



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE SEGURANÇA E
CONFORTO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

**NURSING CARE PROMOTERS OF SAFETY AND COMFORT TO THE PERSON
AND FAMILY IN CRITICAL SITUATION IN THE EMERGENCY SERVICE**

Por

João Manuel Pinto Dória

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE SEGURANÇA E CONFORTO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

NURSING CARE PROMOTERS OF SAFETY AND COMFORT TO THE PERSON AND FAMILY IN CRITICAL SITUATION IN THE EMERGENCY SERVICE

Por

João Manuel Pinto Dória

Sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, fevereiro 2023

“Nenhuma profissão é tão sinónimo de conforto quanto enfermagem”

Anónimo

AGRADECIMENTOS

Desejo, em primeiro lugar, agradecer à Universidade Católica Portuguesa, honrosa instituição de saberes e valores.

À Enfª Especialista e Mestre Marine Carrilho desejo manifestar os mais sinceros agradecimentos, pela orientação, empenho e, sobretudo, compreensão e paciência que foram inextinguíveis e marcantes para a realização do trabalho.

À Prof. Doutora Patrícia Pontífice-Sousa agradeço pela forma disponível como sempre acompanhou o trabalho, contributo inestimável para a sua realização.

Ao Serviço de Urgência da ULS que me possibilitou a realização deste trabalho.

Aos profissionais de enfermagem que exercem funções no SU, que trabalham heroicamente e infatigavelmente com os doentes e suas famílias e me deram um contributo genuíno e essencial para a realização deste estudo.

À Enfª Lucília Bento pela sua orientação e encaminhamento.

À minha família agradeço o esforço que fizeram, contudo tantas vezes privados da minha presença e disponibilidade, e a motivação que sempre me deram para me tornar uma pessoa mais qualificada, em todos os aspetos da minha vida.

Por fim à minha esposa e aos meus filhos J&J&J. São o meu mundo.

A todos, o meu sincero obrigado!

RESUMO

Este relatório descreve e analisa o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

A análise das atividades assenta na reflexão sobre e nas ações desempenhadas na prática profissional, aquando do estágio clínico em contexto de urgência médico-cirúrgica numa ULS do Centro de Portugal permitindo o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo. Por ser uma área de maior interesse pessoal e profissional dirigi a minha atuação à pessoa hemodialisada e sua família no contexto de urgência. Este relatório inclui ainda a conceptualização teórica dos mais variados contextos da praxis clínica sustentados pelo modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado para a prática de enfermagem por Benner (2001).

Concluiu-se que as intervenções de enfermagem para promover a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada passam por cuidados com o acesso vascular e manutenção do acesso para diálise, cuidados com o CLD, cuidados com a nutrição e a restrição hídrica, cuidados psicossociais, estabelecimento de relação empática e comunicação assertiva, prevenção de náuseas, vômitos, atuação sobre a dor, prevenção de obstipação e atuação efetiva sobre os quatro níveis gerais de conforto do doente: físicos, ambientais, psicoespirituais e sociais. Deste modo o conforto e a segurança do doente devem ser percecionados como focos da intervenção da enfermagem para satisfazer as necessidades humanas.

Descritores: cuidados de enfermagem, conforto, segurança, pessoa hemodialisada, serviço de urgência

ABSTRACT

This report describes and analyzes the path of learning and developing specialized skills within the scope of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the person in critical situation, of the Institute of Health Sciences, of the Catholic University of Lisbon

The analysis of the activities is based on reflection on and on the actions performed in professional practice, during the clinical internship in the context of a medical-surgical emergency at a ULS in Central Portugal, allowing the development of critical-reflective thinking. As it is an area of greater personal and professional interest, I focus my work on hemodialysis patients and their families in the context of emergencies. This report also includes the theoretical conceptualization of the most varied contexts of clinical praxis supported by Dreyfus' model of competence acquisition, adapted for nursing practice by Benner (2001).

It was concluded that nursing interventions to promote the safety and comfort of hemodialysis patients include care for vascular access and maintenance of access for dialysis, care with CLD, care with nutrition and water restriction, psychosocial care, establishment empathic relationship and assertive communication, prevention of nausea, vomiting, action on pain, prevention of constipation and effective action on the four general levels of patient comfort: physical, environmental, psycho-spiritual and social. Thus, the patient's comfort and safety should be seen as the focus of nursing intervention to satisfy human needs.

