



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

**A Fragilidade na Pessoa
com Doença Renal Crónica em Hemodiálise**

Frailty in Patients with Chronic Kidney Disease on Hemodialysis

Mário Luis Alves Mateus



**Lisboa
2024**



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

**A Fragilidade na Pessoa
com Doença Renal Crónica em Hemodiálise**

Frailty in Patients with Chronic Kidney Disease on Hemodialysis

Mário Luis Alves Mateus

Orientadora: Professora Doutora Eunice Martins Henriques



**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Este relatório traduz um caminho de dedicação e trabalho constante. Só o apoio incondicional de várias pessoas tornou este percurso possível e enriquecedor, sobre os quais gostaria de deixar o meu sincero agradecimento.

A Deus, por tudo.

Aos meus pais, pela inspiração e suporte constante. Longe ou perto, nunca se afastam.

À minha família, pelo apoio nesta caminhada. Sem vocês este percurso seria muito mais solitário e difícil. São a minha base e a razão pela qual a vida tem mais cor. Há luz aqui!

À Professora Doutora Eunice Henriques, por todo o suporte ao longo deste percurso académico, pelas formalidades e informalidades e pela parceria, que por si só, já foi uma grande aprendizagem pessoal. Obrigado pelo seu exemplo e pela sua visão sobre a Enfermagem.

À Professora Helga Rafael, por todo o suporte na construção da Revisão Integrativa da Literatura e nos desafios que me foi colocando ao longo do curso.

À Sra. Enfermeira Especialista Tatiana Silva por todo o conhecimento, disponibilidade e apoio durante o estágio realizado.

Ao colega de curso Ismael Costa, por toda a parceria neste percurso académico.

Aos amigos Alexandre Rocha, Maria Coelho e Maria Trindade, por todas as nossas conversas e pela amizade que nos une.

Aos clientes Renais Crónicos que se cruzam no meu caminho profissional. São uma verdadeira fonte de inspiração e resiliência, mesmo em momentos em que a sua Fragilidade não permitia, ensinaram-me sempre muito.

Muito obrigado a todos.

Resumo

O envelhecimento sociodemográfico traduz-se numa população cada vez mais idosa e que convive com Doenças Crónicas. A Doença Renal Crónica tem na Hemodiálise uma possibilidade de tratamento que não permite ao cliente a cura, mas prolonga o seu tempo de vida. Associado a este facto, a Fragilidade é uma síndrome multidimensional que predispõe a pessoa a efeitos adversos à sua saúde, sendo um problema comum nos clientes com doença renal crónica em Hemodiálise, com um impacto considerável na sua qualidade de vida.

Tendo como ponto de partida esta problemática, desenvolveu-se um projeto de estágio em três contextos distintos – uma unidade hospitalar e duas unidades de hemodiálise, assente no objetivo de adquirir competências como enfermeiro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Como metodologia, optou-se pela metodologia de trabalho de projeto. As principais teorias orientadoras dos cuidados prestados foram a Teoria das Transições (Meleis, et al., 2000) e o Modelo Integral da Fragilidade (Gobbens et al., 2010). Este percurso foi também guiado pelo modelo de aquisição de competências de Dreyfus (Benner, 2001).

Como resultados das atividades realizadas salientam-se a aquisição de conhecimentos sobre a fragilidade na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise, a aplicação dos modelos teóricos à prática clínica, a capacitação dos profissionais e a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre os indicadores de fragilidade nesta população.

As conclusões deste projeto revelam a intervenção do enfermeiro especialista como elemento diferenciador e fundamental na prestação de cuidados especializados na prevenção, diagnóstico e tratamento da Fragilidade na pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre.

Palavras-chave: Fragilidade, Doença Renal Crónica, Hemodiálise, Cuidados de Enfermagem

Abstract

Sociodemographic ageing is leading to an increasingly elderly population living with chronic diseases. Hemodialysis is a treatment for chronic kidney disease that doesn't cure the patient but increases his lifetime. Frailty is a multidimensional syndrome that leads to adverse effects on patients' health. This is a common problem in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and has a considerable impact on their quality of life.

With this problem as a starting point, an internship project was developed in three different contexts - a hospital unit and two hemodialysis units, based on the objective of acquiring skills as a master's degree nurse and specialist in Medical-Surgical Nursing in Nursing for Patients in Chronic Diseases. The methodology chosen was the project work. The main theories guiding the care provided were the Transitions Theory (Meleis, et al., 2000) and the Integral Conceptual Model of Frailty (Gobbens et al., 2010). This path was also guided by the Dreyfus Model of skills acquisition (Benner, 2001).

The results of the activities carried out include the acquisition of knowledge about frailty in people with chronic kidney disease on hemodialysis, the application of theoretical models to clinical practice, and the training of healthcare professionals. An Integrative Literature Review was also carried out on frailty indicators in this population.

The conclusions of this project reveal the fundamental role of the specialist nurse as a differentiating element in the provision of specialized care in the prevention, diagnosis, and treatment of frailty in people with chronic kidney disease on hemodialysis, making a significant contribution to the development of specialized and master nurse skills.

Key-words: Frailty, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Nursing Care

Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

AV- Acesso Vascular

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC- Catéter Venoso Central

DGS- Direção Geral da Saúde

DP- Diálise Peritoneal

DRC- Doença Renal Crónica

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

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FAV- Fístula Arteriovenosa

FOCUS - *Frailty Management Optimisation*

GOBP- O Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise

HD- Hemodiálise

HDF - Hemodiafiltração Online

KDOQI - *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

KDIGO - *Kidney Disease Improving Global Outcomes*

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

NKF - *National Kidney Foundation*

OE - Ordem dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TMC - Tratamento Médico Conservador

TR - Transplante

TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal

USRDS - *United States Renal Data System*

Índice

Introdução	8
1. Quadro de Referência	11
1.1 A pessoa com Doença Renal Crónica	11
1.2 A pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise.....	14
1.3 A Fragilidade na pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise	17
1.4 Modelos conceituais	20
2. Metodologia	24
2.1 Diagnóstico da Situação.....	25
2.2 Objetivos	26
2.2 Planeamento	26
3. Percorso de desenvolvimento de competências	27
3.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica.	28
3.1.1 Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.	29
3.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica.	38
3.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	38
3.2.2 Domínio da Melhoria contínua da qualidade	40
3.2.3 Domínio da gestão dos cuidados	42
3.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
4. Considerações finais	48
Referências Bibliográficas	51

Apêndices

Apêndice I – Análise SWOT

Apêndice II – Objetivos e Atividades de estágio

Apêndice III – Folheto para Promoção do Exercício Físico

Apêndice IV – Formação em Serviço: “A Fragilidade no doente renal crónico em Hemodiálise”

Apêndice V – Avaliação pré e pós sessão de formação

Apêndice VI – Tratamento dos dados do questionário aplicado à equipa multidisciplinar

Apêndice VII- Diagrama para prevenção da saída acidental da agulha

Apêndice VIII- Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice IX- Ensaio Reflexivo sobre a participação num evento científico

Anexos

Anexo I – Estádios da Doença Renal Crónica

Anexo II – Manifestações Clínica e Laboratoriais da Doença Renal Crónica

Anexo III – Modelo de Kooman

Anexo IV – Teoria de Transição de Meleis

Anexo V – Modelo Integral de Fragilidade de Gobbens

Anexo VI – Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)

Anexo VII- Formações realizadas durante os estágios

Introdução

Globalmente tem-se assistido a um envelhecimento gradual da população devido ao aumento da esperança média de vida e aos avanços da tecnologia e da ciência. Neste contexto, é perentório afirmar que os serviços de saúde têm de lidar com cenários epidemiológicos francamente marcados pelo envelhecimento populacional, onde predominam as doenças crónicas. Tudo isto poderá levar a novos paradigmas na definição de estratégias, com o objetivo de melhorar não só a saúde das populações, como também a prestação de cuidados e a utilização eficaz de recursos.

Considerando o exposto, a Fragilidade é um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade, com impacto significativo na vida das pessoas com doenças crónicas. Marcucci et al., (2019) definem a Fragilidade como uma síndrome multidimensional, que envolve uma complexa teia de fatores biopsicossociais que interagem de forma dinâmica e sinérgica. Os mesmos têm impacto significativo no declínio da capacidade de resistência a *stressores* internos e externos, exponenciando os efeitos deletérios em vários sistemas fisiológicos, com diminuição da reserva homeostática e conseqüentemente maior vulnerabilidade.

Apesar da Fragilidade ter sido estudada de forma ampla na população em geral, existe pouca informação sobre o seu impacto na população em hemodiálise (Lee & Son, 2021). Segundo a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* – KDIGO (2013), a doença renal é definida como uma anormalidade na estrutura ou função dos rins que tem impacto na saúde da pessoa, podendo ocorrer repentinamente ou tornar-se crónica.

O conceito de Doença Renal Crónica (DRC) evoluiu no reconhecimento da repercussão das anomalias estruturais e funcionais renais na saúde da pessoa, e a utilidade do conceito tem sido reconhecida pelo seu impacto a nível individual e na elaboração de planos de cuidados (KDIGO, 2013). O estágio 5 da DRC representa a fase final da doença, exigindo uma técnica de substituição da função renal (TSFR) para compensar a função perdida (KDIGO, 2013). As TSFR da DRC em estágio 5 são, segundo a Direção Geral da Saúde – DGS: “a) a transplantação renal (TR); b) a hemodiálise (HD) crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins; c) a diálise peritoneal (DP) crónica; d) o tratamento médico conservador (TMC)” (DGS, 2012, p.1).

A hemodiálise é o tratamento mais comum para a DRC. Segundo Himmelfarb & Ikzler (2019), tem como objetivo reduzir o excesso de volume e corrigir as anomalias metabólicas como a acidose metabólica, a hipercaliémia, a hiperfosfatémia, o hiperparatiroidismo, secundário à anemia e à hipertensão arterial.

Com o crescimento da população idosa em hemodiálise, com maior número de comorbilidades, maior restrição na atividade funcional e mortalidade acentuada, é necessário adequar a prestação de cuidados às necessidades dos mesmos. Neste sentido, é importante considerar alguns elementos epidemiológicos que traduzem o aumento da prevalência da fragilidade em clientes em hemodiálise. O estudo de Wilhelm-Lee et al. (2009) identifica o aumento da fragilidade nos estádios mais avançados da DRC e, o estudo mais recente de Gong, W. et al. (2022), referem que aproximadamente três quartos dos clientes em programa de Hemodiálise são frágeis.

Segundo Fortin (1999), para realizar investigação deve iniciar-se por delimitar um campo de interesse. Sendo a prestação de cuidados a clientes em programa regular de Hemodiálise a área onde desenvolvi o meu percurso profissional, o contacto com esta tipologia de clientes permitiu-me indagar sobre a sua Fragilidade, sustentando a necessidade de compreender e refletir sobre a intervenção crucial que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEMCPSC) podem desempenhar na abordagem desta problemática.

Partindo do exposto, foi desenhado um projeto de estágio que permitisse desenvolver a temática da Fragilidade na Pessoa com DRC em HD, procurando investigar e aprofundar a compreensão do impacto desse fenómeno na pessoa em programa regular de hemodiálise. Para tal, foi também fundamental sustentar este percurso em modelos conceptuais orientadores da prática de cuidados, nomeadamente o modelo Integral da Fragilidade (Gobbens et al., 2010), que remete para a multidimensionalidade do fenómeno, o seu aspeto dinâmico, bem como a sua capacidade de prever resultados adversos; e a Teoria de Transição de Afaf Meleis (Meleis, 2010) que se centra nas respostas humanas aos processos de vida, de saúde e doença.

Este relatório, integrado na Unidade Curricular (UC) de “Estágio com Relatório” do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCEPSC), tem como objetivo apresentar o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências, adquiridos ao longo dos estágios

realizados em contexto de internamento e unidades de hemodiálise, através do relato e da reflexão crítica do caminho desenvolvido. Acrescente-se que este percurso é norteado pelo modelo de *Dreyfus* apresentado por Benner (Benner, 2001), que visa o percurso evolutivo de iniciado a perito em enfermagem, através do desenvolvimento de atividades e da consecução dos objetivos, de acordo com os níveis de competência definidos por esta autora. Importa ainda referir o desenvolvimento de competências inerentes ao grau de Mestre (Decreto de Lei nº157 de 16 de junho de 2018. Diário da República.p.4162), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República. p. 14744-4750) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018. Diário da República. p. 19359-19370).

A realização deste relatório tem como base a metodologia de projeto, que segundo Ruivo et al., (2010), permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do mesmo, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas. Esta metodologia estrutura-se em cinco etapas, sendo a última a divulgação dos resultados. É importante considerar assim que “a elaboração de um relatório final de projeto constitui um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto” (Schiefer et al., 2006, p. 184).

Este relatório encontra-se organizado em quatro partes principais. A primeira pretende apresentar o quadro conceptual, que contextualiza a temática e os modelos teóricos de Enfermagem. A segunda aborda a metodologia utilizada, seguida de um terceiro capítulo que contempla a análise do percurso de aquisição de competências. Para concluir serão apresentadas as considerações finais acerca do percurso realizado. Acrescenta-se ainda a seção Apêndices e Anexos, que servem como um importante complemento, particularmente em relação ao Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura, aos esquemas representativos do quadro de referência e às atividades realizadas durante os estágios. A organização e formatação deste trabalho foi realizada de acordo com o Manual para Elaboração de Trabalhos Académicos e Referenciação – normas da *American Psychological Association* - APA (7ª edição), elaborado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. Quadro de Referência

A profissão de enfermagem é constantemente desafiada pela prossecução de uma prática assente na mais recente e melhor evidência científica. Com a evolução da sociedade e da própria profissão de Enfermagem, torna-se fundamental a procura pelo conhecimento científico e da sua evidência como forma de sustentar mudanças significativas no *core* da profissão de modo a promover uma melhoria permanente na prestação de cuidados.

Neste sentido, considera-se que a prática fundamentada na evidência é o procedimento através do qual os enfermeiros tomam decisões clínicas com base no conhecimento científico mais recente disponível, utilizando a sua experiência e as preferências do cliente, em conjunto com os recursos científicos disponíveis (Gomes, et al., 2012). O quadro de referência apresentado aborda os conceitos principais que serão desenvolvidos de modo a permitir uma melhor compreensão sobre a temática em estudo.

1.1 A pessoa com Doença Renal Crónica

As doenças por insuficiência de órgãos¹ manifestam-se pelo seu início gradual e contínuo, resultando num estado irreversível do órgão afetado (Ballentine, 2018). Normalmente, as pessoas que sofrem desta tipologia de doença, convivem com ela durante vários anos, manifestando flutuações no seu estado de saúde e experimentam, em última instância, uma deterioração geral ao longo do tempo. As doenças crónicas possuem características distintas, conforme delineado por Gómez-Batiste et al., (2011), nomeadamente a componente crónica que progride para um estágio terminal. Este é um prognóstico incerto que é difícil de definir: as respostas individualizadas aos tratamentos; as crises recorrentes que exacerbam o declínio progressivo; uma multiplicidade de sintomas devido às várias comorbilidades concomitantes e o impacto significativo na

¹ A DRC enquadra-se nesta tipologia de doenças, tendo em conta a sua instalação lenta e progressiva que culmina com a perda da função renal.

saúde física, nos aspetos emocionais, sociais e espirituais ao longo de todo o curso da doença.

O termo DRC abrange diferentes processos fisiopatológicos associados à função renal anormal e à diminuição progressiva da taxa de filtração glomerular (TFG) (*Fresenius Medical Care*, 2011).

A fisiopatologia desta doença caracteriza-se por dois grupos de mecanismos principais: 1) mecanismos específicos de etiologia subjacente, como alterações do desenvolvimento ou da integridade renal com origem genética, na deposição de imunocomplexos, inflamação, ou exposição a toxinas decorrentes de patologias dos túbulos e do interstício; 2) conjunto de mecanismos progressivos que envolvem hiperfiltração e hipertrofia dos nefrónios (Kasper et al., 2016).

Segundo a *United States Renal Data System* (USRDS) a DRC está fortemente ligada à Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial, Obesidade e Distúrbios Renais Primários, sendo mais prevalente em homens e indivíduos com idade superior a 60 anos (USRDS, 2017). Neste sentido, considera-se a DRC um *trigger* da doença cardiovascular, sendo esta a principal causa de morbilidade e mortalidade entre os clientes (Go et al., 2004). Em Portugal, Macário (2018) evidenciou que, do conjunto de fatores de risco para a DRC, a diabetes *mellitus* é a principal causa de doença renal nos clientes em diálise.

Tendo em conta o mecanismo da fisiopatologia associado à doença, em 2002 foi estabelecida internacionalmente uma definição de DRC pela *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KIDOPQI) da *National Kidney Foundation* (NKF), que após uma década de investigação e clínica prática, atualizou em 2012 essa mesma definição, com base na diretriz *Kidney Disease: Improving Global Outcomes - Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease* (KDIGO, 2013).

Sendo assim, em 2002, a NKF sugeriu uma classificação da DRC por estádios com base na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) vindo em 2012 a somar a albuminúria a esta classificação (KDIGO, 2013).

Com base na regra anterior, considera-se DRC qualquer desvio da estrutura ou função normal dos rins, que esteja presente por um período superior a três meses, com

repercussões para a saúde da pessoa. Como resultado, é caracterizada por um conjunto de sintomas que estão associados à perda gradual e irreversível da TFG, sendo recomendado que esta classificação seja baseada na causa, na categoria da TFG e na categoria da albuminúria. Nos parâmetros referidos, a DRC é categorizada em 5 estádios: 1, 2, 3a, 3b, 4 e 5, sendo o estágio 3 dividido em a e b para representar o aumento do risco cardiovascular. Por sua vez, a albuminúria obedece a três estádios, sendo que o primeiro representa os valores sem alterações significativas e o último a fase mais grave da doença. Com base na categoria de TFG e albuminúria é possível estabelecer critérios de prognóstico (Anexo I).

No estágio 5, com uma TFG <15 ml/min, indicativa de falência renal (ou doença renal crônica terminal), a sintomatologia pode ser intensa, associada a oligúria e a alterações bioquímicas acentuadas, existindo indicação imediata para TSFR (*Fresenius Medical Care*, 2011).

Conforme já foi referido, a progressão da DRC está associada a complicações expressas por um conjunto de manifestações clínicas e laboratoriais resultantes da acumulação, no organismo, de substâncias tóxicas, como as toxinas urémicas (Anexo II). A sua identificação e tratamento contribui para melhorar a qualidade de vida do cliente (Farinha, 2017).

É importante considerar que, para além de toda a sintomatologia decorrente da DRC Terminal, é necessário ter em conta a condição de Fragilidade da pessoa, sendo que ambos os fatores influenciam de forma negativa a qualidade de vida da mesma.

Um estudo transversal relatou uma diminuição de 7% na qualidade de vida dos clientes com DRC no estágio 5 em comparação ao estágio 1 (Park, et al., 2016). A perda de domínios como a mobilidade e o autocuidado foram todos referidos por clientes com DRC Terminal. Num outro estudo que incluiu vários serviços de Nefrologia, um dos grupos de amostra era composto por clientes em estágio 5, sendo que 31% desses clientes afirmaram ter problemas de mobilidade e 7% no autocuidado, além de que 45% referem dor e 27% ansiedade (Krishnan et al., 2020).

O estágio 5 da DRC representa a fase final da doença, exigindo uma técnica de substituição da função renal para compensar a função renal perdida. A mesma pode ser

assegurada pela diálise – peritoneal e hemodiálise – ou pelo transplante renal (KDIGO, 2013).

De acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em 1999 o número de clientes incidentes em técnica dialítica foi de 1941, em 2009 cerca de 2529 e no ano de 2018 foram registados 2607 clientes, representando um aumento de 23,2% e de 3%, respetivamente. Já no que se refere à prevalência, no ano de 2019 existiam, em Portugal, um total de 20640 clientes com DRC no estágio 5 a realizar tratamento substitutivo da função renal (hemodiálise, diálise peritoneal ou com transplante renal) (Galvão, 2020). A Hemodiálise é a TSFR mais utilizada.

1.2 A pessoa com Doença com Doença Renal Crónica em Hemodiálise

A pessoa com DRC em HD traduz, de forma muito específica, a população de clientes sobre as quais o percurso, traduzido neste relatório se foca. De acordo com a Norma n.º 017/2011 (Direção Geral da Saúde - DGS, 2012), a HD faz parte das opções de técnica de substituição da função renal. Esta norma determina que cada hospital com serviço de Nefrologia tenha uma consulta que esclareça o cliente sobre as várias opções de tratamento, sendo normalmente chamada de “Consulta de Esclarecimento”. Em Portugal no ano de 2021, segundo Galvão et al., (2021), a percentagem de novos clientes que optaram pela HD em relação a outras TSFR foi de cerca de 85,8%.

A HD é o termo utilizado para se referir à remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável, o dialisador (Thomas, 2005). O princípio fundamental para a HD é a diálise. Segundo Himmelfarb & Ikzler (2019), a diálise consiste na passagem por difusão de moléculas em solução através de uma membrana semipermeável. Daugirdas (2007) acrescenta ainda que, ao processo de depuração do sangue por difusão, pode ser acrescentada uma força extra ao dialisador, provocando uma diferença de pressão entre os compartimentos, resultando na passagem de líquido do sangue para o compartimento do dialisante, designado de Ultrafiltração. Com a remoção de líquidos do sangue por ultrafiltração, são também arrastadas e eliminadas algumas moléculas, designando-se este processo de Convecção. A junção do tratamento

por Difusão e Convenção é designada de Hemodiafiltração (HDF), sendo considerado o tratamento de eleição em clientes em programa de HD.

O objetivo primordial das sessões de HD² é reduzir o excesso de volume e corrigir as anormalidades metabólicas decorrentes da doença como a acidose metabólica, a hipercaliémia, a hiperfosfatémia, o hiperparatiroidismo secundário, a anemia e a HTA (Himmelfarb & Ikizler, 2019).

Para que este processo possa ocorrer, é necessário um sistema terapêutico (designado máquina de diálise) e um circuito extracorporeal, que permita que o sangue flua do acesso vascular do cliente para o dialisador, onde se realizam as trocas, e que posteriormente, possa ser novamente enviado para o cliente. O dialisador é composto por dois compartimentos separados, sendo que um dos compartimentos permite o fluxo de sangue e outro o fluxo de dialisante. Solutos de baixo peso molecular difundem-se do compartimento do sangue para o dialisante e em simultâneo, o processo contrário, em que os solutos como o bicarbonato atravessam a membrana em direção ao compartimento sanguíneo (Himmelfarb & Ikizler, 2019).

Importa referir que o dialisante é uma solução fisiológica com uma constituição semelhante ao soro fisiológico (*Fresenius Medical Care*, 2011). A HD não substitui, integralmente o rim, nomeadamente na produção de eritropoietina ou na regulação mineral óssea, sendo necessário recorrer a terapêutica adjuvante (Bodin, 2017).

Para a realização de HD é fundamental um acesso vascular (AV) com capacidade de fazer chegar ao dialisador um fluxo de sangue apropriado. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2016), o principal objetivo de um AV é manter um fluxo de sangue constante para que se possa efetuar um tratamento o mais eficaz possível. Um AV que seja de fácil construção, prático de utilizar, durável, livre de complicações e resistente à infeção é o maior desafio que se propõe aos profissionais de saúde.

