, recursos humanos e recursos económicos)



Avaliação do Envolvimento

- ↳ Potencial para melhorar o conhecimento
 - Capacidade cognitiva
 - ↳ Não
 - ↳ Sim
 - Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde
 - ↳ Não
 - ↳ Sim
 - Força de vontade expressa na aprendizagem
 - ↳ Não
 - ↳ Sim
 - Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem
 - ↳ Não
 - ↳ Sim

- Tem alguma dúvida relacionada com a sua nova condição?
- Quando tem dúvidas, a quem recorre?
- Onde procura informação sobre a sua nova condição?
- Já requereu / teve acesso a algum recurso?

Observações

--

Intervenções do Envolvimento

- Estimular a participação nos cuidados no sentido do desenvolvimento de competências
- Proporcionar ambiente de bem-estar de modo a facilitar envolvimento
- Instruir sobre como fazer
- Orientar no sentido de utilizar os seus próprios recursos
- Treinar
- Encorajar

Mudanças e Diferenças

O que está diferente?

- O nível de mobilidade...
- As alterações nos processos corporais...
- As alterações na habitação...
- As rotinas...
- A capacidade financeira...
- Os papéis desempenhados...

Intervenções do Envolvimento

- Estimular a participação nos cuidados no sentido do desenvolvimento de competências
- Proporcionar ambiente de bem-estar de modo a facilitar envolvimento
- Instruir sobre como fazer
- Orientar no sentido de utilizar os seus próprios recursos
- Treinar
- Encorajar

Mudanças e Diferenças

O que está diferente?

- O nível de mobilidade...
- As alterações nos processos corporais...
- As alterações na habitação...
- As rotinas...
- A capacidade financeira...
- Os papéis desempenhados...

Eventos Críticos

- Eventos que **mudam o sentido da transição**
- Período onde se verifica **aumento da consciência** da mudança (ex. hospitalização, más notícias, agudização da doença, uma queda)
- Podem influenciar a velocidade do processo
- Que os enfermeiros sejam capazes de identificar os pontos e eventos críticos potencialmente associados a **mal-estar, aumento da vulnerabilidade, crescente consciencialização** da mudança e diferença, **envolvimento mais ativo** ou procura de informação

Teoria de Transições

Condições de Transição

Pessoais

Comunitárias

- Condições que **facilitam ou inibem a transição**;
- A nossa ação profissional é no sentido de maximizar as condições facilitadoras e minimizar as condições dificultadoras;

Teoria de Transições

O medo e a negação da doença geram sentimentos de **nervosismo, tristeza e desespero** que dificultam o processo de transição.

A nova condição de saúde requer mudanças: **ajuste aos horários de tratamento, alteração da dieta alimentar, prática de exercício físico, gestão da medicação, cuidados com o cateter e vigilância de sinais e sintomas de complicações.**

A falta de conhecimento atua como dificultador no processo de transição.

Enfermeiros devem promover a adaptação a esta nova condição de vida.

AUTOCUIDADO

Teoria do Autocuidado

A pessoa em DP precisa de ser orientada e capacitada sobre:

- ◆ DOENÇA
- ◆ TRATAMENTO
- ◆ CUIDADOS COM O CATETER PERITONEAL E LOCAL DE INSERÇÃO
- ◆ MONITORIZAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DE POTENCIAIS COMPLICAÇÕES (EX LÍQUIDO DO PERITONEU, EDEMAS, O.S.
- ◆ MEDICAÇÃO
- ◆ BALANÇO HÍDRICO
- ◆ DIETA



Educação

TEORIA VARK



VISUAL



AUDITIVO



LEITOR/ESCRITOR



CINESTÉSICO



EDUCAÇÃO

Ensino deve ser adaptado com as necessidades individuais da pessoa

Rácio de 1:1, com disponibilidade, empatia e tempo

Preferencialmente sempre com o mesmo enfermeiro

Existência da checklist e questionário de avaliação

Reensino é uma oportunidade para prevenir complicações



ISPD RECOMENDA O REENSINO: ❖ 3 meses após o 1º ensino e posteriormente bianual

❖ Complicações como peritonite, infecção do o.s.

❖ Alteração da modalidade

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

Referências Bibliográficas:

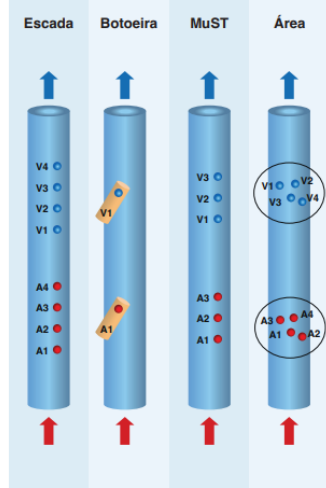
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2017). Tomada de decisão em Enfermagem no CHUC. Coimbra: Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- International Council of Nurses – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão beta 2. Lisboa. Associação Portuguesa Enfermeiros, 2002. ISBN 972-98149-5-3
- Leone, D. et al (2021). Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem – estudo método misto. Escola Anna Nery, 25(3), p 1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/ean/a/bhNNE3NKFRkdPrKLv3pMVD/?format=pdf&lang=pt>
- Li, P. et al. (2010). ISPD GUIDELINE/RECOMMENDATIONS, Recomendações Sobre As Infecções Relacionadas À Diálise Peritoneal: Atualização De 2010. Peritoneal Dialysis International, vol. 30, pp. 393–423. Acedido a 02 de janeiro de 2022. Disponível em: <http://ispd.org/wp-content/uploads/PERITONEAL-DIALYSIS-RELATED-INFECTIONS-RECOMMENDATIONS-2010-UPDATE-portuguese.pdf>;
- Li, PK-T, Szeto, CC; Piraino, B; Arteaga, J; Figueiredo, A; Fish, D; Goffin, E; Kim, Y-L; Salzer, W; Strujik, DG; Teitelbaum, I & Johnson, D. (2016). ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. Peritoneal Dialysis International. Vol.36, no 5.p.481:508. Acedido a 02 de janeiro de 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033625/pdf/pdi_36_5_005.pdf;
- Madeiro, A. et al (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crónica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem. 23(4):546-51. Acedido a 12 de Janeiro de 2020. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v23/n4/v23n4a17.pdf>;
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company;
- Rieman, A., Casal MC, eds. Peritoneal Dialysis: A Guide to Clinical Practice. EDTNA/ERCA; 2019
- Russo, R. et al. (2006). Patient re-training in peritoneal dialysis: Why and when it is needed. Kidney International, 70, s127-s132. Acedido a 02 de janeiro de 2022. Disponível em: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)51844-9/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)51844-9/fulltext);
- Moutinho, A. et al. (2017). Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02 de janeiro de 2022. Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_dialise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf;

Apêndice III – Folheto com o tema “A minha fístula arteriovenosa”

FÍSTULA

É uma ligação construída cirurgicamente, entre uma artéria e uma veia, permitindo que o sangue de alto fluxo da artéria flua para a veia, aumentando o seu diâmetro.

TÉCNICAS DE COLOCAÇÃO DE AGULHAS



A técnica em área deve ser evitada por risco acrescido de deformações da veia e perda da fístula. Deve conjuntamente com o seu enfermeiro definir qual a sua técnica de canulação.



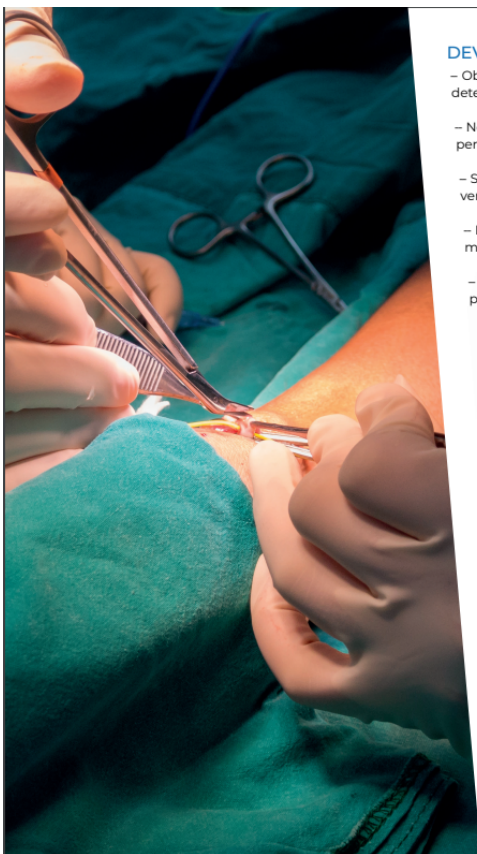
CONTACTE A SUA UNIDADE DE HEMODIÁLISE, SE SENTIR:

- Ausência de frémito / vibração na fístula
- Dor, rubor e inchaço no braço da fístula
- Dedos da mão frios ou dolorosos



A MINHA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Serviço de Nefrologia
Unidade de Hemodiálise
Consulta de Enfermagem de Acessos Vasculares



DEVE:

- Observar diariamente a sua fístula, para detetar vermelhidão ou inchaço.
- No dia do tratamento deve usar roupas que permitam ver o braço até ao ombro.
- Sentir a sua fístula duas vezes por dia, para verificar a vibração.
- Lavar diariamente e sempre antes do tratamento o braço da fístula com água e sabão.
- Proteger o braço da fístula de cortes, pancadas ou arranhões.

NÃO DEVE:

- Usar roupas, pulseiras ou relógios apertados no braço da fístula.
- Avaliar a tensão arterial no braço da fístula.
- Colher sangue no braço da fístula.
- Carregar pesos.
- Dormir sobre o braço da fístula.
- Tossir ou espirrar na direção da fístula.
- Entrar em locais com temperaturas extremas (ex: saunas ou câmaras frigoríficas).



ATENÇÃO, SE OCORRER:

Sangramento no domicílio ou no transporte deve:

- Comprimir de imediato o local até que deixe de sangrar.
- Se o sangramento for superior a 30 minutos deve dirigir-se ao hospital.

Hematoma:

- Deve aplicar gelo só nas primeiras 24 horas.
- Colocar pomada.

Ida ao hospital:

- Informar que tem uma fístula.
- Se precisar um cateter para soro ou medicação, deve ser colocado no dorso da mão no membro que não tem a fístula.