Descriptors: nursing care, comfort, safety, hemodialysis person, emergency department

ÍNDICE DE SIGLAS, ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS

AV – Acesso Vascular

CLD – Cateter de longa duração

CVC – Cateter venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DRC – Doença Renal crónica

ECG – eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf^o/Enf^a – Enfermeiro/Enfermeira

EPI – equipamentos de proteção individual

FAV – Fístula Arteriovenosa

GPID – Ganho de peso interdialítico

HD- Hemodiálise

IRA – Insuficiência Renal Aguda

JBÍ – Joanna Briggs Institute

IRC – Insuficiência Renal Crónica

KDOQI - Kidney Disease Outcome Quality Initiative

NKF – National Kidney Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTFE – Prótese arteriovenosa de Politetrafluoretileno

REPE – Regulamento do exercício profissional de Enfermagem

ScR - ScopingReview

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

TSFR – Tratamento de Substituição de Função Renal

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

ULS – Unidade Local de Saúde

UCIP – Unidades de Cuidados Intermédios Polivalente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE SEGURANÇA E CONFORTO À PESSOA HEMODIALISADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA SCOPING REVIEW.....	21
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO.....	37
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Fluxograma PRISMA.....	27
Quadro 2 – Síntese de resultados.....	28

INTRODUÇÃO

Este trabalho permitiu o desenvolvimento de competências de cuidado especializado de enfermagem, segundo o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado para a prática de enfermagem por Benner (2001). Este paradigma releva a importância do domínio das capacidades e habilidades profissionais, da experiência e da incorporação da mesma no desenvolvimento e evolução do enfermeiro com o objetivo de otimizar a sua prática de prestação de cuidados.

O percurso formativo no contexto da Unidade Curricular de Estágio com Relatório iniciou-se com a elaboração de um projeto, cujos objetivos, atividades e estratégias utilizadas permitissem atingir as metas definidas pela Universidade Católica Portuguesa para este curso de mestrado, as metas enunciadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, conforme o respetivo regulamento da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018,b).

A temática subjacente ao processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem é a segurança da Pessoa em Situação Crítica (PSC) em contexto de Serviço de Urgência (SU), materializada na questão central "Quais os cuidados de enfermagem promotores de segurança e conforto ao doente hemodialisado no serviço de Urgência?"

O estágio em contexto de urgência/emergência realizou-se no período entre o dia 17 de fevereiro e 20 de junho de 2022, num SUG que se enquadra no segundo nível de resposta - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC). Assim, pelo desenvolvimento de cuidados com diferentes graus de diferenciação, o local de estágio possibilitou o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência/emergência.

Tendo em conta que atualmente já sou enfermeiro-especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica o objetivo geral com este estágio:

Desenvolver competências de Mestre em Enfermagem MC – pessoa em situação Crítica, aperfeiçoando as competências de Enfermeiro Especialista em EMC no âmbito técnico, científico, ético e relacional na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família,

O processo formal de acompanhamento tutorial da prática profissional é entendido no Regulamento n.º 366/2018 da Ordem dos enfermeiros publicado a 14 de junho 2018, como um exercício determinante para o desenvolvimento de competências, agregado a uma componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde através de processos de reflexão e análise da prática clínica. A prática reflexiva, associada ao conhecimento específico na área de especialização, permite ao Enfermeiro melhorar a compreensão do estado da arte e promover uma mudança comportamental (Batista & Pontífice-Sousa, 2014). Por conseguinte, visando a reflexão acerca das competências a adquirir, são apresentados no segundo capítulo os objetivos e atividades desenvolvidas em estágio.

A escolha desta temática – pessoa com IRC - teve como base um conjunto de motivações pessoais e de necessidades profissionais, identificadas ao longo do percurso como enfermeiro, nomeadamente o fato de exercer enfermagem em contexto dialítico.

A PSC apresenta, fruto da gravidade e instabilidade da sua condição clínica, maior vulnerabilidade e a sua sobrevivência depende de uma vigilância, monitorização e terapêutica avançada (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A intervenção especializada de enfermagem na gestão de protocolos terapêuticos complexos, promoção da segurança e prevenção de complicações implica uma vigilância e monitorização contínua da PSC e do ambiente terapêutico, exigindo o desenvolvimento de competências na deteção precoce de alterações e possíveis deteriorações do estado clínico e das necessidades da PSC, de modo a possibilitar a adequação dos cuidados (Benner, 2001).

Em síntese, a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada é um tema atual e de grande importância no contexto dos cuidados de saúde uma vez que a doença renal está em crescimento a nível mundial. O desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem permite valorizar e potenciar o trabalho dos enfermeiros e assegurar uma melhor qualidade nos cuidados de saúde prestados.