Os AV's subdividem-se em fistulas arteriovenosas (FAV), excertos arteriovenosos, e cateteres venosos centrais (CVC) (Daugirdas, 2007). Neste sentido, o mesmo autor

² Por norma, a HD tem uma duração média de doze horas semanais, divididas em três sessões de quatro horas (Galvão et al., 2019), distribuídas por três dias ao longo da semana. Habitualmente o cliente realiza a sessão de HD em dias considerados "pares" (Segundas, Quartas e Sextas) ou "ímpares" (Terças, Quintas e Sábados), podendo mediante situações específicas, e após avaliação clínica, realizar uma quarta sessão extra.

reforça que a fístula é considerada o acesso vascular de eleição, uma vez que apresenta uma maior taxa de sobrevida e menores eventos de complicações, enquanto o enxerto frequentemente desenvolve hiperplasia da íntima e conseqüente trombose. O CVC é considerado o acesso de fim de linha e está diretamente relacionado com maiores taxas de mortalidade, sendo, no entanto, o único que permite a realização de tratamentos em contextos emergentes e de intervenção imediata, nomeadamente em situações em que o cliente não tem outro AV (Daugirdas, 2007).

Em Portugal em 2021, dos 12878 clientes em hemodiálise (HD), 5444 situavam-se na faixa etária dos 65 aos 80 anos (Galvão et al., 2021). Parece relevante afirmar que a prevalência de clientes em HD está muito relacionada com o avançar da idade e com a disfunção renal.

Com o aumento significativo da população idosa em hemodiálise, associado a um maior número de comorbilidades, com maior restrição na atividade funcional e com índices de mortalidade considerável, é necessário adequar a prestação de cuidados às necessidades desta população (Johansem et al., 2007).

Acrescente-se ainda que, as complicações intradialíticas mais frequentes são a hipotensão arterial, as cefaleias, as náuseas, vômitos, câibras, hematomas e pequenas perdas sanguíneas, que podem ocorrer nos locais de punção (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Deve-se considerar que o cliente com DRC em Hemodiálise convive com uma doença progressiva, de elevada carga sintomática, altamente limitante e cujo tratamento tem também um impacto significativo na qualidade de vida e no sentimento de bem-estar da pessoa. A todo este enquadramento acresce ainda a forte associação a um declínio funcional, agregado a vários indicadores que culminam numa condição de Fragilidade. Gesualdo et al., (2016) afirmam que uma pessoa com DRC terminal em Hemodiálise tem uma probabilidade acrescida de desenvolver Fragilidade.

A pesquisa da Fragilidade nesta população e contexto é ainda reduzido, no entanto alguns estudos são concordantes ao afirmar que os clientes que realizam hemodiálise têm Fragilidade e esta pode ter impacto na qualidade de vida da pessoa (Mansur, et al. 2014).

1.3 A Fragilidade na pessoa com Doença Renal Crônica em Hemodiálise

A Fragilidade é atualmente, um dos maiores desafios de saúde pública com consequências significativas na vida das pessoas com doença crônica (Araújo, et al., 2022).

Conforme foi dito anteriormente, a Hemodiálise não só permite o alívio de alguns sintomas, como também prolonga a vida das pessoas com DRC. Em contrapartida, exige também uma adaptação a um novo estilo de vida, marcada por uma tipologia de clientes com idade avançada e com outras comorbidades concomitantes, tornando o tema da Fragilidade na pessoa com DRC em HD um assunto que urge conhecer, de modo a permitir intervenções de enfermagem especializadas, tanto na prevenção, como na atuação nesta população.

A Fragilidade como conceito tem sido estudada pela comunidade científica, de modo a se conseguir estabelecer uma definição abrangente que possa ser aplicável à pesquisa, ao ensino e à prática clínica. O objetivo tem sido identificar o seu mecanismo etiológico e determinar a relação entre a exposição a eventos adversos à saúde e as suas consequências diretas ou indiretas para a população. Neste sentido, existem vários teóricos que procuraram estabelecer uma definição de Fragilidade através de vários modelos explicativos, dos quais Duarte (2015) distingue três principais: o Biomédico (a), o Dinâmico (b) e o Integral (c):

a) O Fenótipo de Fragilidade de Fried é um modelo fisiológico composto por cinco critérios, cuja base fisiopatológica é a sarcopenia e a anorexia relacionadas com os processos de envelhecimento. Para definir este fenótipo utilizando este modelo, é necessário ter três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fraqueza, exaustão, lentidão e baixo nível de atividade. Desta forma, podem ser estabelecidos três estádios de Fragilidade: “Frágil” (quando três ou mais destes critérios estão presentes), “Pré-frágil” (quando um ou dois critérios estão presentes), e “Robusto” (na ausência de qualquer critério) (Fried et al., 2001).

b) O Modelo Dinâmico de Rockwood define a Fragilidade como resultado de fatores biológicos, psicológicos e sociais. De acordo com este modelo, a definição da Fragilidade é proporcional ao número de défices acumulados, decorrentes do

envelhecimento. Os mesmos autores propuseram o “Índice de Fragilidade”, que classifica os idosos em diversas categorias com base no seu estado funcional, sendo elas: robustez; bom estado geral; bom estado geral no tratamento de comorbilidades; vulnerabilidade visível; fragilidade leve; fragilidade moderada e fragilidade grave (Rockwood et al., 2007).

c) O modelo Integral de Fragilidade de Gobbens propõe uma definição integral da Fragilidade que tem como premissa uma visão holística da pessoa (Gobbens. et al., 2010). Por se tratar do modelo concetual que serve de base orientadora ao projeto e consequentemente ao relatório, será desenvolvido mais pormenorizadamente num outro capítulo subsequente.

Os modelos de fragilidade apresentados anteriormente envolvem múltiplos fatores de risco externos e internos relacionados com o indivíduo e demonstram que a condição de Fragilidade retrata um estado de vulnerabilidade que predispõe a pessoa a resultados adversos para a sua saúde.

A relação entre DRC e Fragilidade ainda não é completamente conhecida. Contudo, tem-se verificado a associação da Fragilidade com alterações nutricionais, sarcopenia e inflamação nos clientes com DRC em Hemodiálise, sugerindo uma patogénese comum entre a síndrome e a DRC (Kooman et al., 2017).

Os primeiros autores a estudarem a Fragilidade na DRC foram Shilipak et al., (2004), tendo observado uma maior prevalência em clientes com DRC (cerca de 15%) do que aqueles sem a doença. Mais tarde, num estudo realizado a clientes em programa de HD, identificou-se que, com o início da terapia dialítica, observou-se uma redução do *status* funcional o que leva ao aumento da Fragilidade nesta população (Lam e Jassal 2015). Schopmeyer et al., (2019) num estudo longitudinal identificaram que 23,7% dos clientes em diálise são frágeis, nomeadamente clientes com valores de Hemoglobina e Creatinina sérica baixos.

A explicação para estes resultados, identificados nos estudos referidos anteriormente, é exposta por Kooman et al., (2017) que refere, segundo o seu modelo representativo (Anexo III), que as alterações nutricionais resultantes das restrições na ingestão de proteínas na dieta e anorexia (Kim et al., 2013), relacionadas com o declínio da massa magra e sarcopenia bem como à presença de marcadores inflamatórios

(Marcelli et al., 2015), promovem uma diminuição da eficiência energética. É importante ainda referir as conclusões encontradas por Johansen et al., (2007) e Wilhem-Leen et al., (2009) que identificaram prevalência de Fragilidade também em clientes em HD não idosos, justificada pela presença de marcadores inflamatórios, depressão e hipovitaminose D.

No Modelo Integral de Gobbens (2010), verifica-se, além de indicadores físicos - como a idade (superior a 65 anos), sexo (feminino) e raça (negra) - outros indicadores mais amplos, associados à Fragilidade na pessoa com DRC em HD. De forma resumida, uma vez que este assunto foi alvo de Revisão Integrativa da Literatura, são também indicadores de Fragilidade a baixa escolaridade e os baixos rendimentos (Oliveira et al., 2021); a carência de suporte social; depressão e ansiedade (Gong et al., 2022). Salienta-se também outros indicadores específicos, decorrentes dos tratamentos de hemodiálise tais como o valor de depuração de ureia expresso pelo Kt/V^3 ; o tipo de acesso vascular; ganho intradialítico e vários parâmetros laboratoriais como a albumina e a creatinina (Noori et al., 2019).

Considerando o que acima está descrito, é importante referir o papel ativo do EEEMCPSC relativamente a esta problemática. O mesmo contribui para a construção de planos de cuidados individualizados ao longo dos vários processos de transição, decorrentes da trajetória da doença da pessoa, de forma holística e integral. Contribui também para a definição de políticas de saúde integrativas como resposta aos problemas de saúde das populações com DRC em programa de HD e com Fragilidade.

A *Frailty Management Optimisation* (FOCUS), desenvolveu recomendações para a prática clínica na prevenção da Fragilidade que estão divididas em gerais e específicas. As recomendações gerais remetem para a implementação de intervenções para prevenir e retardar o impacto da Fragilidade no envelhecimento. Por sua vez, as recomendações específicas centram-se na implementação de atividades que favoreçam o exercício físico, o treino cognitivo e a suplementação nutricional (Marcucci et al., 2019).

³ Indicador que avalia a qualidade do tratamento. É calculado dividindo o produto da depuração da ureia (K) e a duração do tratamento (tempo de diálise, t) pela taxa de filtração de certas toxinas (o volume de distribuição de ureia no doente, V) (Fresenius Medical Care, 2011)

Por seu turno, uma vez identificada Fragilidade no cliente, o enfermeiro, segundo Ribeiro et al., (2019), deve promover um cuidado humanizado, avaliativo e integral baseado na promoção da sua qualidade de vida. Llano et al., (2013) acrescentam que a ação dos Enfermeiros deve focar-se em diversas intervenções, nomeadamente: a) identificação do risco de Fragilidade; b) a implementação de medidas de saúde para promover a alimentação saudável, o exercício físico, a estimulação cognitiva e a interação social; c) o desenvolvimento de planos de cuidados que promovam a sua autonomia e independência funcional; d) o aconselhamento sobre a utilização adequada de recursos e apoio aos cuidadores.

Além dos modelos conceituais orientadores na prestação de cuidados de Enfermagem, deve ser considerada a existência, em Portugal, de um modelo de gestão integrada da doença crónica⁴. O mesmo assume-se como uma política de melhoria da prestação de cuidados de saúde aos clientes renais crónicos e que desenvolve iniciativas multidisciplinares de coordenação de cuidados; cooperação entre setores; estratificação do risco da população e melhoria dos processos de interação e comunicação entre clientes e prestadores. Desta forma se garante que aos grupos-alvo sejam oferecidos cuidados custo-eficientes e de elevada qualidade (Zubin, et al. 2011).

Para atingir estes objetivos, os enfermeiros são uma parte fundamental não só na avaliação e no acompanhamento integral da pessoa com Fragilidade e com DRC em HD, mas também nas várias transições ao longo da sua trajetória de vida.

1.4 Modelos conceituais

As teorias de enfermagem assumem-se como um importante fio condutor da prática profissional. Estas influenciam a tomada de decisão e estimulam o pensamento crítico (Tomey e Alligood, 2004). No decorrer do que acima está descrito, é fundamental estabelecer alicerces teóricos que sustentem não só a ação do Enfermeiro Especialista e Mestre, como também o seu olhar crítico sobre as vivências e aprendizagens. Neste sentido, estabeleceu-se como princípio orientador para o percurso desenvolvido a Teoria

⁴ Segundo Coelho (2014), em Portugal, a “Gestão Integrada da Doença” tem como principal objetivo a promoção de uma ação concertada de diferentes prestadores de cuidados de saúde, através da mobilização de recursos adequados que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar global dos clientes.

da Transição de Afaf Meleis e o Modelo de Gobbens. Este último, não sendo exclusivo da Enfermagem é um importante norteador do cuidado integral ao cliente.

a) Teoria da Transição de Afaf Meleis (Ver anexo IV):

Em 1986, Chick e Meleis introduziram a noção de transição⁵ como o processo de passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro, acompanhado por um determinado nível de auto redefinição.

A Teoria das Transições centra-se nas mudanças no estado de saúde de um indivíduo durante a transição de um estado ou condição para outro, distintamente diferente do anterior, com a possibilidade de ser positivo ou negativo (Meleis, 2012). Importa ainda referir que esta teoria é sustentada por quatro pilares fundamentais, que incluem as características da transição (como tipo, padrão e propriedade); as circunstâncias que envolvem a transição (se facilitam ou dificultam o processo, considerando o indivíduo, a comunidade e a sociedade); as respostas observadas durante a transição (incluindo indicadores de processo e resultado) e as intervenções de enfermagem (Chick & Meleis, 1986). O processo de transição é contínuo e pode envolver vários tipos de mudanças, podendo ocorrer várias transições simultaneamente (Meleis, et al., 2010).

No que diz respeito a todo o enquadramento que já foi feito referente à Fragilidade na Pessoa com DRC, é possível afirmar que a hemodiálise exige do cliente o confronto com um novo mundo de máquinas, técnicas, consultas e exames, dos quais este depende. Toda esta realidade impõe um determinado grau de dependência, condicionalismo e restrições que obrigarão a uma transição que surge devido às suas novas necessidades de saúde (Araújo, 2013). Os processos de transição da pessoa com DRC não se limitam apenas às mudanças físicas e biológicas como a perda da função renal. O recurso à HD provoca nos clientes perdas no campo físico, social e emocional, obrigando o cliente a uma rotina restrita e limitada. As sessões de HD, as restrições hídricas e alimentares, as consultas médicas, a realização de exames, a diminuição de atividades de rotina assim

⁵ Segundo Messias (2004) as transições entram no domínio da Enfermagem quando se relacionam com a saúde ou doença, ou quando as respostas da transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde.

como as ocupacionais, e a necessidade de um suporte social são mudanças que transformam a vida do cliente (Frazão et al., 2014).

A trajetória da Fragilidade cruza-se com a trajetória da doença por insuficiência de órgãos (Duarte, et al., 2018). É necessário assim considerar a natureza multidimensional e contínua da Fragilidade, nomeadamente as várias transições que os clientes experimentam ao longo dos anos, com períodos de oscilações na sua condição de saúde. Deste modo, a Teoria das transições promove um olhar integral na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com fragilidade uma vez que, segundo Meleis et al., (2010), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. A prestação de cuidados ao cliente em HD deve considerar assim os vários processos de transição que este está a vivenciar ao longo da sua trajetória de Fragilidade.

Delgado (1997) identifica a existência de um vínculo único e significativo entre os indivíduos com DRC que realizam HD e a equipa de profissionais de saúde. A natureza complexa e rigorosa da hemodiálise sublinha a necessidade de uma equipa proficiente, que possua um alto nível de conhecimento técnico, científico e humano. Os Enfermeiros são peças chave nesta dinâmica tornando-se assim fundamental, segundo Abreu (2008), o desenvolvimento de competências por parte dos mesmos, que visem apoiar os clientes a vivenciar processos de transição, através de intervenções ajustadas às suas necessidades.

b) Modelo Integral de Fragilidade de Gobbens (Anexo V)

À semelhança da Teoria das Transições de Afaf Meleis, que considera a pessoa de forma holística, em 2010, Gobbens⁶ apresentou uma definição concetual abrangente de Fragilidade que leva em consideração os desafios físicos, psicológicos e sociais enfrentados pelos idosos. Esta abordagem rejeita a perspetiva limitada de ver a Fragilidade como uma questão unidimensional e, em vez disso, adota uma visão holística do indivíduo. O conceito subjacente está construído em torno de duas premissas fundamentais: o princípio inicial, que afirma que a fragilidade possui uma natureza

⁶ Gobbens contou com a contribuição de 17 especialistas na área de fragilidade, vindos dos EUA, Canadá e Holanda. Esses especialistas representavam diversas disciplinas incluído Enfermagem. Os especialistas Tilburg nos Países Baixos para abordar a definição conceptual de Fragilidade (Gobbens, et al., 2010).

multidimensional; e o princípio subsequente, que enfatiza a sua natureza contínua ao longo do tempo.

A Fragilidade é assim definida por este modelo como um estado de pré-incapacidade caracterizada pelo declínio do funcionamento físico, psicológico e social. É influenciada por vários fatores, como as determinantes do curso de vida, doenças e diminuição da reserva fisiológica. Esta condição aumenta o risco de resultados negativos, incluindo incapacidade, utilização de cuidados de saúde e até morte.

O que diferencia esta conceptualização é a sua abordagem abrangente ao indivíduo, reconhecendo que a Fragilidade pode resultar não apenas de doenças, mas também de acontecimentos da vida (como a perda de um cônjuge) ou de fatores ambientais (como a mudança de residência). Estes fatores externos podem ter impacto direto no estado de Fragilidade de uma pessoa e podem também contribuir para o desenvolvimento de doenças que aumentam ainda mais a vulnerabilidade de um indivíduo (Coelho et al., 2015).

A implementação do modelo exigiu a identificação de vários componentes, incluindo nutrição, mobilidade, atividade física, força, resistência, equilíbrio, cognição, funções sensoriais, humor, *coping*, relações sociais e suporte social (Gobbens, et al., 2010). Esses componentes serviram de base para o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação de fragilidade, conhecida como *“Tilburg Frail Indicator”* (TFI). Este instrumento é composto por duas seções distintas: a primeira, denominada *“A”*, que abrange vários fatores que influenciam a trajetória de vida de uma pessoa, incluindo condições socioeconómicas, nível de escolaridade e variáveis sociodemográficas como idade, sexo, estado civil e etnia. A segunda, designada por *“B”*, centra-se exclusivamente na fragilidade e baseia-se em oito componentes do domínio físico, quatro componentes do domínio psicológico e três componentes do domínio social.

Coelho et al. (2015) adaptaram culturalmente e validaram a escala em Portugal (Anexo VI).

2. Metodologia

Perante a problemática em estudo, optou-se por recorrer à metodologia de projeto de Ruivo et al., (2010). Segundo os autores, esta permite estruturar o caminho, desenhando uma estratégia centrada na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências. Esta encontra-se organizada em cinco etapas, nomeadamente: 1) diagnóstico da situação; 2) definição de objetivos; 3) planeamento; 4) execução e avaliação; 5) divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010). A par, este percurso foi sustentado também por Benner (2001), que desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de *Dreyfus* onde foi introduzido o conceito de “*expert*” (perito⁷). Esta autora desenvolveu a sua teoria sob a premissa de que no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática (*know-how*) nos oferece, ligando a prática à teoria sem descurar o comportamento ético.

Neste capítulo serão apresentadas as primeiras três etapas, permitindo conhecer o fio condutor que levou à execução e avaliação do caminho de aquisição de competências, para posterior divulgação através deste relatório. Pretende-se assim estabelecer uma estrutura metodológica que permita atingir o nível de Perito estabelecido por Benner (2001) sabendo que o enfermeiro especialista é aquele que detém:

(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1).

Deste modo, a estrutura metodológica deve englobar:

a) As **competências comuns do Enfermeiro Especialista** que assentam em quatro domínios gerais, sendo eles: 1) responsabilidade profissional, ética e legal; 2) a melhoria contínua da qualidade; 3) a gestão de cuidados; 4) aprendizagem profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República. 2019);

⁷ Segundo o Modelo de Aquisição de Competências, neste estágio, o perito suporta a sua ação a partir da sua experiência e da compreensão intuitiva das situações. O seu desempenho é altamente fluido, complexo e eficaz (Benner, 201).

b) As **competências específicas do EEMCPSC** que dizem que este: “1) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e 2) Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018. Diário da República. 2018).

c) As competências preconizadas no Decreto de Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1ª série – nº 157 de 16 de agosto de 2018, que tutelam que o **Grau de Mestre** é atribuído àqueles que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto de Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

2.1 Diagnóstico da Situação

A primeira etapa da metodologia de projeto visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre um problema identificado (Ruivo et al., 2010). A temática da Fragilidade na Pessoa com DRC em HD surge no contexto da prática clínica tendo como base a experiência profissional desenvolvida essencialmente na prestação de cuidados ao cliente hemodialisado. Importa referir que a evidência científica comprova esta necessidade, reforçando que a prevalência de fragilidade é maior em clientes com doença renal crónica (15%) do que nas pessoas sem DRC (Fried, et al., 2004). Para análise do problema realizou-se uma análise SWOT⁸ (Apêndice I) como instrumento de diagnóstico permitindo uma confrontação dos aspetos positivos e negativos.

⁸ A Análise SWOT é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para o diagnóstico estratégico. O termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras *Strengths* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) (Zhukova, N. 2022).

2.2 Objetivos

Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico (Ruivo et al., 2010). Como tal, os objetivos gerais delineados para este percurso são: a) Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica nos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva; b) Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva. Os objetivos específicos para cada uns dos objetivos gerais encontram-se no Apêndice II, assim como a descrição das respetivas atividades.

2.2 Planeamento

No planeamento é elaborado um plano detalhado e são definidas as estratégias, as atividades e os recursos necessários (Ruivo et al. 2010). Para suportar o projeto foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, que teve como ponto de partida a questão de investigação: Quais os indicadores de fragilidade das pessoas com DRC em programa de hemodiálise? Além disso, importa ainda acrescentar:

a) As considerações éticas: O projeto sobre o qual este percurso foi realizado assenta em princípios estabelecidos pelo Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009) que promove a prestação de cuidados baseada em princípios éticos e deontológicos subjacentes à profissão.

b) Os locais de implementação do projeto: Optou-se por selecionar três contextos de cuidados de saúde: uma unidade Hospitalar e duas unidades de Hemodiálise. A justificação desta escolha prende-se com o facto de se tratar de contextos cuja tipologia de clientes é marcadamente idosa, com Fragilidade (potencial ou identificada) e, para além disso, as respostas dos cuidados de saúde serem potencialmente integrais e por isso favoráveis ao desenvolvimento de competências como enfermeiro mestre e especialista.

3. Percurso de desenvolvimento de competências

Após o desenvolvimento do projeto, onde foi estruturado o percurso para os diferentes contextos clínicos, e tendo por base a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos ao longo do curso de mestrado, deu-se início aos estágios com o intuito de desenvolver e adquirir competências de mestre, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

O processo de aquisição de competências é complexo, implica uma compreensão profunda do percurso delineado, das experiências vividas e dos conhecimentos que se adquiriram. Teixeira (2010) afirma que o desenvolvimento de competências resulta da aquisição de conhecimentos prévios (saber) e da realização de determinadas ações (fazer) em contextos específicos. Segundo Oliveira et al. (2015) a competência em enfermagem define-se “como níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores” (p.78).

Este capítulo encontra-se assim dividido em duas partes de forma a permitir uma visão transversal do percurso desenvolvido.

Primeiramente, serão descritas e analisadas as atividades realizadas que permitiram dar resposta aos objetivos específicos do projeto de estágio e ao desenvolvimento das competências **específicas** de EEEMCPSC. São elas:

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho de 2018, Diário da República, p. 4745).

Seguidamente serão descritas e analisadas as atividades realizadas que permitiram dar resposta aos objetivos específicos do projeto de estágio e ao desenvolvimento das competências **comuns** de Enfermeiro Especialista, que são:

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, Diário da República, 2019, p. 4745).

Importa referir que à medida que forem mencionadas as competências específicas de EEMCPSC, será sempre feito um paralelismo com as competências de Mestre (Decreto de Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1ª série – nº 157 de 16 de agosto de 2018).

3.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica.

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica podem ser promovidos em vários contextos, desde o meio hospitalar até aos meios comunitários, como as unidades de hemodiálise. O Regulamento nº 429-2018 de 16 de julho, 2018 acrescenta ainda, sobre os cuidados especializados à pessoa com doença crónica, que:

(...) incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica (...) Regulamento nº429-2018, 2018, p. 19368

O enfermeiro especialista e mestre contribui significativamente para a intervenção especializada a clientes com DRC, sendo capaz de gerir situações com relativa segurança, promovendo uma ação baseada nas competências adquiridas e, em simultaneidade, reflete e mobiliza conhecimentos para solucionar os potenciais problemas (Oliveira et al., 2015). Benner (2001) enfatiza esta ideia quando refere que o enfermeiro especialista se torna uma referência no seio da sua equipa pela sua intuição e atuação rápida com capacidade de prever e antecipar situações.

Os vários estágios, seja em contexto hospitalar ou em unidades de hemodiálise, assumiram-se como fontes importantes de desenvolvimento de competências, possibilitando a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crónica. Gomez et al., (2011) referem que esses mesmos cuidados protegem, promovem e otimizam a saúde e o bem-estar das pessoas com doença crónica, prevenindo e tratando a doença, sem descurar o alívio do sofrimento do cliente, da família e da comunidade.

3.1.1 Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

No contexto do desenvolvimento desta competência foi estabelecido um objetivo geral 1, que se divide em três objetivos específicos. A sua consecução implicou a elaboração de várias atividades, as quais, à luz dos respetivos critérios de avaliação, permitiram o desenvolvimento das competências específicas.

Foi delineado o objetivo específico 1 que corresponde a Participar na dinâmica do serviço hospitalar/unidade de hemodiálise.

O desenvolvimento deste objetivo foi um aspeto muito positivo na realização dos estágios. Conhecer a realidade de outros serviços, tanto em contexto hospitalar como nas unidades de hemodiálise, permitiu uma confrontação com a prática atual pré-adquirida. Aliando esta experiência ao *know-how* anterior, foi possível criar pontes de crescimento para o futuro. Este aspeto remete para o processo de socialização e integração, que se assumem como fundamentais na aquisição de competências especializadas. Para Lagartinho (1998), o indivíduo, ao estar pela primeira vez num novo ambiente de trabalho, sente um misto de ansiedade e receio pela novidade do ambiente, do trabalho e dos colegas, o que pode dificultar a sua adaptação e colaboração. Um dos objetivos principais de todo o processo de integração é, segundo Loureiro et al., (2002), estimular a eficiência dos novos profissionais, contribuindo para uma melhor prática dos cuidados de enfermagem.

No decorrer do processo de integração pude identificar que em ambos os locais, não existe um procedimento ou protocolo de rotina em que a avaliação da Fragilidade é realizada. Este facto corrobora com Pereira Pinto et al., (2021), que referem que a determinação da fragilidade é reduzida em contexto nacional, embora, quando avaliada, verifica-se elevada prevalência tanto em contexto hospitalar como comunitário. Considero que a minha passagem por ambos os locais de estágio foi um fator catalisador para a sensibilização da importância da determinação da Fragilidade, de forma a se conseguir estabelecer intervenções de enfermagem cada vez mais dirigidas e

personalizadas. Em ambos os contextos foi recomendada a utilização do *Tillburg Frail Indicator* (Gobbens et al., 2010), como ferramenta preferencial de avaliação da Fragilidade. A mesma foi sugerida, junto das repetitivas chefias, como parte do processo de admissão do cliente, permitindo um status “0” aquando da sua entrada no serviço ou na unidade de hemodiálise.

É de referir que, no acompanhamento dos diversos elementos da equipa de enfermagem, especificamente das enfermeiras orientadoras (que em ambos os contextos eram também as Enfermeiras Chefes), foi possível ter várias experiências ao nível das atividades decorrentes deste objetivo. São exemplo: o contacto com a dinâmica do funcionamento organizacional das respetivas instituições; o levantamento dos diagnósticos mais comuns (contexto hospitalar) e das etiologias mais frequentes da DRC (contexto das unidades de hemodiálise); possibilidade de transmitir e sensibilizar a equipa de enfermagem, de forma mais próxima e personalizada, para a problemática da pessoa com DRC em HD com Fragilidade efetiva ou potencial. A abordagem adotada teve como foco a necessidade de uma estratégia integral, que corresponda às necessidades dos clientes, aproveitando recursos já existentes e que devam convergir numa estratégia conjunta. Olhemos a estes dois exemplos:

a) No contexto hospitalar, a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros especialistas; médico; terapeutas ocupacionais com competência em Neuroestimulação; fisioterapeutas e, nutricionistas que, de forma agregadora seriam uma resposta efetiva e integral para os clientes com Fragilidade;

b) No contexto das unidades de hemodiálise, a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros especialistas, médicos nefrologistas, nutricionista, farmacêutico e assistente social. Têm também um programa de exercício físico intradiálitico e diversas ferramentas de avaliação de sintomatologia pré/intra/pós diálise, bem como identificação de risco de quedas.

Além de todos os *inputs* já referidos anteriormente, destaca-se também: a) consulta do manual de integração dos serviços; b) consulta de normas e procedimentos protocolados; c) interação com a equipa PPCIRA; d) contacto com informação sobre o procedimento da lavagem das mãos, bem como outros procedimentos inerentes ao

controle de infecção; e) participação nas consultas multidisciplinares de decisão clínica; f) operacionalização dos vários sistemas de informação específicos de cada local.

Este objetivo enquadra-se também nas competências de mestre na medida em que este deve “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares” (Decreto de Lei nº157 de 16 de agosto de 2018. Diário da República. 2018. p. 4162). Considerando o papel ativo que foi desenvolvido ao longo do tempo em ambos os estágios, tendo em conta este objetivo específico e as atividades a1, a2, a3, a4 e a5; considero que a sua consecução contribuiu para atingir as competências específicas de enfermeiro especialista e mestre.

Foi delineado o objetivo específico 2, que corresponde a realizar intervenções especializadas à pessoa em situação crónica nos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva.

Com vista ao objetivo que se pretende atingir, é importante reforçar que cuidar da pessoa com uma doença crónica é um processo ativo que requer não só o reconhecimento precoce da trajetória de doença do cliente, mas também a avaliação das suas necessidades de forma a se conseguir atempadamente planejar os cuidados que lhe serão prestados (Ballentine, 2018). No contexto dos estágios e observando a tipologia de clientes marcadamente idosa e com multicormobilidade, a problemática da Fragilidade tem uma pertinência ainda mais relevante. Importa neste sentido reforçar que, embora o envelhecimento não seja equivalente a doença, a evidência demonstra que o avançar da idade provoca alterações estruturais e funcionais, em que muitas vezes essas variações podem ser amplificadas pelos estilos de vida adotados ou pela ocorrência de um evento crítico que interfere com a homeostasia do cliente (Duarte et al., 2018). Os cuidados de enfermagem devem assim considerar os padrões de resposta de cada pessoa, que segundo Meleis et al., (2000), são reveladores do nível de conhecimento das pessoas face aos desafios e contextos trazidos pelos eventos causadores de uma transição.

É importante por isso mencionar que a maioria dos clientes que estavam internados em contexto hospitalar ou a realizar tratamento nas unidades de hemodiálise

eram na sua generalidade idosos. Na perspetiva da integralidade do modelo de Gobbens et al., (2010), devem ser realizadas intervenções especializadas de enfermagem, não esquecendo as alterações que ocorrem nas várias dimensões da pessoa como resultado de fatores influenciadores decorrentes do seu curso de vida (sendo exemplo o ambiente residencial, estado civil, suporte social, etc.). Schumacher e Meleis (1994), citados por Tomey & Alligood (2004), confirmam esta perspetiva quando referem que “as condições da transição são todas e quaisquer circunstâncias que influenciam o modo como a pessoa atravessa uma transição e que facilitam ou dificultam o progresso para atingir uma transição saudável” (p.42).

Assim, o envolvimento da família/pessoas significativas no plano de cuidados à pessoa com Fragilidade em HD tornou-se uma área de intervenção fundamental, extremamente relevante nas atividades que se pretendeu desenvolver.

No contexto de estágio pude observar ainda a existência de reuniões familiares, despoletadas pelo enfermeiro especialista de forma a incluir a família/pessoas significativas no plano de cuidados, agindo assim como elemento facilitador. Existiam teleconsultas realizadas por telefone, e também, quando a necessidade assim justificava, consultas presenciais. Steinwedel (2014) acrescenta que a doença é um evento familiar e, como tal, deve ser avaliada não só a saúde do cliente renal crónico, mas também o seu contexto, que inclui a família e outras pessoas significativas. Foi perceptível para a equipa multidisciplinar dos serviços onde realizei estágio que, a Fragilidade é uma condição que evolui no tempo e que, neste contexto específico representa uma problemática ainda mais desafiadora, exigindo à família/pessoas significativas uma adaptação dinâmica. A maioria das reuniões familiares tem o objetivo de elucidar a família sobre o cumprimento do plano terapêutico, especificamente no cumprimento do Regime Dietético e da terapêutica farmacológica. É também importante salientar que, na consulta de admissão, é sempre solicitado a presença de um familiar/pessoa significativa. Carreira & Marcon (2003) acrescentam que o cliente apresenta dificuldades que o impedem de assumir, de forma autónoma, os seus compromissos relacionados com o tratamento, sendo as maiores dificuldades a presença nas sessões de HD, o controlo do peso intradialíticos, o cumprimento das restrições dietéticas/hídricas e a toma da medicação.

Benner (2001) sobre o Enfermeiro Especialista acrescenta que este percebe a situação como um todo, em virtude das situações reais vivenciadas. Neste sentido, considera-se de extrema relevância a implementação de um modelo organizativo dos cuidados de enfermagem, que possam dar uma resposta especializada aos contextos de fragilidade decorrentes dos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD. Nos locais que tive oportunidade de realizar os estágios, a gestão dos cuidados ao cliente é feita a partir do modelo de Enfermeiro de Referência. Este modelo, segundo Santos et al., (2019), baseia-se na prestação de cuidados de enfermagem abrangentes, individualizados e contínuos, por um enfermeiro de referência que gere todas as necessidades de cuidados de um grupo de clientes.

Nas unidades de hemodiálise, o enfermeiro especialista lidera o conjunto de enfermeiros de referência, que são habitualmente enfermeiros com contrato com a instituição⁹. Este distribui um determinado número de clientes por enfermeiro, normalmente ficando afeto a um turno específico. Os registos do enfermeiro de referência são feitos através de um documento interno próprio, com indicadores específicos (entre eles: adesão à terapêutica farmacológica, cumprimentos das sessões, avaliação dos parâmetros de qualidade do tratamento – Kt/V, volume de sangue diálise - problemas sociais, etc.) e que são discutidos, primeiramente com a equipa de enfermagem e posteriormente com a equipa clínica mais alargada. Considera-se esta metodologia de prestação de cuidados de enfermagem uma mais-valia para as necessidades decorrentes de cenários de Fragilidade. Meleis et al., (2000) acrescentam que perante um processo de transição, existem elementos que, quando são bem aplicados, são facilitadores de uma transição saudável. Sendo assim, considera-se que esta metodologia, enquanto elemento facilitador de uma transição saudável, promove a visão holística da pessoa e o conhecimento das suas particularidades e transições ao longo da vida, através do contacto com um elemento de referência que, por sua vez, tem uma visão mais global (e integral) sobre o mesmo.

No decorrer da maximização dos processos terapêuticos, foi fundamental perceber a intervenção preponderante do enfermeiro especialista em três áreas chave

⁹ Nas unidades de hemodiálise é comum que as equipas de enfermagem sejam constituídas por enfermeiros contratados pela instituição e por um *pool* de enfermeiros prestadores de serviços.

da intervenção especializada à pessoa em situação crónica. Decorrente das atividades do estágio, pude observar e realizar intervenções que permitiram a promoção da autogestão, a educação terapêutica e o *empowerment*.

Perante este contexto, foram realizadas intervenções especializadas que responderam às necessidades do cliente, tendo como objetivo não só mudanças nos seus estilos de vida, mas também o envolvimento do cliente no plano de cuidados. Considero que as unidades de hemodiálise são contextos privilegiados nesse aspeto, uma vez que a realização do tratamento implica a disponibilidade do cliente durante um tempo considerável, podendo ser uma altura proveitosa de contacto com a equipa de enfermagem. Neste sentido, podem ser identificadas as necessidades do cliente e criadas oportunidades de capacitação para o desenvolvimento de ferramentas que permitam não só a gestão da própria doença enquanto patologia crónica, mas também o seu impacto no dia-a-dia. As intervenções foram delineadas de acordo com os diagnósticos identificados através da CIPE®. Os conhecimentos da história clínica do cliente, do seu contexto social e familiar, da avaliação diagnóstica, além de toda a base conceptual que sustenta este projeto e que permitiram realizar intervenções especializadas de enfermeiro especialista, tornaram possível a criação de planos de cuidados personalizados. São assim exemplo:

a) McCorkle et al., (2011) definem autogestão como as capacidades que a pessoa desenvolve para lidar com sintomas, tratamentos, consequências físicas e psicossociais e outras mudanças inerentes à vivência de doença. No contexto da Fragilidade na pessoa com DRC em HD, as intervenções especializadas centraram-se essencialmente em duas problemáticas: as relacionadas com o regime dietético e as relacionadas com o regime medicamentoso. Esta realidade foi identificada, juntamente com a Enfermeira Orientadora, como oportunidade de intervenção especializada. Em relação ao regime dietético, as intervenções ao cliente são dirigidas para a manutenção de um bom estado nutricional, para a prevenção da desnutrição e a ingestão adequada de proteínas e de líquidos. No que diz respeito ao regime medicamentoso, as intervenções baseavam-se em providenciar informação sobre a medicação prescrita e a importância do cumprimento da mesma, em especial na interpretação da folha de terapêutica que é entregue mensalmente aos clientes, assim como ampliar a informação à família e pessoas

significativas através do enfermeiro de referência. A *task force da Internacional Conference of Frailty and Sarcopenia Research* desenvolveu recomendações para a prática clínica da implementação e gestão da fragilidade, especialmente na pessoa idosa, e nela está incluída o cumprimento do regime dietético, a suplementação calórica/proteica e suplementação de Vitamina D (Araújo et al., 2022).

b) As sessões de Educação Terapêutica foram realizadas focando os principais problemas identificados pelos Enfermeiros de referência e que, posteriormente, foram discutidos com a Enfermeira Chefe, promovendo um cuidado centrado no cliente. Estas sessões são realizadas essencialmente durante os tratamentos de hemodiálise, de forma personalizada e sempre que necessário, recorrendo-se a elementos gráficos já pré-elaborados como folhetos, gráficos e outros esquemas. As principais medidas incluíram redução da ingestão de líquidos, redução de alimentos ricos em sódio, potássio e fósforo, bem como estratégias para o controlo da sede, controlo do peso diário e reconhecer os sinais e sintomas de alarme (como dispneia e edemas).

c) O *Empowerment* é o processo através do qual a pessoa adquire capacidades para controlar a sua saúde, identificando ferramentas e adquirindo conhecimentos sobre a mesma (Yu. et al., 2022). No contexto da Fragilidade, procurou-se realizar intervenções de enfermagem especializadas que permitissem a identificação de metas realistas e alcançáveis para a pessoa. Alguns exemplos de algumas dessas metas que foram trabalhadas com os clientes são: fazer uma caminhada diária de um determinado número de passos por dia; identificar substitutos do sal para a confeção de refeições hipossalinas englobando a família/pessoas significativas; saber pesar-se e interpretar sinais e sintomas de hiperhidratação, participar em atividades de grupo que contrariem o isolamento social.

Ainda nas atividades decorrentes deste objetivo, importa referir o contacto com o programa de exercício físico intradialítico, presente numa das unidades de hemodiálise que tive oportunidade de realizar o estágio. Este programa é realizado durante a sessão de hemodiálise, entre a primeira meia hora e a última hora e meia de tratamento e engloba treino aeróbio e treino de força muscular. A componente aeróbia realiza-se no ergómetro/pedaleira; o treino de força utiliza pesos/caneleiras para membros inferiores e bolas para treino de preensão manual. Para garantir a segurança, a duração e a

intensidade do treino, o mesmo é personalizado para cada cliente e a progressão é ajustada ao ritmo e à perceção de esforço.

Durante o contexto de estágio, pude também observar a intervenção do enfermeiro na condução deste programa, nas avaliações da condição física dos clientes (incluindo a sarcopenia através da preensão palmar recorrendo a um Dinamómetro), na formação ao cliente sobre o programa e na articulação com a equipa de nefrologistas. É de considerar que nos critérios de inclusão/exclusão previamente definidos não está incluído a avaliação da fragilidade. De qualquer modo, considero este programa uma mais-valia nas estratégias a adotar aos clientes com fragilidade efetiva ou potencial, corroborando com Duarte (2015) que refere que a promoção do exercício físico é uma importante medida interventiva para a pessoa com fragilidade. Nesse sentido, e a pedido da enfermeira orientadora, foi elaborado um folheto para os clientes (Apêndice III). Considerando o papel ativo que foi desenvolvido ao longo do tempo em ambos os estágios, tendo em conta este objetivo específico e as atividades b1, b2, b3, b4, b5, b6, b7; considero que a sua consecução contribuiu para atingir as competências específicas de enfermeiro especialista e mestre. Este objetivo enquadra-se também nas competências de mestre na medida em que este deve “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos” (Decreto de Lei nº157 de 16 de agosto de 2018, Diário da República, 2018, p. 4162).

Foi delineado o objetivo específico 3 que corresponde a Fomentar a partilha de evidência científica, com foco na melhoria dos cuidados.

Este objetivo reforça um dos papéis que Benner (2001) refere sobre o enfermeiro especialista, em que este se desenvolve no planeamento pedagógico, sendo que a sua ação se reflete na melhoria contínua, quer dos conhecimentos, quer das investigações. Nesse sentido, aceitando o desafio tanto da enfermeira orientadora do local de estágio como da professora orientadora, foi realizada uma sessão de formação à equipa multidisciplinar. O seu planeamento exigiu um trabalho prévio de definição de objetivos, a elaboração da apresentação em *Powerpoint*[®], o agendamento e divulgação.

A sessão de formação com o tema “A Fragilidade na pessoa com DRC em HD” (Apêndice IV) pretendeu corresponder à necessidade identificada pela enfermeira

orientadora, sobre subsídios conceituais e teórico-práticos, capacitando e sensibilizando os profissionais para a pertinência desta temática. Na perspectiva integral em que este projeto se desenvolve, optou-se por determinar que o público-alvo da formação seria a equipa multidisciplinar.

Esta sessão de formação ocorreu em três momentos distintos: uma fase preliminar onde foi feito, através de um questionário semiestruturado (Apêndice V), um levantamento sobre os conhecimentos da equipa acerca da temática da formação; uma segunda fase onde ocorreu a formação *per si*; e uma terceira fase, imediata à formação, onde se solicitou uma avaliação global da sessão e se avaliou se a mesma tinha contribuído para a aquisição de conhecimentos sobre a temática da fragilidade. Todos os participantes preencheram de forma autónoma e confidencial ambos os documentos, assegurando sempre o seu anonimato. A formação incidia sobre os modelos conceituais que servem de base a este relatório, além de ter sido apresentada as principais conclusões da RIL. Os 10 participantes classificaram a formação como globalmente excelente, tendo no final da sessão conseguido identificar indicadores de Fragilidade na pessoa com DRC em HD, e intervenções dirigidas à pessoa com DRC em HD com Fragilidade. Estes resultados foram reunidos com recurso ao Excel® e disponibilizados em Apêndice VI para consulta.

Além desta sessão de formação, foi ainda elaborado um estudo de caso que foi posteriormente apresentado aos outros colegas mestrandos. O mesmo referia-se a um cliente em programa regular de HD que beneficiou de um plano de cuidados personalizado e dirigido, sustentado na construção de um plano de intervenção terapêutico, individualizado e promotor da autogestão para um cliente com doença crónica.

Considerando o papel ativo que foi desenvolvido ao longo do tempo em ambos os estágios, tendo em conta este objetivo específico e as atividades c1, c2 e c3, considero que a sua consecução contribuiu para atingir as competências específicas de enfermeiro especialista e mestre. Este objetivo enquadra-se também nas competências de mestre na medida em que este deve ser “capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não

especialistas, de uma forma clara” (Decreto de Lei nº157 de 16 de agosto de 2018, Diário da República, 2018, p. 4162).

3.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Conforme já foi referido, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresenta quatro domínios, sendo eles os da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República).

3.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No presente domínio foi definido um objetivo específico, nomeadamente desenvolver uma prática responsável e profissional com base no respeito pelos direitos humanos, princípios, valores e normas éticas, deontológicas e legais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é referido que o Enfermeiro Especialista deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e da deontologia profissional e garantir que as práticas de cuidados respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, no que concerne à segurança, privacidade e dignidade da pessoa (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República).

Nesse sentido, importa referir que os clientes com DRC em HD, ao longo da sua trajetória de doença, apresentam elevadas necessidades de cuidados de saúde, o que origina frequentemente dilemas éticos na tomada de decisão relativas aos tratamentos e aos cuidados prestados. No contexto do estágio, pude observar a estratégia da equipa multidisciplinar na tomada de decisão. Observei igualmente a intervenção do Enfermeiro Especialista no que diz respeito à manifestação de vontade de um cliente com fragilidade efetiva e multicormobilidade em programa regular de HD, que juntamente com a sua família, verbaliza a decisão de suspender o tratamento de HD e alterar a modalidade de

tratamento para o TMC. Quando ocorre um problema ético, o Enfermeiro assume uma intervenção fundamental na sua resolução, remetendo para o seu dever profissional de agir, à procura de uma ação adequada para resolver esse mesmo problema, através de uma solução ética para a pessoa. Meleis et al., (2000) acrescentam que o enfermeiro na vivência dos processos transacionais precisa reconhecer os momentos de crise e identificar os recursos disponíveis, de forma a facilitar os processos de transição.

O Enfermeiro Especialista da unidade de Hemodiálise convocou assim uma reunião clínica¹⁰ com os vários elementos da equipa multidisciplinar para a tomada de decisão conjunta. Foram tidos em conta os seguintes aspetos: a) a norma da DGS, publicada em 2011 e atualizada em 2012, que prevê o tratamento conservador médico da DRC, quer como primeira opção, quer na suspensão da técnica de substituição renal, sempre que a situação clínica faça prever que o tratamento não contribuirá para o alívio da sintomatologia, para o prolongamento da vida e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida (DGS, 2012); b) as orientações KDIGO (2013) que reforçam que os cuidados coordenados de fim de vida, à pessoa e família podem passar por uma abordagem especializada conforme as necessidades identificadas; c) a opção pela modalidade de tratamento que deve ser expressa em consentimento informado e poderá ser alterada a qualquer momento. O consentimento informado é a manifestação do respeito pela pessoa enquanto ser humano, estando doente ou não, e pela sua autonomia e capacidade decisória (DGS, 2012).

A tomada de decisão perante esta situação respeitou os princípios éticos e deontológicos da profissão. É de evidenciar a intervenção do Enfermeiro Especialista como elemento essencial na condução da situação, reforçando o que Benner (2001) defende em relação ao perfil do enfermeiro perito, no domínio da assessoria em que este se assume como fundamental "(...) na análise e planeamento, de recolha e análise de informação, não se tratando apenas de decidir, mas de preparar propostas e cenários para os decisores (...) revelando habilidades na preparação e gestão da informação" (Ruivo, 2010, p. 6). Acrescente-se ainda que todas as atividades desenvolvidas foram baseadas no Código Deontológico do Enfermeiro tendo como base o respeito da

¹⁰ A Enfermagem tem-se constatado fundamental à comunicação com os outros membros da equipa multidisciplinar tendo em conta que o trabalho é desenvolvido entre profissionais de diferentes disciplinas da área da saúde (Moril, 2013).

dignidade humana, o princípio da autonomia, a preservação da privacidade e confidencialidade do cliente bem como da informação transmitida por este além do respeito pelas suas crenças e valores.