Na sua estrutura o relatório é constituído por um primeiro capítulo composto por uma revisão sistemática da literatura, onde são abordados os cuidados de enfermagem enquadrados nos cuidados promotores de segurança e conforto à pessoa hemodialisada em contexto de urgência através de uma revisão de escopo (scoping review). No segundo capítulo é feita a enumeração e análise dos objetivos e atividades referentes ao percurso efetuado ao longo do estágio no SU da ULS.

Por último, é contemplada na conclusão a importância da mobilização e aquisição de conhecimentos e competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica/falência orgânica, dando ênfase às implicações para a prática de uma Enfermagem Avançada.

1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE SEGURANÇA E CONFORTO À PESSOA HEMODIALISADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA SCOPING REVIEW

O aumento das doenças crónicas, relacionado com o progressivo envelhecimento da população, o comportamento de risco e os fatores ambientais, impõe cada vez mais novas necessidades e novos desafios no que diz respeito à procura de cuidados de saúde. Uma das doenças crónicas com maior crescimento na sociedade contemporânea é a doença renal. O rim é um órgão fundamental na homeostase, bem como para a manutenção do estado do equilíbrio celular interno e quando este apresenta problemas funcionais, implica um tratamento de substituição da função renal (TSFR) (Mira et al., 2017).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2021) o total de doentes em Tratamento de Substituição Renal em 2020 era de 20713, dos quais cerca de 12458 (60,2%) em Hemodiálise (HD)- Portugal apresenta a mais elevada taxa de surgimento de novos casos de falência renal de toda a Europa tornando-se assim um grave problema de saúde pública.

A hemodiálise é um procedimento extracorporeal que substitui as funções do rim através de um acesso vascular (AV), estando indicada para caso de insuficiência renal aguda (IRA) e insuficiência renal crónica (IRC), sendo o TSFR mais utilizado no cenário mundial (Fielding, 2019). Os AV utilizados na HD podem ser AV temporários (CVC provisório) ou AV permanentes (Cateter Venoso Central de Longa Duração (CLD), Fístula Arteriovenosa (FAV) e a Prótese Arteriovenosa de Politetrafluoretileno (PTFE) (Moura, 2022).

Duarte (2017) refere numerosos problemas que a pessoa hemodialisada tem que vivenciar: passam a ter de ir ao centro de diálise 3 dias por semana, 4 horas por sessão (não contabilizando o tempo de transporte e espera) no hospital/centro de

diálise e isto significa estar afastado da família, do meio social, o que leva por vezes ao abandono da carreira profissional, mudança no status económico, na autoestima, comprometendo, de certo modo, a qualidade de vida da pessoa. Em situações extremas, podem ocorrer casos de isolamento social, perda de mobilidade e de autoconfiança. Atualmente reconhece-se que a adaptação da pessoa à HD é um processo complexo, e o iniciar uma técnica de substituição renal constitui um momento marcante na vida da pessoa e da sua família. Apesar de a HD permitir a manutenção da vida de forma útil e produtiva, a verdade é que estes, a partir do momento em que iniciam HD, se sentem dependentes de uma máquina e de uma equipa de saúde, para o resto da vida ou até estarem reunidas condições que possibilitem o transplante (Duarte,2017). Ainda segundo o mesmo autor, a pessoa com DRC submetida a HD sofre alterações profundas no seu corpo, na sua vida pessoal e nas relações interpessoais. A pessoa é confrontada com a probabilidade de perdas significativas a nível físico, afetivo e socioprofissional, com respostas orgânicas ocasionadoras de mal-estar que exigem ou são acompanhadas por um conjunto de restrições. Desde o momento do diagnóstico, esta pessoa convive com uma doença incurável que a obriga a lidar com uma série de questões que marcam a sua vida, provocando alterações na interação social e alterações psicológicas, não só para ele próprio, mas também para a sua família (Marujo, 2016).

Por todas estas condicionantes da HD, a pessoa hemodialisada recorre variadas vezes ao serviço de urgência (SU) com complicações agudas e/ou crónicas carente de cuidados (Duarte, 2017). Os serviços de urgência são serviços conhecidos pela sua complexidade, na medida em que exigem uma intervenção imediata e eficaz, contudo, a segurança e o conforto dos doentes assumem-se como desafios, não só pela quantidade de doentes que lá se encontram, como, em alguns casos, as condições físicas dos serviços não se encontram no melhor estado (Bravo, 2020).