O experienciar esta situação foi significativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, concretamente para a consecução do objetivo geral 2, no objetivo específico 1 e na concretização das atividades a1 e a2 (Apêndice I), permitindo atingir esta competência.

3.2.2 Domínio da Melhoria contínua da qualidade

No presente domínio, foi elaborado o objetivo específico: elaborar estratégias e planos de intervenção no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, com ênfase na pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva.

No que diz respeito à melhoria contínua da qualidade, os Enfermeiros Especialistas devem assegurar uma intervenção dinamizadora no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas inerentes às instituições na área da governação clínica e no desenvolvimento de práticas de qualidade, ao gerir e colaborar em programas de melhoria contínua e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. 2019).

Neste sentido e trazendo a questão para o contexto onde este projeto se desenvolveu, importa referir que os enfermeiros que desempenham as suas funções em contexto de Hemodiálise enfrentam desafios únicos, associados ao contacto frequente, intenso e prolongado com clientes crónicos que necessitam de cuidados diferenciados e de grande complexidade (Hayes & Bonner, 2010). Além disso, os Enfermeiros têm ainda de lidar com técnicas de diálise complexas através do manuseamento dos monitores de Hemodiálise, com a implementação rigorosa de políticas e procedimentos de controlo de infeção e o aumento do número de clientes em programa regular de HD (Brokalaki et al., 2001). De referir ainda que o estudo de Kliger (2014) identifica particularidades específicas no contexto de Hemodiálise, tais como o facto de os clientes terem um cadeirão e monitor afeto ao seu tratamento, e que, após a sua conclusão, o mesmo tem de ser devidamente

higienizado para poder ser utilizado numa próxima vez. Este processo repete-se cerca de 3 a 4 vezes ao longo do dia. Os clientes habitualmente estão ao lado uns dos outros, em *open space*, assim como os enfermeiros que prestam os cuidados. A interação entre a equipa de diálise, os monitores e o ambiente são oportunidades para ocorrência de erros (Kliger, 2014).

Assim sendo, no decorrer do estágio pude presenciar a ocorrência de um evento com um grau de gravidade considerável e que levou a medidas interventivas e corretivas imediatas por parte do Enfermeiro Especialista. A saída acidental da agulha é um incidente com risco de vida mais frequente do que o desejável, com potenciais danos para o cliente. Num contexto de tratamento de hemodiálise, os clientes com um volume de sangue normal (4-5 litros) podem sofrer uma perda sanguínea fatal entre 2 e 5 minutos (Frinak et al., 2023).

Face à situação ocorrida, pude igualmente observar a intervenção fundamental do Enfermeiro Especialista, tal como mencionado por Benner (2001), que refere que este passa de uma posição de observador para um elemento ativamente envolvido. Neste contexto, foram propostos uma análise casuística e um plano de ação. Importa referir que a evidência científica sugere algumas medidas para prevenir esta problemática. Correia et al., (2021) sugerem que os clientes idosos apresentam flacidez da pele, o que promove o elevado risco da saída acidental da agulha durante a sessão de HD. As medidas preventivas dividem-se em: a) fixação correta das aletas da agulha com fita de boa aderência; b) observação das punções durante todo o procedimento de canulação; c) apoiar o membro do AV de forma confortável para o cliente; d) orientar o cliente para a necessidade de manter a visibilidade do AV e das conexões com as linhas durante a hemodiálise. Esta situação levou à criação de um diagrama (Apêndice VII) para apoio à equipa de Enfermagem, de forma a ser uma memória visual das principais medidas de segurança para evitar a saída acidental da agulha.

Outro aspeto a considerar é a complexidade dos cuidados de enfermagem ao cliente renal crónico. Nesse sentido, o Enfermeiro Especialista garante o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no plano de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, em vigor. Nos contextos de estágio em que tive oportunidade de participar, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de

Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tinham na sua constituição um Enfermeiro Especialista.

Assim, é determinante que o enfermeiro exerça a profissão com os adequados conhecimentos técnico-científicos, promovendo medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista assume uma intervenção fundamental no desenvolvimento e cumprimento de iniciativas estratégicas institucionais e na melhoria contínua da qualidade.

O desenvolvimento desta competência foi conseguido através da consecução das atividades b1 e b2 (Apêndice II), permitindo atingir o objetivo específico 2, não só mediante a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao cliente com fragilidade em HD, mas também na promoção do cumprimento das estratégias organizacionais que identificam riscos e fomentam a prevenção de danos que comprometam a segurança do cliente e dos profissionais.

3.2.3 Domínio da gestão dos cuidados

Para o desenvolvimento deste domínio foi delineado o terceiro objetivo específico: desenvolver competências de gestão de cuidados, adequando os recursos disponíveis e promovendo a otimização da qualidade dos cuidados.

No domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista deve gerir os cuidados de enfermagem e os recursos consoante as situações e contextos de forma a otimizar a resposta da equipa na garantia da qualidade dos cuidados, bem como adaptar a sua liderança de modo a otimizar a articulação da equipa de enfermagem com a restante equipa de saúde (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República).

Em ambos os contextos de estágio, a enfermeira orientadora e especialista era também a Enfermeira Chefe do serviço. Considero que este facto foi uma mais-valia em várias áreas, mas concretamente relevante no processo de concretização das atividades para este objetivo. Posto isto, importa dizer que um aspeto fundamental na gestão de cuidados é a organização dos recursos humanos em função da dinâmica do serviço e das necessidades dos clientes. O Guia Orientador de Boa Prática – Cuidados à Pessoa com

Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise (GOBP) (Ordem dos Enfermeiros, 2016), refere que “a realização da técnica de HD deve ser assegurada por uma dotação¹¹ mínima de dois enfermeiros qualificados, recomendando-se uma relação de quatro doentes/um enfermeiro, não devendo exceder a relação de cinco doentes para um enfermeiro” (p.19). Baseado no que está descrito, pude observar sempre o cumprimento desta norma, mesmo em dias cuja imprevisibilidade da dinâmica do serviço obrigava à mobilização de enfermeiros por diferentes salas. Outro aspeto relevante a considerar na gestão dos cuidados é a existência de um enfermeiro indicado como responsável para cada turno, cumprindo assim a recomendação do GOBP (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Ao longo do estágio, pude verificar que a este elemento cabe a responsabilidade da resolução das questões de natureza organizacional e assistencial, além da coordenação de várias atividades.

Considera-se ainda que, no contexto da gestão dos cuidados, é fundamental a existência de protocolos e *guidelines* orientadores da prática clínica. Estes documentos guiam os enfermeiros nas suas decisões e promovem uma prática segura. Segundo a DGS (2012), *Guidelines* são documentos que derivam da avaliação abrangente de informação baseada na evidência e que incluem recomendações aplicadas à prática clínica, de uma forma resumida e objetiva. Neste sentido, verifiquei a existência de *Guidelines* e Protocolos sobre: a) Higiene e controlo de Infecção – com indicações específicas acerca dos procedimentos de higienização, alocação de clientes com virologia positiva, tratamento de roupa clínica e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI’s); b) Bons cuidados de diálise – com informação sobre os cuidados de enfermagem pré/intra/pós diálise; c) Manual de acessos vasculares – onde constava a descrição dos processos de canulação, exame físico do acesso vascular e cuidados de enfermagem ao CVC; bem como outras normas internas relevantes, como por exemplo, referentes à atuação em caso de clientes com SARS- CoV-2.

Ainda no contexto do desenvolvimento desta competência, importa referir que, dentro dos padrões de qualidade para os clientes em programa de HD, está incluída a vacinação contra a Hepatite B. Vanholder & Dhondt (2005) justificam esta necessidade,

¹¹ A norma das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem (...) define o número mínimo de enfermeiros para as unidades de diálise (Ordem dos Enfermeiros, 2016. P.19).

uma vez que em décadas recentes, os clientes em HD apresentavam uma elevada prevalência de Hepatite B, uma vez que os clientes com ureia elevada constituem uma população de risco por apresentarem baixos índices de resposta à vacinação. Desde modo, são estabelecidos protocolos de articulação com os centros de saúde, através dos até agora denominados agrupamentos de centros de saúde (ACES), para o fornecimento de vacinas a serem administrados nos serviços de Hemodiálise. Esta articulação é feita pelo Enfermeiro-Chefe em todos os locais de estágio onde tive oportunidade de estagiar.

Importa ainda referir os registos de enfermagem no contexto da gestão dos cuidados. Estes, segundo Rocha et al., (2015), justificam e comprovam os cuidados que foram proporcionados aos clientes e são uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo um instrumento de trabalho essencial para a prática clínica de Enfermagem. Neste sentido, importa salientar que em ambos os contextos de estágio os registos são realizados em plataformas informatizadas, específicas de cada local, sendo que no estágio em contexto hospitalar obedeciam à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), e em contexto das unidades de hemodiálise, outro tipo de registos.

Esta situação foi significativa para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, concretamente para a consecução do objetivo geral 2, no objetivo específico 3 e na concretização das atividades c1, c2 e c3 (Apêndice I).

3.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento desta competência foi delineado o quarto objetivo específico, dentro do objetivo geral nº2: fomentar a partilha de evidência científica com foco na melhoria dos cuidados.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade através da consciência de si, a nível pessoal e profissional, e das respostas de adaptação que consegue gerar. Não obstante, deve também basear a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica, procurando simultaneamente atualizar os seus conhecimentos e

prática e ser facilitador dessa mesma aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. 2019. Diário da República).

A importância deste domínio é referida no GOBP:

Face ao contexto específico da intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas (...) recomenda-se que os serviços/unidades caminhem no sentido de que, pelo menos, 50% dos enfermeiros possuam competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica ou pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2016. p.14).

Esta realidade ainda não é efetiva nos vários locais de estágio, onde tive oportunidade de estagiar, verificando-se nas equipas de enfermagem cerca de 20% de enfermeiros especialistas (no contexto hospitalar), sendo que no contexto de unidade de hemodiálise (em clínica privada), a enfermeira orientadora era a única enfermeira especialista. Contudo, considero ser importante o cumprimento desta estratégia para se conseguir realizar cuidados de enfermagem cada vez mais especializados a esta tipologia de clientes.

O processo de autoconhecimento e assertividade foi algo contínuo que não se resumiu ao período de estágio. Os trabalhos académicos feitos ao longo do curso, numa fase pré-estágio, foram também importantes para a aquisição de conhecimento. No que diz respeito à experiência em estágio, destacam-se os momentos de reflexão com a enfermeira orientadora e os trabalhos académicos elaborados a pedido dos professores (especificamente reflexões, construção de planos de cuidados e análises críticas decorrentes da prestação de cuidados). Estes momentos foram elementos-chave para a promoção do autoconhecimento, corroborando com Benner (2001) que afirma que o Enfermeiro desenvolve um domínio técnico e prático através da relação entre a *praxis* e a *tecnê*.

Ainda citando a mesma autora, Benner (2001) menciona a intervenção fundamental do enfermeiro especialista nos saberes relacionados com o processo de investigação, sendo esta uma ferramenta que suporta a fundamentação da prestação de cuidados. Segundo Galvão et al., (2004), o propósito da prática baseada na evidência é promover a utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção na prática clínica. A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) insere-se neste contexto e tem como principal objetivo, de acordo com Trindade & Ramos

(2020), reunir e resumir toda a evidência científica disponível, sobre uma determinada temática, visando por sua vez a sistematização de conhecimentos.

A elaboração da RIL (Apêndice VII) foi uma das atividades mais complexas e desafiantes que tive oportunidade de realizar durante este projeto, tendo a mesma contribuído para o estudo da Fragilidade enquanto fenómeno multidimensional. É visível a necessidade cada vez maior da prática baseada na evidência científica para a atuação e prevenção de fenómenos decorrentes da doença crónica. Conforme referi anteriormente, a questão de partida da RIL foi: Quais os indicadores de fragilidade das pessoas com DRC em programa de hemodiálise?

A pergunta que norteia a pesquisa é um elemento de extrema relevância na revisão da literatura. Deste modo, a estratégia utilizada foi a PCC (P- características da população; C- Conceito; C- Contexto). A metodologia da pesquisa para a RIL ocorreu em três fases: 1) Fase preliminar, através do motor de busca *Google Scholar*, que permitiu o contacto com alguns conceitos base e alguma terminologia relevante; 2) Pesquisa, através da *EBSCO HOST* e nas bases de dados *CINAHL | MEDLINE* e *SCOPUS* | utilizando descritores previamente elaborados num somatório de termos de Linguagem natural/MeSH/CINAHL; 3) Fase final, em que a amostra de estudos foi inserida na plataforma *Rayyan*[®], permitindo eliminar duplicados e realizar filtros, levando à seleção dos estudos mais significativos, refletindo o conteúdo relevante e os critérios de inclusão/exclusão. A operacionalização seguiu o protocolo de pesquisa definido pela *Joanna Briggs Institute* (2021). A realização da RIL permitiu a aquisição de competências de investigação, no que toca ao desenvolvimento de conhecimentos sobre a identificação de indicadores de fragilidade na pessoa com DRC em HD, o que vai ao encontro da perspetiva integral de Gobbens (2010). As conclusões retiradas da RIL foram importantes para orientar e fundamentar as intervenções na prestação de cuidados à pessoa com fragilidade potencial ou efetiva, com DRC em HD.

Importa referir que no decorrer do estágio foram realizadas outras pesquisas, tais como revisões narrativas da literatura com o propósito de identificar subsídios que pudessem sustentar intervenções de enfermagem especializadas e reflexões críticas sobre a prática.

Outro aspeto importante, ainda inserido neste domínio, é o que refere o GOBP (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Segundo este documento, a formação contínua apresenta-se como fundamental para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, devendo o serviço ou unidade de hemodiálise assegurar este processo.

A formação em serviço desempenha assim uma vital importância como ferramenta de aprofundamento de conhecimentos e de desenvolvimento de competências. Nesse sentido, pude participar no estágio em contexto hospitalar em duas sessões de formação interna com os títulos “Estudo de caso do cliente diabético e com ferida complexa” e “Desenvolvimento de técnicas e ferramentas de comunicação em equipas na área da saúde”. A enfermeira orientadora desse estágio é uma das responsáveis da formação da instituição, sendo que pude participar na construção do programa trimestral da formação interna, permitindo observar o que Benner (2001) acrescenta sobre a intervenção do enfermeiro especialista na formação, em que a sua ação reverte para a melhoria contínua, quer dos conhecimentos, quer das intervenções.

O rápido e constante desenvolvimento verificado na área da saúde faz com que a atualização profissional dos enfermeiros seja uma necessidade cada vez mais evidente. Tendo esta premissa como base, tive oportunidade de participar nas seguintes ações de formação no decorrer dos estágios (Anexo VII): a) 2º *Multiplayer Event* do Projeto *InnovAid*, que decorreu no dia 15 de junho de 2023, na ESEL; b) Evento científico internacional - Encontro com Dra. *Jean Watson*, que decorreu no dia 27 de junho de 2023 na ESEL; c) Intervenção Paliativa na Doença Renal Crónica em Estádio Terminal pela *Fresenius Medical Care*; d) XXXVII Congresso da APEDT de 16 a 18 de novembro de 2023 no Porto; e) 51st EDTNA/ERCA Internacional Conference, que ocorreu entre 14 e 17 de Outubro de 2023 em *Vilnius*, Lituânia. Neste último, foi-me solicitado, pela professora orientadora, um ensaio reflexivo sobre a participação no congresso e a importância da conferência para o projeto. Ainda no mesmo contexto, saliento também a minha participação em duas aulas de duas diferentes Unidades Curriculares do II Curso de Mestrado, onde partilhei dois trabalhos realizados no âmbito do curso de Mestrado.

Ter esta experiência foi significativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, concretamente para a consecução do objetivo geral 2, no objetivo específico 4, e na concretização das atividades d1, d2 e c3 (Ver Apêndice I).

4. Considerações finais

A realização deste relatório corresponde à fase final da metodologia de projeto. Nele, consta todo o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica.

Este processo ocorreu de forma progressiva e gradual através de todas as experiências e atividades previamente definidas e culminou na passagem para o nível de Perito (Benner, 2001). Nesse sentido, é notória a evolução de um estado Proficiente para um nível mais elevado, em que o Enfermeiro Especialista se apresenta como um elemento diferenciador nas equipas de prestação de cuidados. Esses atributos diferenciadores a que me refiro materializam-se no âmbito dos seguintes domínios: científico, técnico e prático, prestação de cuidados, gestão, assessoria, investigação, formação e ensino.

Olhando de uma forma retrospectiva para o percurso desenvolvido, considero que todas as experiências foram pertinentes, diversificadas e dirigidas para o desenvolvimento de competências.

A Fragilidade na pessoa com DRC em HD foi o tema central que representou a base para o desenvolvimento deste percurso.

As teorias conceituais que suportaram a prestação de cuidados foram também um fator diferenciador para a construção de competências.

Sendo a Fragilidade um fenómeno multidimensional, a perspetiva de Meleis (2012) considera que os cuidados especializados de Enfermagem devem ver a pessoa de forma holística, ao longo da sua trajetória de vida e nas várias transições que vão ocorrendo. Estas transições são resultado de eventos críticos e de mudanças que ocorrem, tanto na pessoa como no ambiente que a rodeia.

Considerando especificamente a Fragilidade e os processos de transição consequentes, importa referir que na trajetória da doença crónica existem condições facilitadoras e inibidoras, que de acordo com esta autora e os seus colaboradores,

permitem adequar estratégias para ultrapassar os fatores negativos e enfatizar aqueles que são os favoráveis.

Esta perspectiva relaciona-se com o Modelo Conceptual de Gobbens et al., (2010). Neste modelo, mantém-se a perspectiva da pessoa como um todo, nas suas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Acresce ainda a importância de considerar que alguns determinantes do curso de vida (idade, educação, sexo, estilo de vida, fatores físicos e biológicos) têm um impacto no declínio da reserva fisiológica, levando à Fragilidade física (declínio na força, resistência, nutrição); Fragilidade psicológica (declínio da cognição, humor e *coping*) e Fragilidade social (declínio nas relações sociais e de suporte). Este mesmo declínio, tendo o avançar da idade como métrica comum, pode originar *outcomes* adversos para a pessoa com DRC em HD. Além da própria doença, os tratamentos de hemodiálise implicam várias mudanças no dia a dia, nomeadamente a obrigatoriedade da realização de um tratamento extremamente restritivo e com impacto na qualidade de vida.

Meleis et al., (2000) e Gobbens et al., (2010) promovem uma visão integral dos cuidados especializados ao cliente, numa perspectiva holística do cuidar, razão pela qual sustentaram todo este projeto.

A realização da RIL contribuiu de forma significativa para este projeto, uma vez que nela se desenvolveram capacidades de investigação e de aquisição de conhecimentos atuais e rigorosos. Nesse sentido foi possível concluir que a identificação e a compreensão dos indicadores de Fragilidade na pessoa com DRC em HD remetem para uma perspectiva conceptual da Fragilidade, enquanto fenómeno multidimensional. Isto, por sua vez, permite ao EEEMCPSC e Mestre uma intervenção fundamental em áreas como a definição de políticas de saúde, a elaboração de parâmetros de qualidade e a participação em planos de cuidados dirigidos às pessoas, com especial foco na atuação e prevenção.

Como limitações para o desenvolvimento deste projeto identificam-se quatro aspetos: 1) Existe pouca evidência que suporta uma intervenção dirigida à problemática da Fragilidade, não só dos cuidados de enfermagem, como dos próprios sistemas de saúde em geral. Esta questão tem ainda mais pertinência devido à escassez de evidência

sobre o impacto na pessoa com DRC em HD; 2) A maioria dos estudos realizados privilegiam uma perspectiva biológica e física da fragilidade, com a utilização do Fenótipo de Fragilidade de Fried (Fried et al., 2001) como instrumento preferencial. Embora de fácil utilização, este modelo não permite uma visão integral e holística do cliente, não se conseguindo identificar o impacto que vários determinantes do curso de vida têm na pessoa; 3) Em ambos os locais de estágio, não estava protocolada uma avaliação da fragilidade; 4) or questões institucionais, não foi possível a aplicação do *Tillburg Frailty Index* na determinação da Fragilidade em nenhum dos contextos de estágio. Creio que se tal fosse possível teria sido uma mais-valia considerável para este projeto, permitindo tirar conclusões de extrema relevância.

Sabendo da realidade do sistema de saúde português, que apresenta inúmeras lacunas ao nível da fragmentação dos cuidados e da organização de serviços, este projeto pretendeu reforçar a necessidade de uma estratégia dirigida, personalizada e integral à pessoa com Fragilidade e com DRC em programa regular de HD, considerando a sua trajetória de vida e as inúmeras transições que dela advêm. Em alguns países europeus esta estratégia já se encontra implementada, como refere Araújo, et al., (2022) sobre o Serviço Nacional de Saúde inglês, que em 2017/2018 já incluía a identificação da Fragilidade como um requisito para aceder a cuidados de saúde.

Considero, portanto, que o EEEMCPSC é um elemento diferenciador e fundamental para a prestação de cuidados à pessoa com Fragilidade. Este, mediante a sua área de atuação, está numa posição privilegiada para o desenvolvimento de programas de intervenção especializados que vão ao encontro, não só de medidas de prevenção, como também de diagnóstico e de tratamento. Salienta-se o importante papel na capacitação e sensibilização das equipas de enfermagem (e de saúde em geral) para esta temática, dado a sua relevância.

Em jeito de conclusão, importa referir que a consecução de todos os objetivos gerais, objetivos específicos e da realização das respetivas atividades permitiram a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas e de mestre de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na pessoa em situação crónica.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. (2008). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. (Formasau, Ed.).
- Araújo, A., Nóbrega, M., & Garcia, T. (2013). Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE, 47(2), 385–392.
- Araújo, F.; Campos, C.; Lumini, M.; Nogueira, N. (2022) A fragilidade no contexto da saúde. Autocuidado: um foco central da enfermagem. Escola superior de enfermagem do porto
- Ballentine, J. M. (2018). *The Five Trajectories: Supporting Patients During Serious Illness*. CSU Shiley Institute for Palliative Care.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto
- Bodin, S. M. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing* (3ª ed.). New Jersey: American Nephrology Nurses Association
- Brokalaki, H., Matziou, J., Thanou, J., Ziropiannis, P., Dafni, U., & Papadatou, D. (2001). Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA ERCA Journal*, 27(4), 81-6. doi: 10.1111/j.1755-6686. 2001.tb00174.x
- Carreira, L. Marcon, s.; (2003) Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000600018&lng=pt&nrm=iso
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transition: a nursing concern. *School of Nursing Departmental Papers*, pp. 237-257.
- Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatr Gerontol Int*, 15(8), 951-960. doi:10.1111/ggi.12373

- Correia, B. R.; Ramos, V.P.; Carvalho, D.M.A.; Silva, D.L.T.O. (2021) Utilização do exame físico na avaliação da funcionalidade das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. R. pesq.: cuid. fundam. online. v. 13 p. 177-184. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8131>.
- Daugirdas, T. (2007). Manual de Diálise, 6.^a ed, Rio de Janeiro: Medsi
- Decreto de Lei nº 157/2018. (2018). Diário da República. Presidência de Conselho de Ministros. In: Diário da República nº 157/2018, Série I de 16-08-2018, páginas 4147-4182
- Delgado, L. (1997). Manual de Hemodiálise. Edição da Clínica de Doenças Renais. Lisboa.
- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. In Norma da Direção-Geral da Saúde n.o 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012).
- Direção Geral da Saúde. (2012). Norma da direção geral da saúde N° 017/2011 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. [online]. Disponível em: <file:///C:/Users/sara.pinto/Downloads/i018065.pdf>. Consultado em 10.12.2022.
- Duarte, Y.A., Nunes, D.P., Andrade, F.B., Corona, L.P., Brito, T.R., Santos, J.L., Lebrão, M.L. (2018). Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. Rev. Brasileira de Epidemiologia, 21(Suppl 2), 1-16. DOI: 10.1590/1980-549720180021.supl.2
- Duarte. M. (2015). Fragilidade em Idosos – Modelos, medidas e implicações práticas. Lisboa: Coisas de Ler.
- Farinha, A. (2017). Symptom control in End Stage Renal Disease. Portuguese Journal on Nephrology & Hypertension, 31(3), 192–199
- Frazão, C.M.F.Q. et al (2014) Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.15, n.4.
- Fresenius Medical Care. (2011). Manual de hemodiálise para enfermeiros. Coimbra. Almedina.

- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56 (3), 146–157.
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. (2004). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56 (3), 146–157
- Frinak, S., Kennedy, J., Zasuwa, G., Passalacqua, K. D., & Yee, J. (2023). Detection of Hemodialysis Venous Needle Dislodgment Using Venous Access Pressure Measurements: A Simulation Study. *Kidney360*, 4(4), e476-e485.
- Greenberg, K. I., & Choi, M. J. (2021). Hemodialysis emergencies: core curriculum 2021. *American Journal of Kidney Diseases*, 77(5), 796-809.)
- Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. (2004) Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev LatinoAm Enferm. Mai/Jun*; 12(3):549-56
- Galvão, A. (2020). Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation
- Galvão, A. (2021). Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation
- Galvão, A.; Baptista, G. (2022). Literacia em saúde e autocuidados. *Revista Científica Internacional da RACS*. ISSN 2184-4860. 4:1
- Gesualdo GD, Zazzetta MS, Say KG, Orlandi FS. (2016) Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 3493-3498.
- Go, A. S., Chertow, G. M., Fan, D., McCulloch, C. E., & Hsu, C. Y. (2004). Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *The New England journal of medicine*, 351(13), 1296–1305. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041031>
- Gobbens, R. (Coord) (2010). *Frail elderly: Towards an integral approach*. Ridderkerk: Ridderprint.

- Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58, (2), 76-86.
- Godinho, N. (2023). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: norma APA 7ª edição e ISSO (NP405)*. Lisboa: ESEL.
- Gomez, Norma & Castner, Debra & Dennison, Hazel. (2011). Incorporating the Nephrology Nursing Scope And Standards of Practice into Clinical Practice. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 38. 311-7.
- Gómez-Batiste, X., González-Olmedo, M. P., Maté, J., González-Barboteo, Á., Duran Rn, N., Codorniu, R., ... Porta, J. (2011). Principios básicos de la Atención paliativa de personas con enfermedades crónicas evolutivas y pronóstico de vida limitado y sus familias. Retrieved from http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_principios_basicos_de_la_atencion_paliativa_vf.pdf
- Gong, W., Yao, L., Zhong, X., Qin, D., Huang, C., Yin, L., & Liu, F. (2022). Prevalence and associated factors of frailty among Southern Chinese Han patients on haemodialysis: a multicentre, observational cross-sectional study. *BMJ open*, 12(3), e054177. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054177>
- Hayes, B., & Bonner, A. (2010). Job satisfaction, stress and burnout associated with haemodialysis nursing: A review of literature. *Journal of Renal Care*, 36(4), 174- 179. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00194.x>
- Himmelfarb, J., & Ikizler, T. A. (2019). Chronic kidney disease, dialysis and transplantation. In *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation* (4a Edition). <https://doi.org/10.1016/C2009-0-49595-3>
- Himmelfarb, J., & Ikizler, T. A. (2019). Chronic kidney disease, dialysis, and transplantation. In *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation* (4a Edition). <https://doi.org/10.1016/C2009-0-49595-3>
- Joana Briggs Institute. (2021). Review Findings. In *JBIM Manual For Evidences Synthesis* (p. 440)

- Johansen, K. L., Chertow, G. M., Jin, C., & Kutner, N. G. (2007). Significance of frailty among dialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(11), 2960-7.
- Kasper, D. L., Hauser, S. L., Loscalzo, J., Jameson, J. L., Longo, D. L. & Fauci, A. S. (2016). *Medicina Interna de Harrison*, v. 2. 19ª ed. Rio de Janeiro, Brasil: Mc Graw Hill.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*, 3 (1), páginas 1 – 163. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf;
- Kim, J. C., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2013). Frailty and protein-energy wasting in elderly patients with end stage kidney disease. *J Am Soc Nephrol*, 24(3), 337-351. doi:10.1681/ASN.2012010047
- Kliger, D. (2014). Empirical Behavioral Finance. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 107(Part B), 421-427. doi: <https://doi.org/10.1177/1461444814522952>
- Kooman, J. P., Dekker, M. J., Usvyat, L. A., Kotanko, P., van der Sande, F. M., Schalkwijk, C. G., . . . Stenvinkel, P. (2017). Inflammation and premature aging in advanced chronic kidney disease. *Am J Physiol Renal Physiol*, 313(4), F938- F950. doi:10.1152/ajprenal.00256.2017
- Krishnan, A., Teixeira-Pinto, A., Lim, W. H., Howard, K., Chapman, J. R., Castells, A., Roger, S. D., Bourke, M. J., Macaskill, P., Williams, G., Lok, C. E., Diekmann, F., Cross, N., Sen, S., Allen, R. D. M., Chadban, S. J., Pollock, C. A., Turner, R., Tong, A., Yang, J. Y. H., ... Craig, J. C. (2020). Health-Related Quality of Life in People Across the Spectrum of CKD. *Kidney international reports*, 5(12), 2264–2274. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.09.028>
- Lagartinho, H. *Mobilidade em Enfermagem*. (1998) Escola Superior Maria Fernanda Resende. Lisboa.
- Lam M e Jassal SV. The concept of frailty in geriatric chronic kidney disease (CKD) patients. *Blood Purif*. (2015) doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000368952>. PubMed PMID: 25661193.

- Lee, H. J., & Son, Y. J. (2021). Prevalence and Associated Factors of Frailty and Mortality in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3471. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073471>
- Llano, P., Lange, C. & Sequeira, C. (2018). Síndrome de Fragilidade no Idoso. In Sequeira, C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 28 – 36). Lisboa: LIDEL.
- Loureiro, C. et al. (2002) *Integração e Orientação dos Enfermeiros*. Informar. Nº 27. 16-22.
- Macário F. (2018) Portuguese Registry of dialysis and Transplantation 2017. In: Encontro Renal; Março 22-24; Algarve, Portugal. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Mansur, Dil & Haque, M & Sharma, Kalika & Mehta, Dilip & Shakya, Rojina. (2014). Use of Head Circumference as a Predictor of Height of Individual. *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*. 12. 89-92. 10.3126/kumj.v12i2.13651.
- Marcelli, D., Usvyat, L. A., Kotanko, P., Bayh, I., Canaud, B., Etter, M., . . . Consortium, M. O. D. O. (2015). Body composition and survival in dialysis patients: results from an international cohort study. *Clin J Am Soc Nephrol*, 10(7), 1192-1200. doi:10.2215/CJN.08550814
- Marcucci, M., Damanti, S., Germini, F., Apostolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Gwyther, H., Hol-land, C., Kurpas, D., Bujnowska-Fedak, M., Szwamel, K., Santana, S., Nobili, A., D'Avanzo, B., & Cano, A. (2019). Interventions to prevent, delay or reverse frailty in older people: a journey towards clinical guidelines.†*BMC medicine*,†17(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1434-2>
- McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, et al. Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: a cancer journal for clinicians* 2011; 61(1): 50-62.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress* (Fifth Edit). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/leader.FTR3.14062009.20>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* , 23, pp. 12-28.

- Messias, A K. (2004) *Transiciones-Teorías de Ranjo Medio*. Chía. Colombia : Universidad De La Sabana
- Moril, W. (2013) *Metodologias de ensino-aprendizagem na promoção da educação em saúde*. s.l.: Artigo apresentado ao Curso de Pedagogia, da Faculdade de Ciências de Wenceslau.
- Noori, N., Sharma Parpia, A., Lakhani, R., Janes, S., & Goldstein, M. B. (2018). Frailty and the Quality of Life in Hemodialysis Patients: The Importance of Waist Circumference. *Journal of renal nutrition: the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, 28(2), 101–109. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2017.07.007>
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P., & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 143–158
- Oliveira, N., Costa e Silva, F. & Assad, L. (2015). Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. *Rev enferm UERJ*, 23(3), páginas 375 – 380. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.9789>;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico dos Enfermeiros. DR, 1.^a serie, nº 180/2009. 16/09/2009.6525-6650.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Guia Orientador de Boas Práticas para os Cuidados À Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise. Retrieved from <https://www.portaldadialise.com/home/homepage/tag/nefrologia>
- Park, J. I., Baek, H., & Jung, H. H. (2016). CKD and health-related quality of life: The korea national health and nutrition examination survey. *American Journal of Kidney Diseases*, 67(6), 851–860. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.11.005>
- Pendse S, Singh A, Zawada E. Initiation of dialysis. In: *Handbook of Dialysis*, 4th ed., Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2007.
- Pereira Pinto, M., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2021). European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation

Study.†Acta medica portuguesa, 10.20344/amp.14543. Advance online publication.
<https://doi.org/10.20344/amp.14543>

Pereira, R. P., da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso, M. J., & Correia dos Santos Cardoso Martins, M. A. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 55-62

Regulamento nº 140/2019 (2019). Ordem dos Enfermeiros. (2019a). - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In: Diário da República, 2.ª série, nº26 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4744-4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 429/2018. (2018). Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. In: Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 de Julho de 2018. p. 19359 – 19370

Ribeiro IA, Lima LR, Volpe CRG, Funghetto SS, Rehem TCMSB, Stival MM. (2019) Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. *Rev. esc. Enferm*

Rocha, A., Almeida, A. P., Machado, A., Peças, D., Neto, F., Franco, H., et al. (2015). Norma de Procedimento Geral 1041 - Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Hospital Garcia de Orta.

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(7), 722-727

Ruivo, M.A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. (15),1-37.

Santos, C., Santos, A., Soares, A. & Souza, A. (2019). Educação em saúde como instrumento transformador do paciente dialisado: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 2 (4), páginas 2403 – 2408. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-014>;

Schiefer, U. et al. (2006). MAPA - Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos. Cascais: Principia

- Schopmeyer, L., El Moumni, M., Nieuwenhuijs-Moeke, G. J., Berger, S. P., Bakker, S. J., & Pol, R. A. (2019). Frailty has a significant influence on postoperative complications after kidney transplantation—a prospective study on short-term outcomes. *Transplant International*, 32(1), 66-74.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. L. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*. Vol.26(2), 119-127. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, Song X, Siscovick D, Fried LP. (2004) The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 43(5):861-7.
- Steinwedel, C. (2014). Family Caregivers as Co-Patients. *Medsurg Nursing*, 23(2), 75–77.
- Teixeira, M. S. (2010). Estudo sobre a eficácia de um programa de inteligência emocional no autoconceito de alunos do 2.º ciclo do ensino básico. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74.
- Trindade, C., & Ramos, A. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR01936>
- United States Renal Data System (USRDS) – 2017 Annual Data Report. *Am J Kidney Dis* 37: S1-S189,2002
- Vanholder, R., Dhondt, A.; (2005) *Infection and Host defense in Dialysis Patients*, Clinical Dialysis. 4a Ed. Mc Graw Hill – companies.

- Wilhelm-Leen ER, Hall YN, K Tamura M, Chertow GM. (2009) Frailty and chronic kidney disease: the Third National Health and Nutrition Evaluation Survey. *Am J Med*; 122(7):664-71.
- Yu, D. S., Li, P. W., Li, S. X., Smith, R. D., Yue, S. C., & Yan, B. P. Y. (2022). Effectiveness and Cost-effectiveness of an Empowerment-Based Self-care Education Program on Health Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 5(4), e225982. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.5982>
- Zhukova, N. (2022) Como fazer uma análise SWOT. SemrushBlog. Acedido a 10/04/2024 em: <https://pt.semrush.com/blog/analise-swot/~>
- Zubin J. Eapen, Shelby D. Reed, Lesley H. Curtis, Adrian F. Hernandez, Eric D. Peterson, (2011) Do heart failure disease management programs make financial sense under a bundled payment system? *American Heart Journal*, Volume 161, Issue 5, Pages 916-922, ISSN 0002-8703, <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.02.016>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870311001712>)

Apêndices

Apêndice I:

Análise *SWOT*

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
AMBIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto desenvolvido numa área específica -Existência de peritos na equipa de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação de tempo para desenvolver o projeto - Pouca evidência sobre a temática nesta população e contexto
	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
AMBIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à pessoa com DRC - Consciencializar os enfermeiros para a temática da fragilidade - Crescimento pessoal e profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência dos enfermeiros à mudança de comportamentos; - Limitações na aprovação para recolha de dados e aplicação de escalas

Apêndice II:

Objetivos de estágio

OJETIVO GERAL 1: Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica nos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva.

Objetivo específico	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>Participar na dinâmica do Serviço Hospitalar/Unidade de Hemodiálise</p>	<p>a1- Conhecer o espaço físico e a estrutura organizacional da unidade; a2- Conhecer o circuito cliente na instituição; a3- Contactar com normas e protocolos existentes; a4- Conhecer a dinâmica dos sistemas de informação a5- Participar nas consultas multidisciplinares de decisão clínica</p>	<p>1.3.7 Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementados; 1.4.4 Documenta de forma sistematizadas os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão.</p>
<p>Realizar intervenções especializadas à pessoa em situação crónica nos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva.</p>	<p>b1- Gerir e implementar intervenções de enfermagem; b2- Acompanhar o cliente ao longo dos seus processos de transição; b3- Participar na prestação de cuidados de forma integral ao cliente; b4- Englobar a família na elaboração do plano de cuidados aos clientes com fragilidade; b5- Identificar indicadores de fragilidade b6- Conhecer ferramentas de avaliação de fragilidade; b7- Participar na elaboração de planos de cuidados direcionados aos clientes com fragilidade</p>	<p>1.2.8 Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença 1.4.2 Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas 1.4.1 Envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados 2.1.4 Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença crónica</p>
<p>Fomentar a partilha de evidência científica, com foco na melhoria dos cuidados</p>	<p>c1- Identificar necessidades formativas sobre a temática da fragilidade; c2- Realizar sessão de formação sobre a temática da fragilidade c3- Realizar estudo de caso</p>	<p>1.2.9 Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;</p>

OJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos cuidados prestados à pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva

Competência	Objetivo Específico	Atividades	Crterios de Avaliao
A: Responsabilidade profissional, tica e legal	Desenvolver uma prtica responsvel e profissional com base no respeito pelos direitos humanos, princpios, valores e normas ticas, deontolgicas e legais	A1- Identificar problemas/dilemas ticos na prestao de cuidados à pessoa com fragilidade; A2- Prestar cuidados tendo por base os princpios ticos e deontolgicos.	1 – A: Desenvolve uma prtica profissional, tica e legal, na rea de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princpios ticos e a deontologia profissional
B: Melhoria contnua da qualidade	Elaborar estratgias e planos de interveno no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, com nfase na pessoa com DRC em HD com Fragilidade potencial ou efetiva	B1- Identificar lacunas de interveno que possam comprometer a segurana da prestao e cuidados à pessoa em situao crnica com fragilidade; B2- Elaborar registos adequados que permitam a continuidade de cuidados.	1 – B: Desenvolve prticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contnua
C: Gesto dos cuidados	Desenvolver competncias de gesto de cuidados, adequando os recursos disponveis promovendo a otimizao da qualidade dos cuidados	C1- Gerir prioridades na prestao de cuidados. C2-- Compreender a articulao entre servios a nvel hospitalar; C3- Prestar cuidados tendo sempre presente a legislao e poltica em vigor.	1 – A: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulao na equipa de sade
D: Fomentar a partilha de evidncia cientfica, com foco na melhoria dos cuidados	Fomentar a partilha de evidncia cientfica, com foco na melhoria dos cuidados.	D1- Elaborar uma reviso integrativa da literatura sobre a temtica da fragilidade D2- Analisar situaes clnicas de forma a criar oportunidades de aprendizagem. D3- Participar em atividades formativas relevantes no contexto do projeto	1 – B: Baseia a sua praxis clnica especializada em evidncia cientfica

Apêndice III:

Folheto Exercício Físico



Impacto no tratamento



- Diminuição da monotonia do tratamento, da fadiga, câibras e inflamação
- Rentabilização do tempo de tratamento
- Realização de exercício físico com a supervisão
- Melhoria da adesão ao tratamento
- Redução de custos: redução da necessidade de medicação e de hospitalização ou do risco de mortalidade

O treino aeróbio melhora a eficácia da diálise pois aumenta a perfusão dos músculos ativos, constituindo um efeito benéfico na remoção de solutos (ex. fósforo).

O PEF é uma oportunidade única que combina a terapia de exercício físico com o tratamento médico num ambiente seguro e altamente monitorizado.

Mestrando: Mário Luis Alves Mateus
Orientadora: Professora Doutora Eunice Henriques
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na pessoa em Situação Crónica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Programa de Exercício Físico (PEF)

Importância do exercício físico



Os doentes renais crónicos apresentam elevados níveis de sedentarismo; baixa função física e baixa tolerância ao esforço. Esta Fragilidade pode levar a uma diminuição da capacidade de realização das atividades da vida diária, da qualidade de vida e da independência. Verifica-se ainda que durante as sessões de diálise os níveis de atividade física atingem os seus mínimos, conferindo ao programa de exercício físico intradialítico uma solução promissora no combate ao sedentarismo, à perda de massa muscular e da função física.

O exercício reduz a atrofia muscular, melhora a capacidade aeróbia, a tolerância ao esforço, a capacidade funcional, o equilíbrio, a tensão arterial, o colesterol e a glicémia



O que é o PEF?

O PEF é um programa de exercício físico intradialítico realizado durante a hemodiálise, entre a primeira meia hora e a última hora e meia, e que engloba treino aeróbio e treino de força muscular. A componente aeróbia realiza-se no ergómetro/pedaleira; o treino de força utiliza pesos/caneleiras para membros inferiores e bolas para treino de preensão manual. Para garantir a segurança, a duração e a intensidade do treino são personalizadas a cada doente e a progressão é ajustada ao ritmo e à perceção de esforço.

Benefícios do PEF



- Melhoria da função física, da qualidade de vida e do sono
- Diminuição de sintomas de depressão
- Melhoria da saúde cardiovascular
- Aumento da massa, força e potência muscular
- Melhoria da tolerância ao esforço e, consequentemente, manutenção da realização das atividades da vida diária

Estes benefícios não provocam efeitos adversos e não comprometem a eficácia do tratamento.



Procedimentos

Antes do início do PEF e a cada 3 meses realizam-se testes de aptidão física para avaliar a força resistente, a potência muscular, a agilidade, o equilíbrio dinâmico e estático. Os resultados são registados na plataforma PEF permitindo que cada utente receba um certificado de participação com feedback da sua adesão e evolução da aptidão física e composição corporal.



Apêndice IV:

Sessão de Formação à Equipa Multidisciplinar

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

A Fragilidade na pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise

Professora Orientadora:
Eunice Henriques

Mestrando:
Mário Mateus



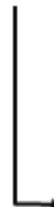
INTRODUÇÃO



A **Fragilidade** é atualmente, um dos maiores desafios de saúde pública com consequências significativas da vida das pessoas com doença crónica (Araújo, et al, 2022);



O envelhecimento ao longo do **ciclo de vida** é um processo **individualizado, progressivo e multifatorial** que pode conduzir ao declínio das reservas fisiológicas (Marouzzi et al., 2019).



A nível global, tem-se assistido a um fenómeno que se caracteriza pelo aumento progressivo do **envelhecimento demográfico**, resultante do aumento da **esperança média de vida** e da **evolução técnica e científica**.



INTRODUÇÃO



A pessoa com doença renal crônica enfrenta **problemas multifatoriais** e a **morbilidade e mortalidade** estão diretamente relacionadas não só apenas com a função renal, mas também ao desempenho geral e multifatorial dos seus sistemas biológicos (Noori, et al., 2018).



Os clientes em diálise **dispõe de grandes quantidades de tempo** nas sessões de tratamento e a gestão da doença afeta importantes aspectos da vida pessoal com implicações a **nível físico, psicológico, social e espiritual** com impacto significativo na **qualidade de vida** das pessoas (Reid, Seymour & Jones, 2016).



As **consequência da fragilidade** têm gerado um interesse crescente pelos fatores que contribuem para esse fenômeno, não só em diferentes populações, **mas particularmente na população com DRC** (Noori, et al., 2018).



O projeto de estágio vai ao encontro do tema **"A fragilidade na pessoa com doença renal crônica em hemodiálise"** e sobre o qual pretende-se investigar e conhecer profundamente as implicações deste fenômeno na população hemodialisada.

OBJETIVOS

Com base num caso da prática clínica:

- Elaborar um diagnóstico educativo (utilizando modelo teórico COM-B)
- Construir um plano educativo personalizado, selecionando estratégias promotoras de autogestão (utilizando a metodologia BCT's)
- Identificar indicadores para avaliar a intervenção;
- Estabelecer um cronograma da intervenção

INTRODUÇÃO



A **Fragilidade** é atualmente, um dos maiores desafios de saúde pública com consequências significativas da vida das pessoas com doença crônica (Araújo, et al., 2022);



O envelhecimento ao longo do **ciclo de vida** é um processo **individualizado, progressivo e multifatorial** que pode conduzir ao declínio das reservas fisiológicas (Marucci et al., 2019).



A nível global, tem-se assistido a um fenómeno que se caracteriza pelo aumento progressivo do **envelhecimento demográfico**, resultante do aumento da **esperança média de vida** e da **evolução técnica e científica**.



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



A PESSOA COM DOENÇA
RENAL CRÓNICA



A PESSOA COM DRC EM
HEMODIÁLISE



A FRAGILIDADE NA PESSOA
COM DRC EM HEMODIÁLISE

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA



As doenças por insuficiência de órgão caracterizam-se pela sua **instalação lenta e progressiva**, em que o comprometimento do órgão afetado **surge como uma condição irreversível** (Ballentini, 2016).

Os doentes que têm esta tipologia de doença, **convivem vários anos com ela** e experimentam ao longo desse período variações na sua **condição de saúde**, verificando-se, à medida que o tempo passa, o seu **declínio geral**.

A doença crónica tem várias especificidades: **a componente crónica** com evolução para condição terminal; **o prognóstico limitado e de difícil definição**; a **resposta individual** de cada pessoa aos tratamentos; **as crises frequentes** que incidem entre a progressiva deterioração; a **pluripatologia** com variada **simptomatologia** e, por fim, o **impacto físico, emocional, social e espiritual** que acompanha todo o processo de doença (Gómez-Batista, et al., 2011).

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

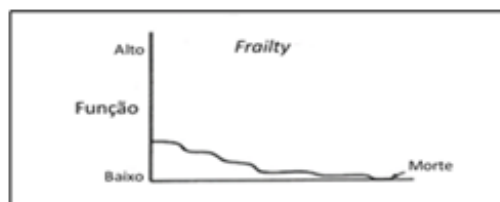
A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA



A Teoria de **Transição de Alaf Meleis**, centrando-se nas respostas humanas aos processos de vida, de saúde e doença, servindo de base conceptual a este quadro de referência. A **transição** é um processo que ocorre no tempo e que envolve alterações na forma como a pessoa percebe o seu mundo interno e externo (Meleis et al., 2000).