A segurança do doente é uma temática de vital importância na prestação de cuidados de enfermagem. Para Vilhena (2018) segurança do doente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, que se refere à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em

oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. São muitos os fatores que influenciam a segurança do doente, incluindo condições estruturais do serviço, recursos técnicos, equipamentos e materiais, procedimentos, normas e, inevitavelmente, os profissionais de saúde (Vilhena, 2018). De acordo com Santos (2017), os enfermeiros estão numa posição única para melhorar a segurança dos doentes, pois a natureza das suas funções e a proximidade ao doente confere-lhes a perspetiva necessária para identificar problemas nos serviços de saúde bem como a oportunidade de ser parte fundamental das soluções de segurança dos doentes.

A admissão num serviço de urgência (SU) constitui um momento que gera *stress*, fragilidade e vulnerabilidade no doente (e também na sua família), não só porque vê a sua saúde ameaçada, como se encontra numa situação de incerteza, está longe da sua família, não tem privacidade, pode ficar dependente de outros, o que gera desconforto (Batista et al., 2017).

O ato de confortar permeia a história da Enfermagem desde os primeiros relatos. É hoje abordado por várias teorias, destacando-se, por ser um modelo de referência, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a qual concebe o conforto como uma experiência de carácter imediato que implica alívio, tranquilidade e transcendência, considerando as dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2011).

O conforto como alívio é um resultado holístico imediato, que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias. O conforto como tranquilidade é definido como estado de calma ou satisfação, o qual relaciona-se a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar. O conforto como transcendência é compreendido como condição em que se está por cima dos problemas ou da dor própria, como o nível mais elevado de conforto, a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, para capacitar o cliente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis, para realizar suas atividades com a máxima independência possível (Kolcaba, 2003).

Segundo Pontífice-Sousa (2021:117) “conforto é a procura da satisfação das necessidades do doente, enquanto pessoa, pressupõe um conhecimento do fenómeno na perspetiva dos sujeitos que o experimentam e a sua interação com a prática dos profissionais que o proporcionam”, numa ação baseada no respeito pela individualidade e subjetividade entre o cuidador e pessoa que é cuidada.

O doente em situação crítica, necessita permanentemente de cuidados de enfermagem, por se encontrar na maior parte das vezes em risco de vida (OE, 2018), por conseguinte as quatro dimensões do conforto (contexto físico, ambiental, psíquico e sociocultural) podem ficar comprometidas. A pessoa hemodialisada nestas condições pode apresentar uma vasta sintomatologia como dispneia, dor, o facto de se encontrar num ambiente diferente também pode condicionar o conforto, com a sua independência emocional afetada) e sem a presença habitual dos seus familiares mais próximos (contexto sociocultural) (Freire, 2018)

Neste sentido, o conforto vem sendo apontado como um elemento dos cuidados de enfermagem pois não se trata apenas de suprimir as necessidades fisiológicas dos doentes, mas também as suas necessidades psicológicas, sociais e ambientais, devendo privilegiar-se uma intervenção holística e um plano de cuidados individualizado (Peixoto, 2021). Por isso mesmo, a promoção do conforto do doente deve pautar-se pela interação entre o profissional, o contexto e a vontade de proporcionar conforto, sendo um processo que prima pela abordagem holística da pessoa, bem como pelo planeamento da saúde, elaborado em conjunto com o doente, a sua família e restantes atores, assentando no compromisso, intencionalidade e mutualidade (Faria, Pontífice-Sousa, & Gomes, 2018).

A pessoa hemodialisada evidencia a continuidade dos desconfortos para além da sala de hemodiálise, enfrentando desafios diários que se entremeiam por entre prismas físicos, ambientais, sociais e psíquicos (Freire, 2018).

Partindo deste desconforto extra-diálise surge a pertinência da realização da presente pesquisa, com a seguinte questão: *Quais os cuidados de enfermagem promotores de segurança e conforto prestados à pessoa hemodialisada em contexto de urgência?*

Métodos

O estudo apresentado traduz-se numa *scoping review* (ScR) que segue o método de revisão proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). O objetivo da presente ScR é mapear a literatura existente acerca dos cuidados de enfermagem *promotores de segurança e conforto prestados à pessoa hemodialisada em contexto de urgência*, concretamente nas especificidades relativas aos acessos vasculares e à situação clínica.

No que concerne à estratégia de pesquisa, interessa referir que a mesma se desenvolveu ao longo de diversas fases, com a primeira a coincidir com a formulação da pergunta de investigação. Para dar resposta à questão de investigação e também para a definição dos critérios de inclusão, e uma vez que se trata de um ScR, entendeu-se que era adequado adaptar os elementos-chave contemplados pela mnemónica PCC e a qual se refere aos **P**articipantes, ao **C**onceito e ao **C**ontexto, seguindo-se as orientações do JBI (Aromataris & Munn, 2020). Deste modo os elementos-chave do presente estudo são P – Pessoa hemodialisada, C- cuidados de enfermagem promotores da segurança e do conforto e o C – Serviço de Urgência. Atendendo aos elementos-chave identificados por via da estratégia PCC, formulou-se a pergunta de investigação que consiste na questão à qual se pretende responder através da realização do presente estudo: *Quais os cuidados de enfermagem promotores de segurança e conforto prestados à pessoa hemodialisada em contexto de urgência?*

Após a formulação de pergunta de investigação, e considerando-se que a estratégia PCC auxilia a procura da evidência empírica (Peters et al, 2020), na qual os critérios de seleção são fundamentais, como critérios de inclusão os participantes dos estudos deverão ser doentes hemodialisados em contexto de urgência, como exposição serão os cuidados de enfermagem que promovem a segurança e o conforto do doente, os resultados deverão constar em publicações de periódicos nacionais e internacionais com data de publicação entre 2010 e 2022 com idioma inglês, espanhol e português, finalmente no que diz respeito ao tipo de estudo não houve critério relativamente a este item.

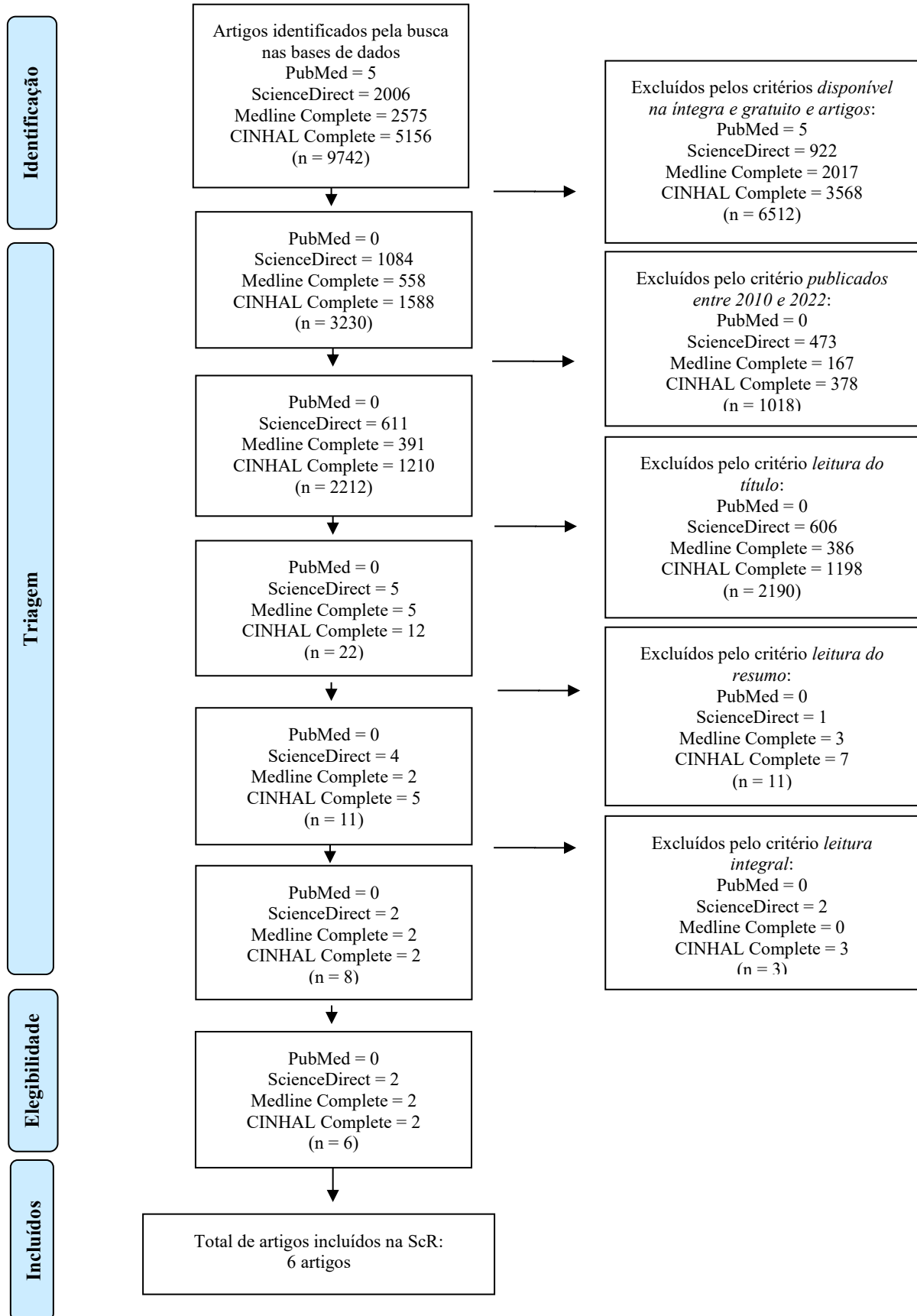
A segunda fase correspondeu à pesquisa dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Assim sendo, foram utilizados