A **trajetória da doença crónica** está muitas vezes **associada** a um contexto de **fragilidade**. O processo de envelhecimento é caracterizado pela ocorrência de múltiplas transições, como a reforma, perda do companheiro(a), de familiares e amigos, mudança de casa e, frequentemente, o surgimento de uma **doença crónica** (Meleis et al., 2000).

A trajetória da doença traduz-se no declínio gradual e prolongado que se associa às doenças, essencialmente resultantes do processo de envelhecimento, dos quais são exemplo as demências e a fragilidade generalizada dos múltiplos sistemas, traduzindo-se numa incapacidade funcional e cognitiva progressiva, em que a morte pode ocorrer após um evento agudo (Lynn & Adanson, 2003; Murray et al., 2005).



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA



A DRC, enquanto **patologia de instalação lenta e progressiva**, culmina com a **perda irreversível da função do rim** e, tendenciadamente, evolui para uma situação de doença avançada. Sab-se que o efeito nefético que esta doença tem na saúde global da pessoa deve-se à sua ação direta na morbimortalidade do doente renal, e ainda por acrescentar um fator para as doenças cardiovasculares (Bikbov et al., 2020).

O **estádio 5 da DRC** representa a fase final da doença, exigindo uma **técnica de substituição da função renal (TSR)** para compensar a função renal perdida. A mesma pode ser assegurada pela diálise – peritoneal e **hemodiálise** – ou pelo transplante renal (KDIGO, 2013).



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

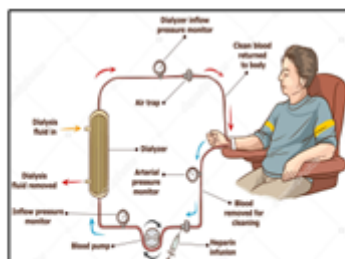
A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE



A **Hemodiálise (HD)** é a técnica de substituição da função renal mais usada a nível mundial. Estima-se que é o tratamento de eleição em aproximadamente 89% dos doentes em técnica dialítica (Himmelfarb et al., 2020).

Tem como objetivo **reduzir o excesso de volume e corrigir anormalidades metabólicas** como a acidose metabólica, a hipercaliémia, a hiperfosfatémia, o hiperparatiroidismo secundário, a anemia e a HTA (Himmelfarb & Ikizler, 2019).

Com o crescimento da população idosa em hemodiálise, com maior número de comorbilidades, com maior restrição na atividade funcional e com mortalidade, é necessário **adequar a prestação de cuidados** às necessidades desta população (Johansen, Chertow & Jin, 2007).



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

	Modelo	Definição	Escalas
Modelos Conceptuais da Fragilidade	Fenótipo da Fragilidade Fried et al. (2001)	Abordagem biomédica da Fragilidade que se manifesta a nível físico, por fraqueza muscular, tempo de marcha alterado, exaustão, perda de peso involuntária e baixos níveis de atividade física. A pessoa é classificada como frágil, na presença de três ou mais indicadores, pré-frágil quando tem um ou dois indicadores e robusta que não são visualizadas alterações.	Fenótipo de Fried
	Modelo de acumulação de Défices Rockwood & Mitnitski, 2007)	Modelo dinâmico de que se baseia num número cumulativo de défices relacionados com o envelhecimento e no pressuposto de que a pessoa ser frágil é proporcional à quantidade de problemas presentes.	Índice de Fragilidade da Canadian Study of Health and Aging (2001); Escala de Fragilidade de Edmonton (Rolfson, et al. 2006)
	Modelo Integral da Fragilidade Gobbens (2010)	Abrange todas as concepções sobre a fragilidade propondo um modelo integral baseado numa abordagem holística.	Índice de Fragilidade de Tilburg (Gobbens et al., 2010)

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INTERVENÇÕES

A *task force* da *International Conference of Frailty and Sarcopenia Research*, desenvolveu recomendações para a prática clínica da implementação e gestão da fragilidade, especialmente na pessoa idosa.

Recomendação 1: Rastreio da Fragilidade	Todos os adultos com 65 anos ou mais devem fazer um rastreio de fragilidade utilizando um instrumento de fragilidade rápido, válido e adequado ao contexto.
Recomendação 2: Avaliação da Fragilidade	A avaliação clínica da fragilidade deve ser realizada a todos os adultos com um nível positivo para fragilidade ou pré-fragilidade.
Recomendação 3: Desenvolvimento de um plano abrangente de intervenção	Um plano abrangente deve incidir na polimedicação, na gestão da Sarcopenia e no fator causal da perda de peso e da fadiga (depressão, anemia, hipotireoidismo, deficiência de vitamina D).
Recomendação 4: Encaminhamento	Pessoas com fragilidade avançada (grave) devem ser encaminhadas para um médico especialista em geriatria.
Recomendação 5: Atividade/Exercício Físico	As pessoas com fragilidade, deve ser oferecido um programa de atividade física multicompetença.
Recomendação 6: Atividade/Exercício Físico	Os profissionais de saúde devem ser encorajados a encaminhar as pessoas idosas com fragilidade para programas de atividades físicas com uma componente de treino e reabilitação progressiva.
Recomendação 7: Nutrição	A suplementação calórica/proteica deve ser iniciada para pessoas idosas com fragilidade, quando a perda de peso ou a desnutrição é diagnosticada.
Recomendação 8: Nutrição	Os profissionais de saúde podem assodar a suplementação proteica, à prescrição de atividade física.
Recomendação 9: Saúde Oral	Aconselhar os idosos com fragilidade sobre a importância da higiene oral.
Recomendação 10: Intervenção farmacológica	As intervenções farmacológicas atualmente disponíveis, para o tratamento da síndrome de fragilidade (não são recomendadas).
Recomendação 11: Terapias adicionais	Sem informação
Recomendação 12: Terapia cognitiva	Sem informação
Recomendação 13: Terapia hormonal	Sem informação
Recomendação 14: Suporte Social	Todas as pessoas com fragilidade podem receber apoio social, de acordo com as necessidades e devem ser incentivadas a aderir ao plano de gestão abrangente.
Recomendação 15: Ensino	As pessoas com fragilidade devem ser encaminhadas para <i>Health Coach Training</i> .

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

Tilburg Frailty Indicator (TFI)

Tilburg Frailty Indicator (TFI) é um instrumento destinado ao autorrelato e encontra-se dividido em duas partes: a) inclui questões sobre os determinantes de fragilidade (onde constam os dados sociodemográficos, estilos de vida, morbilidade, acontecimentos de vida e ambiente,) e b) a fragilidade através de 15 itens repartidos pelas dimensões física, psicológica e social da

Gobbens (2010)

Versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator (TFI)

Coeelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2014). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatr Gerontol Int*, *14*(10), 1111-1119. doi: 10.1111/ggi.12273

<p>Parte A: Determinantes de fragilidade</p> <p>1. Qual é a sua idade? <input type="text"/></p> <p>2. Qual é o seu sexo? <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino</p> <p>3. Qual é o seu nível de escolaridade? <input type="text"/></p> <p>4. Qual é o seu nível de rendimento? <input type="text"/></p> <p>5. Qual é o seu estado civil? <input type="text"/></p> <p>6. Qual é o seu estado de saúde? <input type="text"/></p> <p>7. Qual é o seu nível de atividade física? <input type="text"/></p> <p>8. Qual é o seu nível de atividade psicológica? <input type="text"/></p> <p>9. Qual é o seu nível de atividade social? <input type="text"/></p> <p>10. Qual é o seu nível de atividade económica? <input type="text"/></p> <p>11. Qual é o seu nível de atividade cultural? <input type="text"/></p> <p>12. Qual é o seu nível de atividade recreativa? <input type="text"/></p> <p>13. Qual é o seu nível de atividade de voluntariado? <input type="text"/></p> <p>14. Qual é o seu nível de atividade de liderança? <input type="text"/></p> <p>15. Qual é o seu nível de atividade de participação? <input type="text"/></p> <p>16. Qual é o seu nível de atividade de influência? <input type="text"/></p> <p>17. Qual é o seu nível de atividade de reconhecimento? <input type="text"/></p> <p>18. Qual é o seu nível de atividade de respeito? <input type="text"/></p> <p>19. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>20. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>21. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>22. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>23. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>24. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>25. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p>		<p>26. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>27. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>28. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>29. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>30. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>31. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>32. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>33. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>34. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>35. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>36. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>37. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>38. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>39. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p> <p>40. Qual é o seu nível de atividade de admiração? <input type="text"/></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

DRC E FRAGILIDADE

Shilpak et al. (2004)

foram os primeiros a estudarem a fragilidade na DRC. Os autores observaram que a **prevalência** de fragilidade é maior nas pessoas com DRC (15%) do que naqueles sem a doença (6%). Além disso, observaram elevada prevalência de fragilidade - 34% entre as mulheres com DRC, particularmente as negras.

Johansen et al. (2007)

Estudaram a **prevalência** e o impacto da fragilidade na trajetória da DRC em clientes em HD, identificando o fenótipo de fragilidade em 67,7% . foi também identificado fragilidade em pessoas não idosas, sendo que no período de dois anos em que o estudo se desenvolveu, associaram-se **desfechos adversos**, tais como internamentos hospitalares e mortalidade.

Wilhem-Leen et al (2009)

Identificaram um **aumento da prevalência** de fragilidade nos estádios mais avançados da DRC.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A fragilidade está associada a maus outcomes para clientes em diálise e é tradicionalmente avaliada através de ferramentas que avaliam o comprometimento físico.

Nos clientes incidentes em programas de hemodiálise, a fragilidade foi associada a um aumento de mortalidade. Clientes frágeis e obesos em hemodiálise podem ser uma população de alto risco.

Aproximadamente três quartos dos clientes em programa de Hemodiálise são frágeis, dos quais, cerca de 50%, referem depressão e ansiedade.



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Aos participantes com fragilidade foi identificado quase o dobro do risco de quedas ou fraturas em comparação com os que não foi identificado fragilidade.

Nos clientes incidentes em programas de hemodiálise, a fragilidade foi associada a um aumento de mortalidade. Clientes frágeis e obesos em hemodiálise podem ser uma população de alto risco.

Aproximadamente três quartos dos clientes em programa de Hemodiálise são frágeis, dos quais, cerca de 50%, referem depressão e ansiedade.

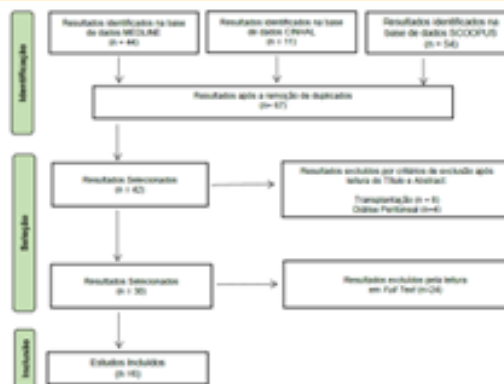


ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INDICADORES DE FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD - RIL

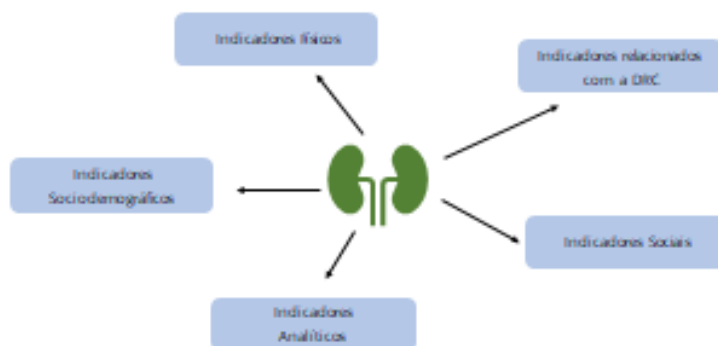
A *Revisão Integrativa da Literatura (RIL)* tem como principal objetivo reunir e resumir toda a evidência científica disponível, sobre uma determinada temática, e que visa por sua vez, a sistematização de conhecimentos. (Trindade & Ramos, 2020).



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

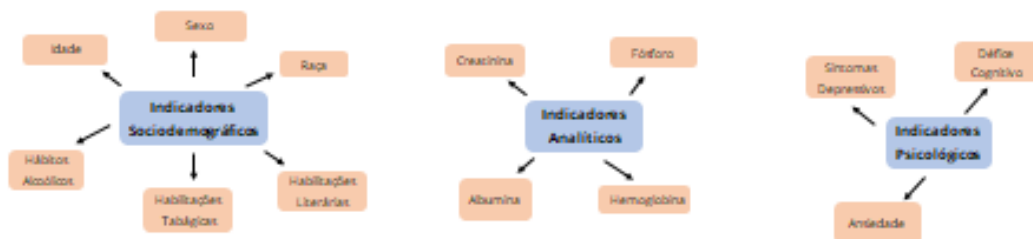
INDICADORES DE FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD - RIL



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

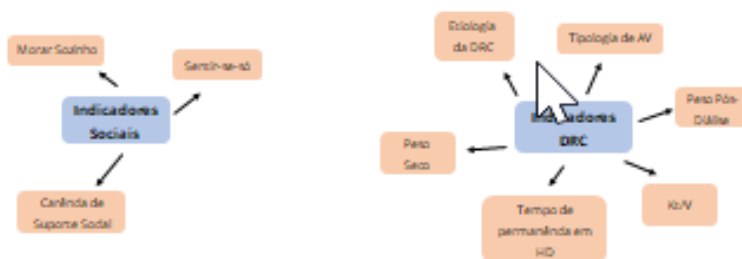
INDICADORES DE FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD - RIL



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INDICADORES DE FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD - RIL



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD

INDICADORES DE FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HD - RIL



OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

Apêndice V:

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação:

QUESTIONÁRIO

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Antes da Sessão de Formação

Este questionário tem como objetivo identificar os conhecimentos da equipa multidisciplinar sobre o tema: “A Fragilidade na Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise”. O Questionário é confidencial, não havendo respostas certas ou erradas, apenas nos interessa a sua opinião. Estimamos cerca de 10 minutos para a sua realização. O questionário divide-se em 2 partes: a parte 1, para caracterização sociodemográfica e a parte 2 onde serão colocadas algumas questões de escolha ou de resposta livre. Obrigado pela sua colaboração.

Parte 1: Identificação

Categoria Profissional _____ Género _____ Tempo de exercício profissional _____ anos

Parte 2: Questionário

2.1 Considera o cliente com doença renal crónica em Hemodiálise Frágil? Sim [] Não []

2.2 Considera a Fragilidade um conceito relevante na prestação de cuidados à Pessoa com doença renal crónica em Hemodiálise? Sim [] Não []

2.3 Considera importante avaliar, através de instrumentos validados, a fragilidade na pessoa com doença renal crónica em Hemodiálise? Sim [] Não []

2.4 Que indicadores de fragilidade conhece na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise?

2.5 Que intervenções considera importantes nos cuidados de saúde dirigidos à pessoa com fragilidade com doença renal crónica em hemodiálise?

QUESTIONÁRIO

APÓS SESSÃO DE FORMAÇÃO

Este questionário tem como objetivo avaliar a Sessão de Formação sobre o tema: “A Fragilidade na Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise”. O Questionário é confidencial, não havendo respostas certas ou erradas, apenas nos interessa a sua opinião. Estimamos cerca de 10 minutos para a sua realização. O questionário divide-se em 2 partes: A parte 1, para caracterização sociodemográfica e a parte 2 onde serão colocadas algumas questões de escolha ou de resposta livre. Obrigado pela sua colaboração.

Parte 1: Identificação

Categoria Profissional _____ Género _____ Tempo de exercício profissional _____ anos

Parte 2: Questionário

2.1 Com esta sessão de formação adquiriu conhecimentos sobre a temática da Fragilidade na Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise? Sim [] Não []

2.2 Com esta sessão de formação identificou indicadores de fragilidade na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise? Sim [] Não []

2.3 Com esta sessão de formação identificou intervenções, ao nível dos cuidados de saúde, dirigidos à pessoa com fragilidade com doença renal crónica em hemodiálise? Sim [] Não []

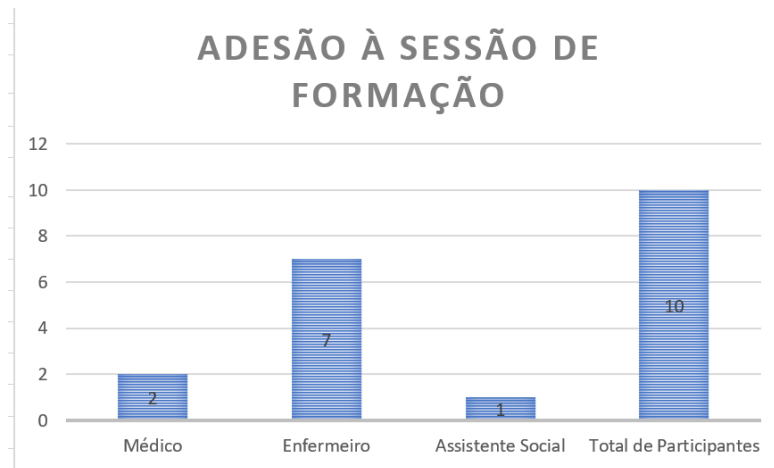
2.4 Como classifica globalmente esta formação:

Insuficiente [] Suficiente [] Bom [] Muito Bom [] Excelente []

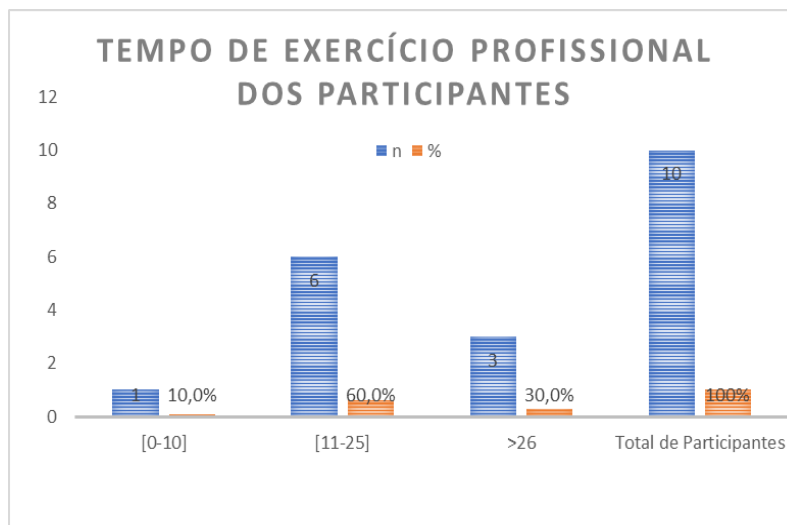
Apêndice VI:

Tratamento dos dados do Questionário

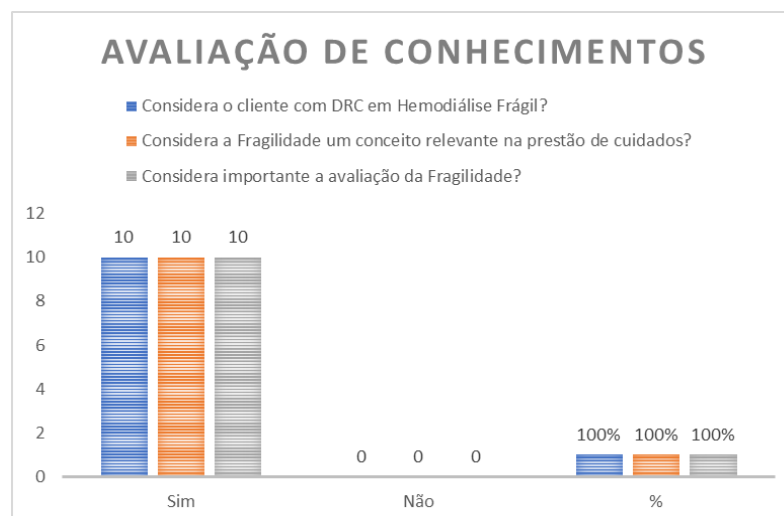
1) Adesão à sessão de formação/número de profissionais por categoria profissional



2) Tempo de exercício profissional



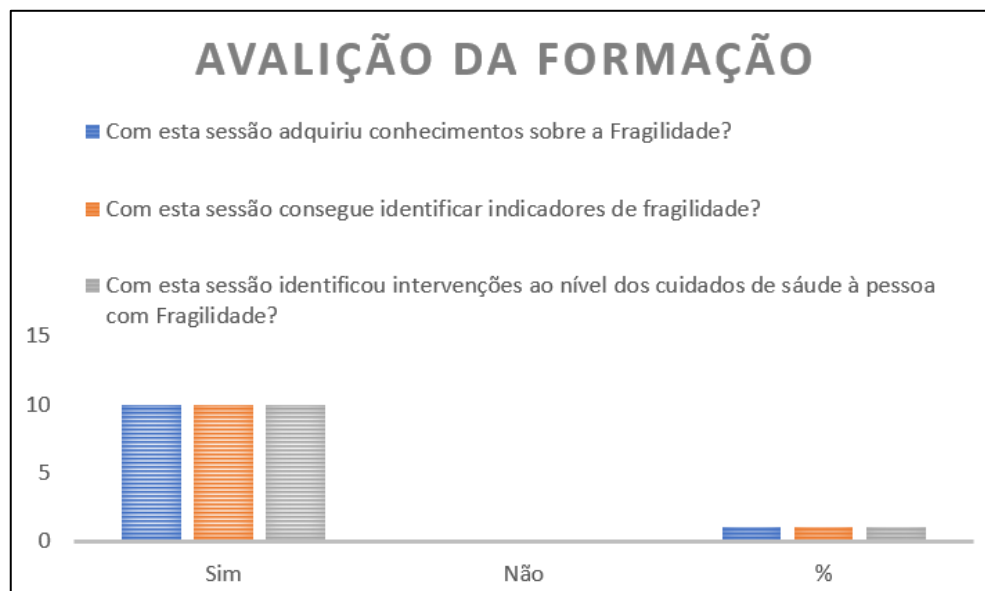
3) Avaliação de conhecimentos



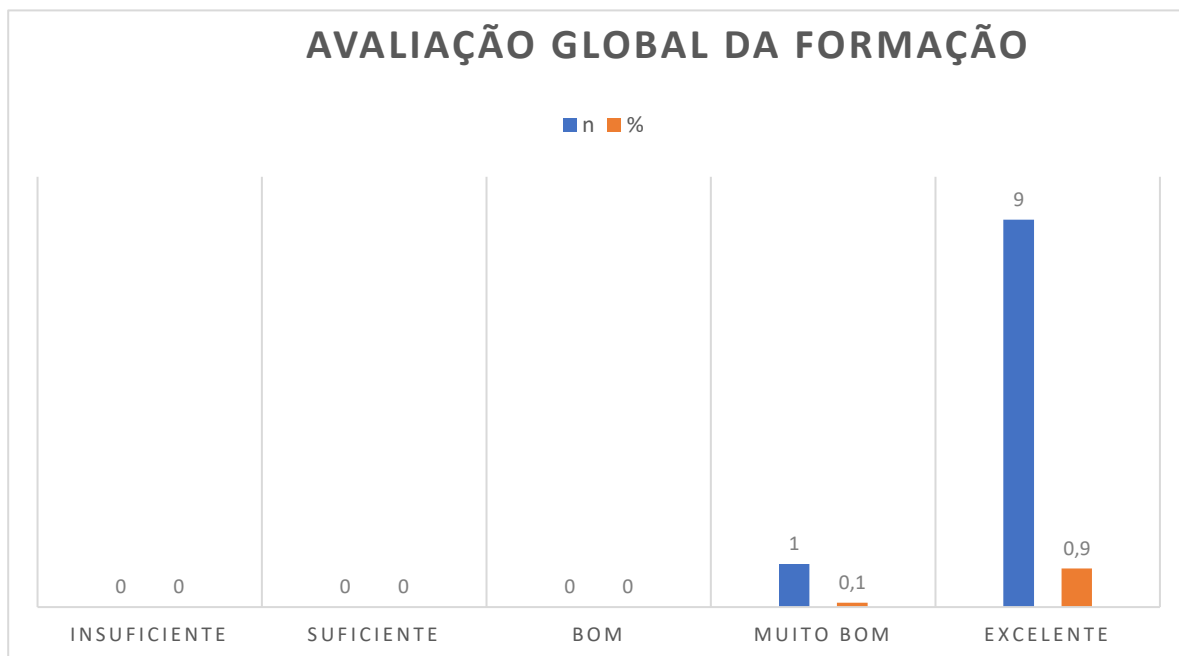
4) Indicadores de Fragilidade e Intervenções dirigidas à pessoa com Fragilidade e com DRC em HD