variados descritores nas diferentes bases de dados, sendo que de acordo com Santos et al. (2007), para recuperar evidências nas bases de dados, a pesquisa pode ser orientada por uma seleção dos termos de procura, pelo uso de operadores booleanos (*E* e *OU*, em inglês, *AND* e *OR*) e por uma combinação dos elementos-chave da pergunta de investigação (PCC). Nesta ordem de ideias, foram formuladas frases booleanas para cada uma das bases de dados, sendo que: na PubMed inseriu-se a seguinte frase booleana: *nursing comfort AND hemodialysis AND emergency*; na ScienceDirect inseriu-se a frase: *comfort care emergency dialysis*; na EBSCO (MEDLINE Complete e CINHALL Complete) inseriu-se a frase booleana: *nursing comfort AND hemodialysis AND emergency*.

Para uma melhor exposição de todo o processo de extração de dados, em seguida apresenta-se o fluxograma do processo de revisão segundo a PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) – Quadro 1.

Quadro 1 – Fluxograma PRISMA

Fonte: Própria



Para análise dos dados recolhidos, foi realizada uma estratificação assente nos principais pontos dos estudos, que contemplou, além da identificação dos autores e ano de publicação do estudo, a amostra e tipo de estudo, os objetivos, o método adotado e as conclusões do estudo.

Resultados

Foram selecionados 6 estudos para esta ScR e os quais foram publicados no período temporal de 2011 a 2021. O objetivo era contemplar evidências científicas recentes, pelo que em seguida se apresenta uma síntese dos resultados obtidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Síntese de resultados

Fonte: Própria

E1 - Davis-Ajami, Fink, Baernholdt, & Wu (2019) Adverse Safety Event Characteristics and Predictive Factors in Hospital Encounters for Patients with Chronic Kidney Disease – American Journal of Nephrology	
Objetivo	Comparar diferenças e determinar preditores de eventos adversos de segurança na doença renal crónica em ambiente hospitalar
Amostra	Adultos com idades superiores a 18 anos, com diagnóstico de alta por doença renal crónica
Método/Tipo de Estudo/Nível de evidência científica	Estudo quantitativo transversal/ Nível I
Resultados/ Conclusão	Principais fatores que aumentam o risco de eventos adversos de segurança em pacientes com DRC são anemia, coagulopatias, depressão, distúrbios hidroeletrólíticos, distúrbios neurológicos, psicoses e perda de peso, existindo oportunidades para reduzir estes eventos através de intervenções de enfermagem permitindo uma avaliação holística da pessoa hemodialisada.
E2 - Ponte KMA, Bastos FES, Sousa JG, Fontenele MGM, Aragão OC (2019) Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. Rev Fun Care Online	
Objetivo	Descrever conforto para pacientes em serviço de emergência e implicações no cuidado de enfermagem.
Amostra	85 pacientes, internados de 12 a 24 horas no Serviço de Emergência
Método/Tipo de Estudo/Nível de evidência científica	Estudo exploratório descritivo qualitativo / Nível IV
Resultados/ Conclusão	Os profissionais da enfermagem foram citados como os que mais contribuem para amenizar o desconforto dos pacientes, através de intervenções como escuta ativa, rapidez no atendimento, controlo da dor e empatia.
E3 - Santos et al (2020)	

Relação do nível de conforto de pacientes renais crônicos com variáveis sociodemográficas e clínicas, REBEn	
Objetivo	Correlacionar o nível de conforto de doentes hemodialisados por meio do General Comfort Questionnaire com as variáveis sociodemográficas e clínicas.
Amostra	180 doentes hemodialisados
Método/Tipo de Estudo/Nível de evidência científica	Estudo transversal, abordagem quantitativa/ Nível I
Resultados/ Conclusão	Nos quatro domínios do conforto, permitiu-se identificar necessidades dos pacientes, como presença e intensidade de dor, ansiedade, obstipação e tipo de acesso, tornando possível nortear os enfermeiros na sistematização do cuidado e melhorar o conforto desses pacientes.
E4 - Allsopp, K (2011) Caring for patients with kidney failure, Royal College of Nursing Publishing Company	
Objetivo	Aumentar o conhecimento dos enfermeiros do SU sobre as principais áreas de preocupação e gestão associadas ao DRC.
Amostra	6 artigos publicados em inglês + 1 estudo de caso
Método/Tipo de Estudo/Nível de evidência científica	Revisão integrativa da literatura + estudo de caso / Nível IV
Resultados/ Conclusão	Os enfermeiros do SU deverão ter mais formação na área da pessoa hemodialisada de modo a prestar cuidados que visem a segurança e o conforto tais como: compreender a necessidade de diálise e a importância de proteger os locais de acesso, gestão de fluidos, considerar a hipercalemia e conhecer a ação necessária, compreender o perigo potencial de transfusões de sangue e intervir através de opções apropriadas de controle da dor.
E5 - Silva et al (2020) Assistência de enfermagem na manutenção do acesso vascular arteriovenoso de pacientes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão narrativa, Electronic Journal Collection Health	
Objetivo	Descrever os cuidados de enfermagem para a manutenção da fístula arteriovenosa em doentes hemodialisados.
Amostra	Revisão narrativa
Método/Tipo de Estudo/Nível de evidência científica	Estudo descritivo de análise da literatura / Nível IV
Resultados/ Conclusão	É fundamental para o enfermeiro desenvolver competências para avaliar e diagnosticar as complicações que possam ocorrer com a fístula arteriovenosa, de modo a intervir precocemente reduzindo o desconforto do doente.
E6 - Freire et al (2020) Contextos de experiência de estar (des)confortável de pacientes com doença renal crônica, Esc Anna Nery	
Objetivo	Estabelecer os contextos da experiência de estar (des)confortável, conforme percepções de pacientes com doença renal crônica baseadas no referencial teórico de Kolcaba
Amostra	30 doentes hemodialisados
Método/Tipo de Estudo/Nível de evidência científica	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada / Nível I

Resultados/ Conclusão	O conforto para a pessoa hemodialisada configurou-se como necessidade humana básica, pois os doentes apresentaram desconfortos diários relacionados com os contextos físicos, ambientais, psicoespirituais e sociais, possibilitando que os enfermeiros prestem cuidados ao paciente renal crónico de forma holística, pautada na promoção do conforto.
--------------------------	---

Discussão

Esta ScR procurou aferir os cuidados de enfermagem que promovem a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada no contexto de urgência.

No caso dos muitos doentes que recorrem aos SU em situação crítica, torna-se ainda mais importante, neste contexto, a ação do enfermeiro na garantia da segurança dos cuidados. Nesse sentido, Davis-Ajami et al (2019) relatou que os principais eventos que colocam em causa a segurança em doentes hemodialisados (com idades superiores a 18 anos) aquando de uma ida ao Hospital foram confusão, edema dos membros inferiores, náuseas, vômitos e diarreia, sendo preditores destes eventos adversos de segurança: idade, sexo feminino, hospitais rurais, região geográfica e diagnóstico de anemia, coagulopatias, depressão, distúrbios hidroeletrolíticos, distúrbios neurológicos, psicoses e perda de peso. Significa com estes dados que os enfermeiros do SU têm de estar alertas para estes sintomas de forma a demonstrar uma célere resposta ao doente hemodialisado e à sua segurança. Este estudo vai ao encontro dos resultados obtidos por Spigolon (2018) que visava a identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes no doente portador de doença renal: estilo de vida sedentário, risco de desequilíbrio hidro-eletrolítico, risco de função cardiovascular prejudicada, risco de alterações gastrointestinais, risco de perfusão tecidual ineficaz, risco de quedas e infeção, eliminação vesical prejudicada, risco de trauma vascular e risco de nutrição desequilibrada.

Enquadrado na área da saúde como um fenómeno desejável ao longo da vida, o conforto é considerado como uma necessidade, uma perceção pessoal cujo significado é multidimensional, variável de individuo para individuo, em função das suas expectativas, experiências, fatores sociais e culturais (Sousa, 2020). Freire et al (2020) no seu estudo sobre o (des)conforto do doente hemodialisado possibilitou a identificação de algumas intervenções de enfermagem oportunas para promoção do conforto, como monitorizar e reduzir as complicações inter-dialíticas (...),

orientação em saúde, visando mudança de comportamentos inadequados em saúde, aumento da autoestima e do autoconceito, desenvolvimento de estratégia de enfrentamento ao tratamento, promoção da resiliência, a curto e longo prazo, e controle ambiental, na garantia da qualidade e segurança. Portanto deste estudo emergiram quatro categorias analíticas, relativamente ao (des)conforto nesta população de doentes: físicos (imobilidade, hipotensão, dor, fome, cãibra, cansaço, poliúria, prurido, edema, sede); ambientais (luz, barulho, cadeira, frio); psicoespirituais (desespero, sensibilidade, isolamento social); e sociais (mudança de rotina) (Freire et al, 2020).