Categoriais	Sub-categorias	Unidades de Registo	Unidades de Contexto
Perceção dos indicadores de Fragilidade	Indicadores Físicos	Idade avançada	"Penso que a idade avançada é um fator importante" (R2)
		Desnutrição	"O estado nutricional do doente ou a perda de peso" (R4)
		Outras comorbilidades associadas	"As comorbilidades do doente, por exemplo HTA ou DM" (R8)
		Risco de quedas	"Os doentes que têm riscos acrescidos de quedas" (R10)
	Indicadores Psicológicos	Depressão	"Os doentes são mais frágeis quando têm nestes contextos sintomas depressivos" (R1)
		Demências	"Penso que as demências são um fator que aumenta o risco de fragilidade (R4)
		Medo face ao desconhecido	"O medo e o receio de falar sobre o que está a sentir pode reduzir mecanismos de coping" (R7)
	Indicadores Sociodemográficos	Isolamento social	"Muitos destes doentes em HD têm situações sociais complicadas, e o facto de viverem sozinhos pode ser um indicador a considerar" (R3)
		Baixa escolaridade	"A baixa escolaridade é muitas vezes acompanhada de menos possibilidades socioeconómicas" (R10)
		Rendimento	"As pessoas com baixos rendimentos têm menor possibilidade de apoio e por isso aumentam o risco de fragilidade" (R3)
Perceção sobre as intervenções dirigidas à pessoa com DRC em HD e com Fragilidade	Atividade Física e estado nutricional	Promoção da atividade física	"Deverá haver o incentivo ao exercício físico. Na nossa unidade temos o Programa de Exercício Físico que os doentes podem beneficiar" (R6)
		Avaliação do estado nutricional	"Uma vez que o estado nutricional tem um impacto grande na fragilidade destes doentes, a avaliação e monitorização do estado nutricional é fundamental" (R7)
	Personalização de cuidados	Cuidados Holísticos	"É essencial considerar a pessoa em termos globais, nomeadamente os aspetos físicos, mentais, espirituais, emocionais, sociais e profissionais" (R1)
	Promoção da autogestão da doença	Autogestão dos sintomas	"Considero ser muito importante o doente saber reconhecer os sintomas da doença, especificamente em casos de agudização. O papel do ensino é fundamental (R4)
		Autogestão do regime medicamentoso	"Num contexto de fragilidade e multicorbilidades, é primordial o ensino sobre o cumprimento do regime medicamentoso (R5)
	Integração de cuidados	Articulação de cuidados	"Articulação entre todas as entidades externas e internas, nos vários níveis de cuidados e que dão apoio ao utente" (R9)
	Envolvimento da família	Envolvimento da família/cuidadores no plano de cuidados	"Os cuidados devem ser personalizados e englobar a família, cuidadores ou pessoas de referência" (R7)
	Capacitação da equipa multidisciplinar	Aquisição de conhecimentos sobre a Fragilidade	"As equipas devem estar sensibilizadas para a temática da fragilidade de forma a poder direccionar os seus cuidados de uma forma mais eficaz" (R2)

5) Avaliação da formação



6) Avaliação Global da formação



Apêndice VII:

Diagrama para Prevenção da Saída Acidental da Agulha

CHECK LIST BONS CUIDADOS CUIDADOS SEGUROS

**AS AGULHAS
ENCONTRAM-SE
FIXAS CONFORME
O PRECONIZADO**



**AS LINHAS
(ADESIVO+CLAMP)
ENCONTRAM-SE FIXAS
CONFORME O
PRECONIZADO**



O BRAÇO DO ACESSO ESTÁ VÍVEL

HEPARINA EM PERFUSÃO (BÓLUS+CONTÍNUO)

**PARÂMETROS AJUSTADOS DE ACORDO COM A
PRESCRIÇÃO DO UTENTE**

**MANTER OS LIMITES DE ALARME COM INTERVALO
≤ 100**

Apêndice VIII:

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

**CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
- ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÓNICA -**

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A FRAGILIDADE NA PESSOA COM DRC EM HEMODIÁLISE

Mário Luis Alves Mateus

Professora Orientadora:
Eunice Henriques

Lisboa
Novembro, 2023

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	PÁG.5
1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	PÁG.7
1.1 QUESTÃO DE REVISÃO: PCC.....	PÁG.7
1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	PÁG.7
1.3 METODOLOGIA.....	PÁG.8
2. PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	PÁG.9
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	PAG.10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	PÁG.11

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: ESTRATÉGIA DE QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	PÁG.8
TABELA 2: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	PÁG.7
TABELA 3: DETERMINAÇÃO DO SOMATÓRIO DOS TERMOS DE PESQUISA.....	PÁG.8
TABELA 4: FLUXOGRAMA SEGUNDO PRISMA JB1 (2021).....	PÁG.10

INTRODUÇÃO

Considerando a evolução da sociedade e da própria profissão de Enfermagem, torna-se fundamental a procura pelo conhecimento científico e da sua evidência como forma de sustentar mudanças significativas no *core* da profissão de modo a promover uma melhoria permanente na prestação de cuidados. Segundo Galvão et al. (2004), o propósito da Prática Baseada na evidência é encorajar a utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção na prática clínica. A Revisão Integrativa da Literatura insere-se neste contexto e tem como principal objetivo, de acordo com Trindade & Ramos (2020), reunir e resumir toda a evidência científica disponível, sobre uma determinada temática, e que visa por sua vez, a sistematização de conhecimentos.

Este trabalho enquadra-se na unidade curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à pessoa em situação crónica e tem como objetivo principal desenvolver uma revisão integrativa da literatura. O tema que serve de base à revisão é a Fragilidade da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.

Atualmente, o estudo da Fragilidade é sustentado por várias organizações como resultado do aumento do envelhecimento demográfico, normalmente acompanhado pela presença de doenças crónicas e pelas suas comorbilidades consequentes.

A pessoa com doença renal crónica enfrenta problemas multifatoriais e a morbilidade e mortalidade estão diretamente relacionadas não só apenas à função renal, mas também ao desempenho geral e multifatorial dos seus sistemas biológicos (Noori, et al. 2018). Os mesmos autores reforçam que, pelas suas consequências, a fragilidade têm gerado um interesse crescente pelos fatores que contribuem para esse fenómeno, não só em diferentes populações, mas particularmente na população com DRC (Noori, et al., 2018).

A fragilidade tem sido descrita como uma síndrome multidimensional, que envolve uma complexa teia de fatores biopsicossociais que interagem de forma dinâmica e sinérgica,

com impacto significativo no declínio da capacidade de resistência a stressores internos e externos, exponenciando os efeitos deletérios em vários sistemas fisiológicos, com diminuição da reserva homeostática e consequente maior vulnerabilidade (Marcucci et al., 2019).

Os tratamentos de diálise, se, por um lado, permitem o alívio de alguma sintomatologia e prolongar a vida das pessoas com doença renal, por outro, implicam uma exigente adaptação a um novo estilo de vida. Os clientes em diálise têm de dispor de grandes quantidades de tempo nas sessões de tratamento e a gestão da doença afeta importantes aspetos da vida pessoal com implicações a nível físico, psicológico, social e espiritual com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas (Reid, Seymour & Jones, 2016).

Apesar da Fragilidade ter sido estudada de forma ampla na população em geral, existe pouca informação sobre o seu impacto na população em hemodiálise (Lee & Son, 2022), deste modo esta revisão que pretende sustentar o projeto a desenvolver de modo a contribuir para esta realidade.

Palavras-chave: Chronic kidney disease, Frailty, hemodialysis

1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A Revisão Integrativa da Literatura é uma importante ferramenta de estudo e de pesquisa, colocando em destaque o fenómeno que se quer estudar. Considerando a evolução da sociedade e da própria profissão de Enfermagem, tornasse fundamental a procura pelo conhecimento científico e da sua evidência como forma de sustentar mudanças significativas no core da profissão de modo a promover uma melhoria permanente na prestação de cuidados.

Segundo Galvão et al. (2004), o propósito da Prática Baseada na evidência é encorajar a utilização de resultados de investigação na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção na prática clínica.

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) insere-se neste contexto e tem como principal objetivo reunir e resumir toda a evidência científica disponível, sobre uma determinada temática, e que visa por sua vez, a sistematização de conhecimentos (Trindade & Ramos, 2020).

1.1 Questão de revisão: PCC

Identificar a melhor evidência para uma problemática em investigação requer a adequada construção da pergunta de pesquisa como elemento norteador da revisão da literatura. Segundo Withttimore (2005), a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade.

Deste modo, de acordo com o tema a desenvolver, a estratégia a utilizar será a PCC (P- características da população; C- Conceito; C- Contexto), para a seguinte questão: **Quais os indicadores de fragilidade das pessoas com DRC em programa de hemodiálise?**

População, Conceito, Contexto – PCC	
População	Pessoa com doença renal crónica
Conceito(s)	Indicadores de Fragilidade
Contexto	Hemodiálise

Tabela 1: Estratégia de questão de investigação

2.2. Critérios de Inclusão/Exclusão

Esta etapa da revisão integrativa está diretamente ligada com o ponto anterior, uma vez que segundo Benefield (2003), a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem, ou seja, quanto mais amplo for o objetivo da revisão mais seletivo deverá ser o investigador quanto aos critérios de inclusão da literatura a ser considerada.

Neste sentido, impõe-se a determinação de critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
População	Pessoas adultas (+ de 18 anos) com Insuficiência Renal Crónica Terminal	População Pediátrica
Conceito	Estudos sobre a avaliação da fragilidade na população alvo.	Não Aplicável
Contexto	Estudos onde clientes com IRCT realizem como terapêutica substitutiva da função renal a Hemodiálise.	Diálise Peritoneal e Transplante
Tipo de fontes de informação	Publicações em língua portuguesa, espanhola e inglesa dos últimos 10 anos; Estudos primários (quantitativos/qualitativos);	Literatura Cinzenta; Estudos Secundários; Artigos de opinião, Editoriais e Cartas ao editor.

Tabela 2: Critérios de inclusão/Exclusão

1.3. Metodologia

Uma vez que o propósito *major* deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenómeno baseando-se em estudos anteriores, é necessário seguir padrões de rigor metodológico de maneira que se consiga identificar características específicas dos resultados obtidos.

Deste modo, a pesquisa ocorreu essencialmente em três partes específicas. Uma primeira, preliminar, através do motor de busca *Google Scholar* que permitiu o contacto com alguns conceitos base e alguma terminologia relevante.

Uma segunda parte, ao nível da plataforma *EBSCO HOST* e nas bases de dados *CINAHL* (*Comulative Index of Nursing and Allied Health Literature*), *MEDLINE* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica) e *SCOPO* (Banco de dados de resumos e citações com curadoria especializada), usando alguns descritores previamente elaborados segundo a metodologia da Revisão Integrativa da Literatura através da determinação de um somatório de termos *MeSH/CINAHL*.

	Termos Naturais	Termos MeSH	Termos CINAHL	Somatório
Pessoa	Chronic Kidney Failure OR Chronic Kidney Illness OR chronic renal failure patient	Chronic Kidney Failure OR Renal disease, end-stage OR Renal Insufficiency, Chronic	Kidney Failure, Chronic OR Renal Insufficiency, Chronic	Kidney Failure, Chronic OR Renal Insufficiency, Chronic OR Renal disease, end-stage
Conceito	Frailty OR Fragility	Frailty	Frailty Syndrome	Frailty Syndrome OR Frailty
Contexto	Haemodialysis OR Hemodialysis	Renal dialysis OR Dialysis OR Hemodialysis	Hemodialysis OR Dialysis Patients	Hemodialysis OR Dialysis Patients OR Renal dialysis

Tabela 3: Determinação do somatório dos termos de pesquisa

2. PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A pesquisa efetuada, de acordo com a estratégia descrita, identificou 109 artigos potencialmente relevantes. No entanto, como demonstra a tabela 4, após a remoção dos artigos em duplicado, a aplicação dos critérios de exclusão e a análise do texto, foram selecionados para revisão 6 artigos.

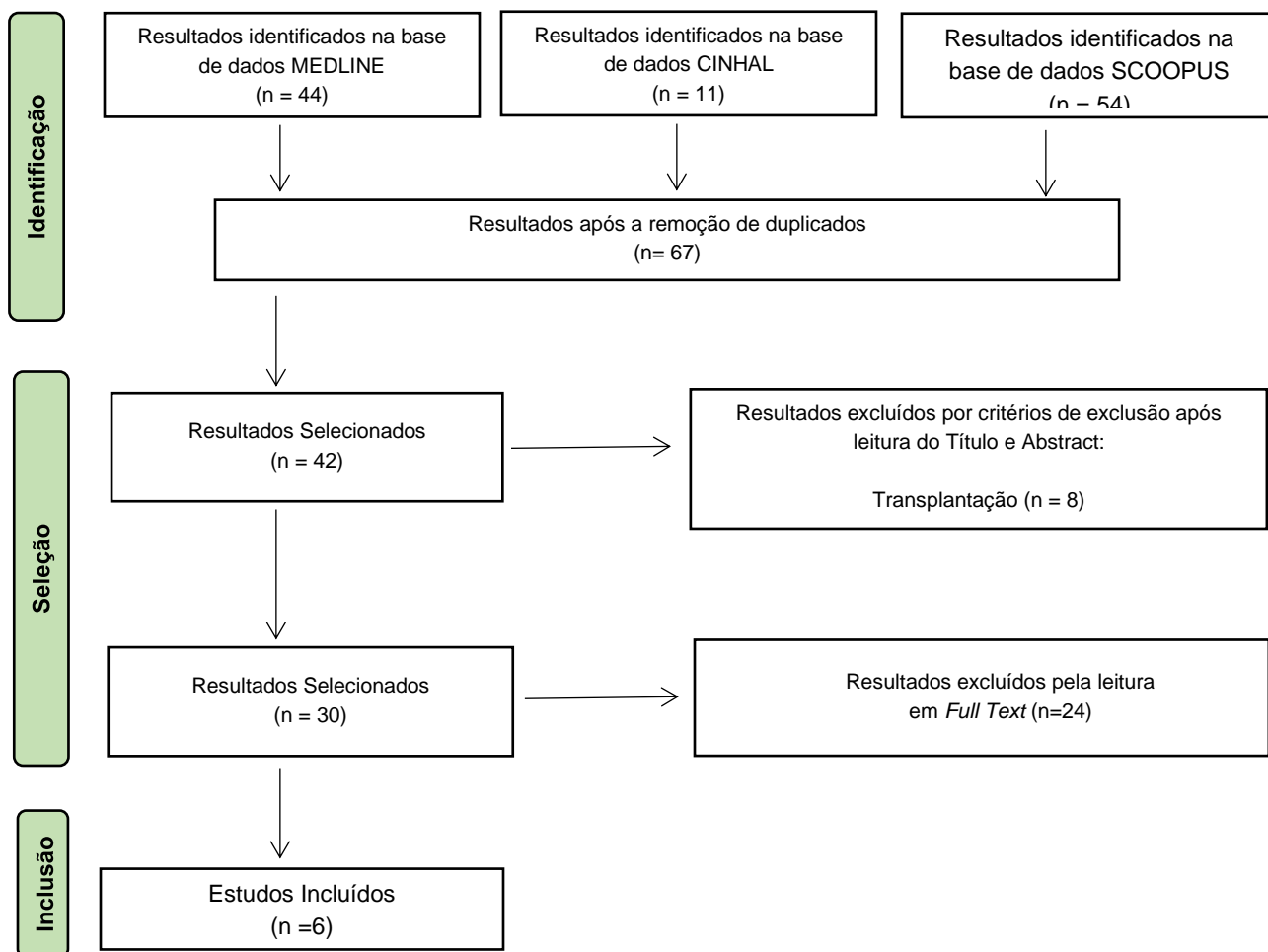


Tabela 4: Fluxograma segundo Prisma JB1 (2021)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fragilidade assume-se como uma temática altamente pertinente e atual, sendo, nos dias de hoje, um dos maiores desafios da saúde pública com consequências significativas da vida das pessoas com doença crónica. Esta pertinência tem uma dimensão ainda mais significativa, na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise, por todas as implicações que um tratamento destas características, traz para estas pessoas que convivem com uma doença prolongada e impactante na sua trajetória de vida.

Segundo Gobbens et al. (2010), a fragilidade tem sido descrita como uma condição derivada de alterações nas dimensões do funcionamento humano e da influência de outras variáveis relacionadas com o curso de vida, doenças e declínio.

Neste mesmo sentido, a identificação e a compreensão dos indicadores de fragilidade na pessoa com DRC em hemodiálise remetem para uma perspetiva conceptual da fragilidade, enquanto fenómeno multidimensional, permitindo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na pessoa com doença renal Crónica e Mestre, ter uma intervenção fundamental em aspetos como a definição de políticas de saúde, a elaboração de parâmetros de qualidade, e a integração de planos de cuidados dirigidos às pessoas, com especial foco na atuação e prevenção, onde estão presentes estes indicadores.

A elaboração deste protocolo contribuiu para o estudo da Fragilidade enquanto fenómeno multidimensional, enfatizando a necessidade, cada vez mais crescente, da prática baseada na evidência científica para a atuação e prevenção de fenómenos, decorrentes da doença crónica que afetam as populações, como é o caso da Fragilidade.

BIBLIOGRAFIA

Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthc Nurse* 2003 Dec; 21(12):804-11

Clark, D. A., Khan, U., Kiberd, B. A., Turner, C. C., Dixon, A., Landry, D., Moffatt, H. C., Moorhouse, P. A., & Tennankore, K. K. (2017). Frailty in end-stage renal disease: comparing patient, caregiver, and clinician perspectives. *BMC nephrology*, 18(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0558-x>

Delgado, C., Shieh, S., Grimes, B., Chertow, G. M., Dalrymple, L. S., Kaysen, G. A., Kornak, J., & Johansen, K. L. (2015). Association of Self-Reported Frailty with Falls and Fractures among Patients New to Dialysis. *American journal of nephrology*, 42(2), 134–140. <https://doi.org/10.1159/000439000>

Fitzpatrick, J., Sozio, S. M., Jaar, B. G., Estrella, M. M., Segev, D. L., Parekh, R. S., & McAdams-DeMarco, M. A. (2019). Frailty, body composition and the risk of mortality in incident hemodialysis patients: the Predictors of Arrhythmic and Cardiovascular Risk in End Stage Renal Disease study. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 34(2), 346–354. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy124>

Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. (2004) Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev LatinoAm Enferm.* Mai/Jun; 12(3):549-56.

- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T. & Shols, J. M. G. A. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58, (2), 76-86
- Gong, W., Yao, L., Zhong, X., Qin, D., Huang, C., Yin, L., & Liu, F. (2022). Prevalence and associated factors of frailty among Southern Chinese Han patients on haemodialysis: a multicentre, observational cross-sectional study. *BMJ open*, 12(3), e054177. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054177>
- JBI. (2021). Review Findings. In *JBI MANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS* (p. 440)
- Lee, S. Y., Yang, D. H., Hwang, E., Kang, S. H., Park, S. H., Kim, T. W., Lee, D. H., Park, K., & Kim, J. C. (2017). The Prevalence, Association, and Clinical Outcomes of Frailty in Maintenance Dialysis Patients. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, 27(2), 106–112. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2016.11.003>
- Lee, H. J., & Son, Y. J. (2021). Prevalence and Associated Factors of Frailty and Mortality in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3471. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073471>
- Marcucci, M., Damanti, S., Germini, F., Apostolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Gwyther, H., Holland, C., Kurpas, D., Bujnowska-Fedak, M., Szwamel, K., Santana, S., Nobili, A., D'Avanzo, B., & Cano, A. (2019). Interventions to prevent, delay or reverse frailty in older people: a journey towards clinical guidelines. *BMC medicine*, 17(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1434-2>

- Noori, N., Sharma Parpia, A., Lakhani, R., Janes, S., & Goldstein, M. B. (2018). Frailty and the Quality of Life in Hemodialysis Patients: The Importance of Waist Circumference. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, 28(2), 101–109. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2017.07.007>
- Reid, C., Seymour, J., & Jones, C. (2016). A Thematic Synthesis of the Experiences of Adults Living with Hemodial-ysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(7), 1206–1218.
- Salter, M. L., Gupta, N., Massie, A. B., McAdams-DeMarco, M. A., Law, A. H., Jacob, R. L., Gimenez, L. F., Jaar, B. G., Walston, J. D., & Segev, D. L. (2015). Perceived frailty and measured frailty among adults undergoing hemodialysis: a cross-sectional analysis. *BMC geriatrics*, 15, 52. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0051-y>
- Trindade, C., & Ramos, A. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR01936>
- Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Nursing Research. *Nursing Research*, 54(1), 56??62.

Apêndice IX:

Ensaio Reflexivo sobre a participação no Congresso EDTNA/ERCA



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRURGICA
- ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÓNICA -**

Estágio com Relatório

**ENSAIO REFLEXIVO SOBRE A PARTILHA
DE EVIDÊNCIA CIÊNTIFICA
- PARTICIPAÇÃO NA CONFERÊNCIA EDTNA 2023 -**

Mário Luis Alves Mateus

**Lisboa
Fevereiro 2024**

**CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
- ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÓNICA -**

**ENSAIO REFLEXIVO SOBRE A PARTILHA
DE EVIDÊNCIA CIÊNTIFICA
- PARTICIPAÇÃO NA CONFERÊNCIA EDTNA 2023 -**

Mário Luís Alves Mateus

Professora Orientadora:
Eunice Henriques



Vivemos cada vez mais um fenómeno a nível mundial, caracterizado pelo envelhecimento sociodemográfico como consequência do avanço técnico-científico. Este facto, exige uma resposta, ao nível dos cuidados de saúde, cada vez mais complexa. Neste mesmo sentido, considera-se que os serviços de saúde se deparam com cenários epidemiológicos onde predominam as doenças crónicas, o que poderá levar a novos paradigmas na definição de políticas e estratégias orientadoras com o objetivo de melhorar não só a saúde das populações como também a prestação de cuidados e a utilização eficaz de recursos.

O desenvolvimento da Enfermagem, não só enquanto disciplina, mas também profissão, tem contribuído de forma significativa para o aumento da produção de conhecimento, sendo este perspetivado como ferramenta essencial para suprir necessidades verificadas na prática clínica.

Este ensaio reflexivo tem como base o que acima está escrito, e pretende ser um registo, em forma de reflexão crítica sobre a participação num congresso de Enfermagem organizado pela *“The European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association”*(EDTNA/ERCA) em Vilnius, Lituânia em Outubro de 2023.

1. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A base de sustentação de um evento com as características da conferência da EDTNA/ERCA é um incentivo à partilha e à procura de uma prática de Enfermagem, cada vez mais especializada e baseada na evidência.

Galvão e Sawada (2003) referem que a prática baseada na evidência, afirma-se como uma forma de abordagem que contribui diretamente para a melhoria da qualidade da prática em Enfermagem. Outro aspeto relevante ainda a considerar é a transformação do conhecimento em ação. Este é um processo complexo, dinâmico e em constante evolução, no entanto quando este processo

é realizado com sucesso são claros os ganhos em saúde, e especificamente, nos cuidados de Enfermagem. Cientes destes ganhos, tanto as instituições de saúde como as escolas de enfermagem têm desenvolvido estudos e pesquisas que pretendem objetivar e testar modelos assistenciais, nos quais o enfermeiro se torna o centro do processo, pois é este que observa, avalia, questiona, comunica e implementa novos conhecimentos na prática (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017).

Esta realidade é fundamental, tendo em conta o tema principal da conferência, *“Kidney Care in a challenging world – economic & sustainable implications”*, onde ao longo de todo o programa foi reforçado, a importância do Enfermeiro na produção de evidência científica, que serve de força catalisadora à prestação de cuidados de Enfermagem cada vez mais orientados para a participação ativa na formulação, implementação e avaliação de políticas direcionadas para a melhoria dos cuidados de saúde, neste caso em específico, na área da Nefrologia.

Os temas principais da conferência remetiam para áreas como a) o impacto da doença renal crónica no cliente; b) acessos vasculares; c) cuidados de Enfermagem ao cliente transplantado; d) a comunicação no binómio – enfermeiro/cliente; e) o impacto do *workplace* das unidades de hemodiálise; f) Resiliência; bem como vários painéis de partilha de comunicações orais e poster sobre temáticas distintas onde se inseria o tema da Fragilidade.

A participação nos vários painéis com este leque de temáticas foi extremamente relevante, tendo como premissa a perspetiva de Benner (2001) ao afirmar que para que resulte conhecimento é necessário que teoria e prática não se dissociem. Além disso, é também um objetivo para este estágio *“Fomentar a partilha de evidência científica, com foco na melhoria dos cuidados”* e *“Promover o desenvolvimento contínuo da capacidade crítica e reflexiva decorrente das situações da prática profissional”*.

Foi bastante perentório, ao longo deste congresso, a ideia central de que a pessoa com doença renal crónica em hemodiálise, ao longo dos vários processos de transição, decorrentes do processo de envelhecimento e de doença, necessita de cuidados específicos, especializados e contínuos, justificando intervenções de Enfermagem especializadas à pessoa em situação crónica.

O congresso EDTNA/ERCA foi preponderante na partilha científica, especialmente na realização do projeto de estágio, que foi desenhado com o tema “A fragilidade na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise” e sobre o qual pretende-se investigar e conhecer profundamente as implicações deste fenómeno na população hemodialisada.

Neste sentido, reforça-se uma vez mais, a importância de uma prática de enfermagem baseada na evidência que se afigura como uma forma rigorosa, metódica e estruturada de promover práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, considerando o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira; Cardoso; Martins, 2012).

2. A EDTNA

Segundo o *site* oficial, a EDTNA, é uma organização multidisciplinar para aqueles que trabalham em cuidados renais. A missão da Associação é *“alcançar o melhor nível de educação, padrões e investigação para todos os profissionais de cuidados renais que cuidam e apoiam os seus pacientes e famílias em todo o mundo”*.

Para cumprir esta missão a EDTNA/ERCA é constituída por um grupo de profissionais multidisciplinares de diferentes partes do mundo. Muitas tarefas são divididas e compartilhadas para que haja uma ação global, através da criação de *guidelines* e de literatura que permitirá alcançar os objetivos definidos (EDTNA/ERCA, 2024).

O congresso da EDTNA/ERCA ocorre anualmente e tem como principal objetivo a partilha e a divulgação da evidência científica, na área dos cuidados de enfermagem ao doente renal crónico, a nível europeu.

3. FRAGILIDADE EM IDOSOS EM HEMODIÁLISE

Um dos temas mais relevantes, sob o ponto de vista dos objetivos de estágio, e que foi mais diferenciador em termos de aprendizagem, foi a apresentação de uma comunicação que incidia na temática da Fragilidade em idosos em programa de Hemodiálise.

Os pontos principais abordados remetiam para a evidência de que as pessoas idosas com fragilidade, tinham um grau elevado de número de quedas, hospitalizações e até um número de mortalidade mais elevada, daquelas que, não tinham fragilidade identificada.

Um dos aspetos mais relevantes desta comunicação foi a recurso ao modelo de *Gobbens* que serve de base conceptual ao projeto desenvolvido ao longo do estágio.

A relação verificada entre a fragilidade em idosos em hemodiálise e a ocorrência de internamentos hospitalares, indica que a identificação da fragilidade pode ser um bom preditor de morbilidade nesta população.

A participação no congresso foi um marco pessoal e bastante enriquecedor sobre o ponto de vista do percurso que se pretende desenvolver enquanto Enfermeiro Especialista e Mestra em Enfermagem Médico-cirúrgica na pessoa em situação crónica.

BIBLIOGRAFIA

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Galvão, C. & Sawada, N. (2003). A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.
- Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Revista de Enfermagem Referência
- Reichembach Danski, M. T., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro / Importance of evidence-based practice in nurse's work processes >. Ciência, Cuidado E Saúde, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>

Anexos

Anexo I:

Estádios da DRC

				Categorias dos níveis de albuminúria			
				Descrição e Intervalo			
				A1	A2	A3	
				Normal para ligeiro aumento	Aumento moderado	Aumento grave	
				<30 mg/g	30-300 mg/g	300 mg/g	
				< 3 mg/mmol	3-30 mg/mmol	> 30 mg/mmol	
Categoria da TFG (ml/min/1,73m ²)	Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥ 90		Monitorizar	Referenciar
		G2	Diminuição ligeira	60-89		Monitorizar	Referenciar
		G3a	Diminuição moderada	45-59	Monitorizar	Monitorizar	Referenciar
		G3b	Diminuição pouco severa	30-44	Monitorizar	Monitorizar	Referenciar
		G4	Diminuição grave	15-29	Referenciar	Referenciar	Referenciar
		G5	Falência Renal	< 15	Referenciar	Referenciar	Referenciar

Imagem 1: Critérios de prognóstico para a DRC. Fonte: KDIGO (2013)

Anexo II:

Manifestações Clínicas e Laboratoriais da DRC

Sistema	Manifestações clínicas
Urinário	Nictúria, poliúria, oligúria, edema, hipercalcemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipermagnesemia
Cardiovascular	Hipertensão arterial, pericardite, insuficiência cardíaca congestiva
Hematológico	Anemia, coagulopatias
Gastrointestinal	Anorexia, náuseas, vômitos, hemorragia digestiva
Neurológico	Fadiga, insônia, neuropatia periférica
Músculo-esquelético	Osteodistrofia renal, miopatia proximal
Endócrino	Diminuição da tolerância à glicose, infertilidade, amenorreia, impotência sexual, hiperuricemia, dislipidemia

Imagem 2: Manifestações Clínicas e Laboratoriais da DRC. Fonte: Fresenius Medical Care (2011)

Anexo III:

Modelo de Kooman et al., (2012)

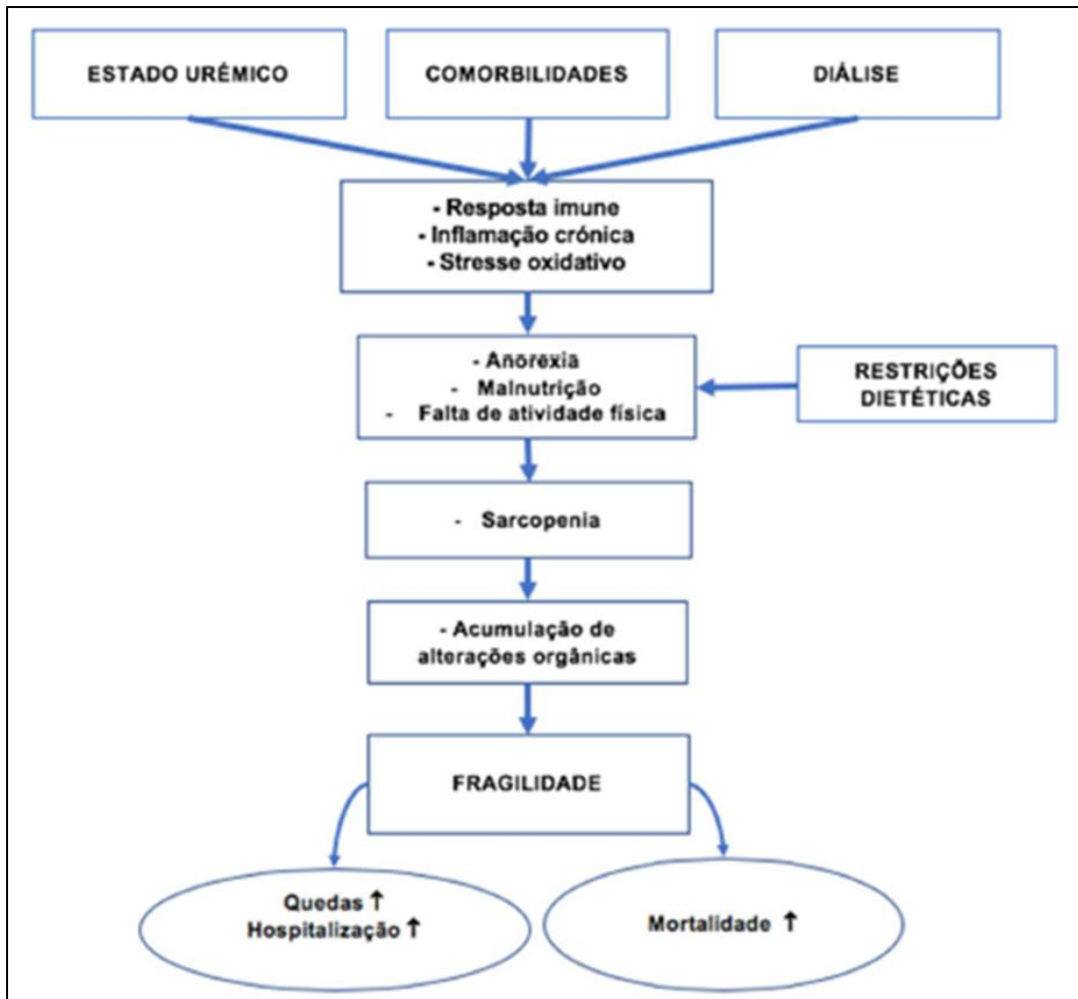


Imagem 3: Adaptação do Modelo de Kooman et al. (2012) que compara o mecanismo fisiopatológico da DRC com a Fragilidade. Fonte: Kooman et al., (2012, pp. 48-54)

Anexo IV:

Modelo das Transições de Afaf Meleis

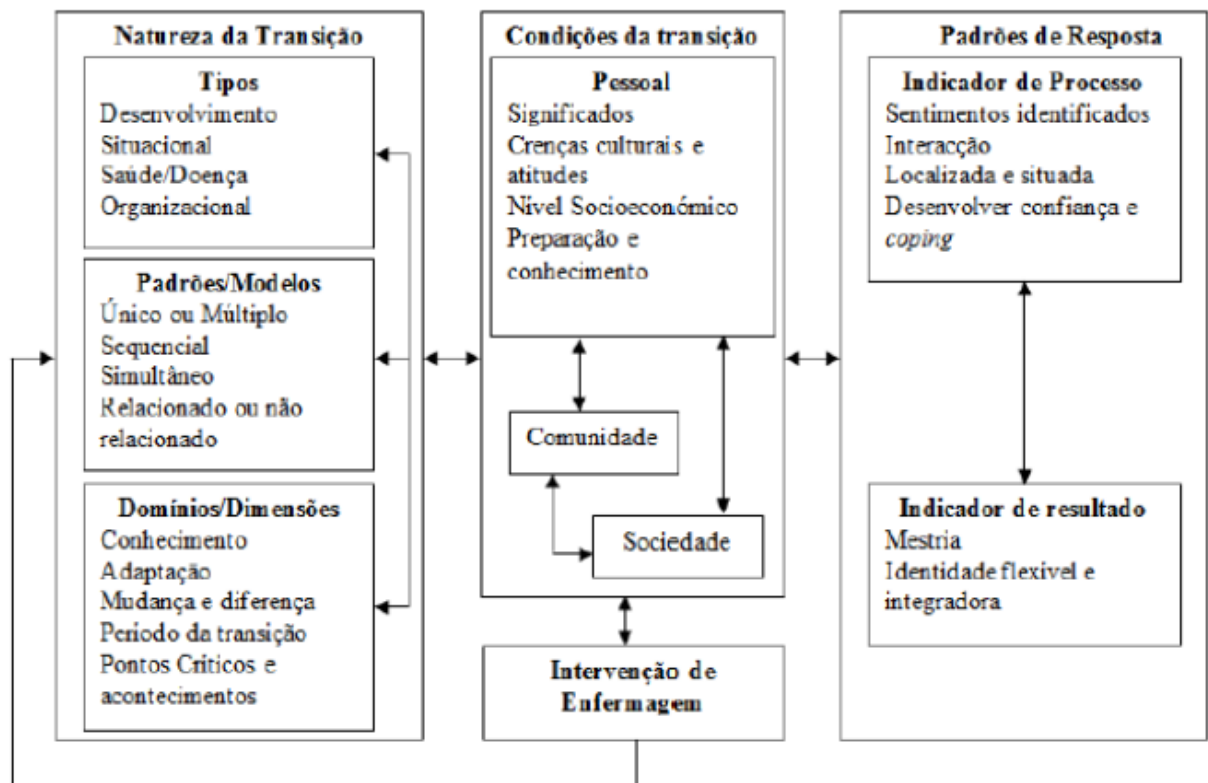


Imagem 4: Adaptação do Modelo das Transições: teoria de médico alcance. Fonte: Meleis et al., (2000. p.56)

Anexo V:

Modelo Integral da Fragilidade de Gobbens

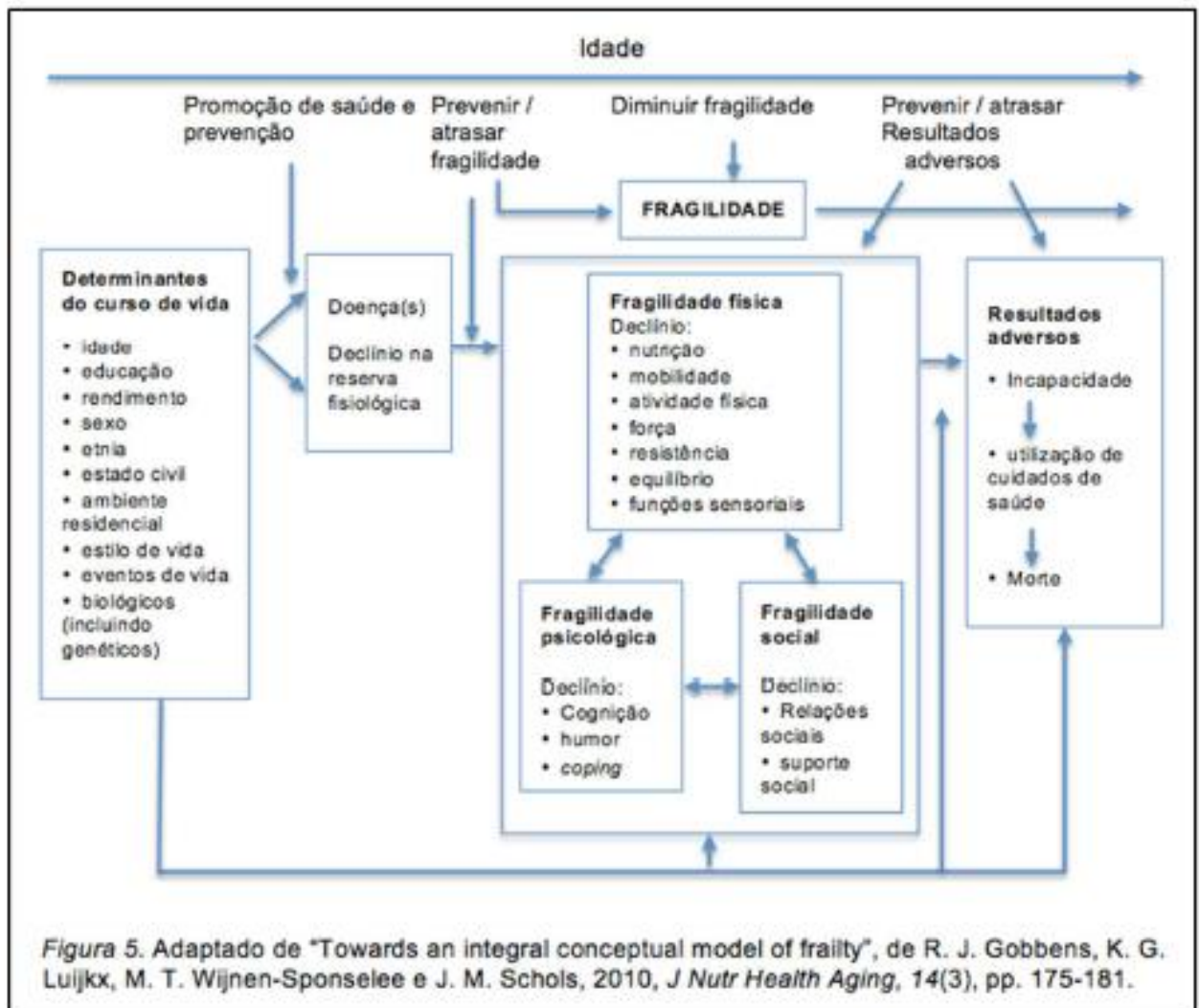


Imagem 5: Adaptação do Modelo Integral de Fragilidade de Gobbens. Fonte: Gobbens et al (2010, p.175-181)

Anexo VI:

Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)

INDICADOR DE FRAGILIDADE DE TILBURG

(Versão Portuguesa: Coelho, Santos, Paúl, Gobbens & Fernandes, 2014)

Parte A: Determinantes de fragilidade

1. Qual é o seu sexo? masculino feminino

2. Qual é a sua idade? _____ anos

3. Qual é o seu estado civil?

casado(a)/vive com um parceiro(a)

separado(a)/divorciado(a)

solteiro(a)

viúvo(a)

4. Em que país nasceu? _____

5. Quantos anos de escolaridade completou? _____

anos

6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?

250€ ou menos

501€ a 750€

1001€ a 1500€

2001€ ou mais

251€ a 500€

751€ a 1000€

1501€ a 2000€

Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

Saudável

nem muito nem pouco saudável

não saudável

Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

sim não

Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

a morte de uma pessoa querida sim não

uma doença grave em si próprio sim não

uma doença grave numa pessoa querida sim não

um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante sim não

um acidente de viação sim não

um crime sim não

Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

sim não

Parte B: Componentes de fragilidade

B1: Componentes físicos

Sente-se fisicamente saudável?

sim não

Perdeu muito peso recentemente sem desejar fazê-lo? ('muito' é: 6 kg ou mais, durante os últimos seis meses, ou 3 kg ou mais, durante o último mês)

sim não

Tem problemas na sua vida diária devido a:

.....dificuldade em andar? sim não

.....dificuldade em manter o seu equilíbrio? sim não

.....dificuldade de audição? sim não

.....dificuldade de visão? sim não

.....falta de força nas suas mãos? sim não

.....cansaço físico? sim não

B2: Componentes psicológicos

Tem problemas com a sua memória? sim por vezes não

Tem-se sentido em baixo durante o último mês? sim por vezes não

Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o último mês? sim por vezes não

É capaz de lidar bem com os problemas? sim não

B3: Componentes Sociais

Vive sozinho? sim não

Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta? sim por vezes não

Recebe suficiente apoio de outras pessoas? sim não

Anexo VII:

Formações Externas Realizadas

International Council of Nurses

Continuing Nursing Education Certificate

Presented to

Mário, Mateus

*Having satisfied all requirements for the successful completion of **17.25**
International Continuing Nursing Education Credits (ICNEC)*

The credits were earned at the

51st EDTNA/ERCA INTERNATIONAL CONFERENCE

*October 14-17, 2023
Vilnius, Lithuania*

Conferred by

International Council of Nurses (ICN)



Howard Catton
ICN CEO

ENCONTRO RENAL

16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO



CERTIFICADO

Certifica-se que

Mário Luís Alves Mateus

participou no **XXXVII CONGRESSO DA APEDT**
que decorreu nos dias 16, 17 e 18 novembro de 2023
no Porto Palácio Hotel.

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVII
CONGRESSO
PORTUGUÊS
DE NEFROLOGIA



SPNEPRO.PT

XV
CONGRESSO
LUSO-BRASILEIRO
DE NEFROLOGIA



SBN.ORG.BR

XXXVII
CONGRESSO
APEDT



APEDT.PT



Certificado

Para os devidos efeitos curriculares certifica-se que Mário Mateus participou no 2º Multipler Event do Projeto **InnovAld**, que decorreu no dia 15 de junho de 2023, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lisboa, 22 de junho de 2023

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa



CERTIFICADO

Certifica-se que Mário Luís Alves Mateus participou no evento científico internacional **Encontro com Dra. Jean Watson**, que decorreu no dia 27 de junho de 2023, com a duração de 8 horas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declara-se que

Mário Luís Alves Mateus

participou na formação

**Intervenção Paliativa na Doença Renal Crónica em Estadio
Terminal**

duração: 8 horas

Principais tópicos:

Introdução ao suporte paliativo numa clínica NephroCare

22 de Junho de 2023

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o Sr. Enf. Mário Luís Alves Mateus colaborou com a equipa pedagógica no dia 26 de outubro de 2023, apresentando e discutindo o tema "Diagnóstico e plano educativo para a pessoa com insuficiência cardíaca" (1h) no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

A presença do Sr. Enf. Mário Mateus foi de extrema importância para o enriquecimento do conteúdo lecionado, proporcionando aos estudantes uma visão teórico-prática e aprofundada dos desafios inerentes à educação terapêutica de pessoas em situação crónica.

Expresso, assim, o meu mais sincero agradecimento pelo tempo dedicado, partilha de conhecimentos e pela inspiração proporcionada aos estudantes. A contribuição do Sr. Enfermeiro elevou significativamente a qualidade do ensino na referida Unidade Curricular.

Lisboa, 7 de dezembro de 2023

A regente da Unidade Curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Assinado por: **Helga Marília da Silva Rafael
Henriques**

Num. de identificação: 11353460



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o Sr. Enf. **Mário Luís Alves Mateus** colaborou com a equipa pedagógica no dia 3 de janeiro de 2024, apresentando e discutindo o tema "Utilização do mapa de conceitos no desenvolvimento do trabalho **NECESSIDADES PALIATIVAS NA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE**" (1h) no âmbito da Unidade Curricular Teorias e modelos de cuidado à pessoa em situação crónica do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

A presença do Sr. Enf. Mário Mateus foi de extrema importância para o enriquecimento do conteúdo lecionado, proporcionando aos estudantes uma visão teórico-prática e aprofundada da utilização de mapas conceituais no desenvolvimento dos projetos formativos individuais.

Expresso, assim, o meu mais sincero agradecimento pelo tempo dedicado, partilha de conhecimentos e pela inspiração proporcionada aos estudantes. A contribuição do Sr. Enfermeiro elevou significativamente a qualidade do ensino na referida Unidade Curricular.

Lisboa, 19 de janeiro de 2024

A regente da Unidade Curricular Teorias e modelos de cuidado à pessoa em situação crónica

Assinado por: **Helga Marília da Silva Rafael Henriques**
Num. de identificação: 11353460
Data: 2024.01.19 11:51:09+00'00'