Para além da patologia, a própria HD impõe uma nova condição que está associada a mudanças no seu estilo de vida, tais como: mudanças na dieta e hidratação, alterações na imagem corporal, diminuição do desejo sexual e impotência, perda da autonomia, sintomas depressivos, stress, a perda do emprego e desenvolvimento de sentimentos ambíguos entre medo de viver e morrer (Marujo, 2016). No estudo realizado por Ponte et al (2019), que aborda o conforto no SU, refere que o contexto físico nomeadamente a dor foi a principal motivo de desconforto abordado. Relativamente ao contexto ambiental, os doentes sentem-se desconfortáveis ao ver outros em condições mais severas. Ainda de acordo com o mesmo estudo, as macas também provocam desconforto porque são estreitas e mal acolchoadas, um tecido que facilita a limpeza, mas provoca um efeito indesejado na pele. Os participantes do estudo referem ainda a falta de atenção dos profissionais de saúde no esclarecimento de dúvidas.

Santos (2020) procurou correlacionar o nível de conforto da pessoa hemodialisada com as variáveis sociodemográficas e clínicas e concluiu que a dor, o tipo de acesso e principalmente a ansiedade que estes doentes demonstram está intimamente relacionada com o com o nível de conforto nos domínios ambiental e psicoespiritual: os doentes que se consideraram ansiosos obtiveram menos nível de conforto. O DRC convive diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração, responsável por um quotidiano monótono e restrito.

Gonçalves (2017) refere que o conforto deve ser percecionado como um foco da intervenção da enfermagem para satisfazer as necessidades humanas, sendo

responsabilidade dos enfermeiros aliviar o mal-estar físico ou mental do doente. A perda de bem-estar, só por si, dá origem a alguma forma de desconforto (Pereira, et al, 2020). Neste sentido, o estudo de Santos (2020) corrobora o de Duarte (2017) ao referir que o enfermeiro sendo o profissional de saúde que está mais tempo com o doente - uma vez que são os enfermeiros que garantem o acompanhamento e vigilância das pessoas doentes nas 24 horas - tem grande responsabilidade e oportunidade de estabelecer esta relação empática, entendendo-se empatia como a capacidade de se relacionar colocando-se no lugar do outro, principalmente em serviço de urgência. Outro sintoma que apresentou significância com o domínio físico de conforto no estudo de Santos (2020) foi a obstipação. “A causa desse sintoma em pacientes renais crônicos pode estar associada a alguns fatores inerentes a essa população, como fatores emocionais, patológicos, físicos, medicamentosos; porém, deve-se principalmente a hábitos alimentares como a redução de ingestão de fibras e de líquidos” (Santos, 2020, p.6). Muitos alimentos com alto nível de fibras também são ricos em potássio, razão pela qual os pacientes são orientados a evitá-los.

A restrição de líquidos é um fator importante na pessoa hemodialisada, pois o excesso de líquidos pode ser mortal, pode causar insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, dispneia, assim como edema agudo do pulmão. Por sua vez um Ganho de Peso InterDialítico (GPID), excessivo pode originar um tratamento mais violento, onde a pessoa tem mais risco de desencadear hipotensão, náuseas, câibras musculares e mal-estar geral (Silva, 2019). O enfermeiro deve ter uma particular atenção ao estado de hidratação do doente, para evitar hipotensões que podem provocar a trombose precoce da FAV. Como tal, é importante fazer compreender ao doente, a relação entre o fornecimento de nutrientes e líquidos e com o estado de hidratação (Duarte,2017).

A autora Allsopp (2011) concluiu que para cuidar do doente hemodialisado, procurando o seu conforto e a sua segurança os enfermeiros do SU devem saber: a clínica/serviço onde o doente faz tratamento e quando realizou a última sessão de diálise; perceber a função dos rins e as consequências do declínio de função renal; compreender a necessidade de diálise e a importância de proteger a diálise; compreender o perigo potencial de transfusões de sangue nestes doentes; contato

do prestador de cuidados ou família; qual o valor normal de potássio do doente, se está dentro da normalidade, pois nestes doentes a capacidade de eliminação de potássio está diminuída, pelo que o risco de hipercaliemia é elevado; se a ingestão de líquidos do doente é restrito; reconhecer e identificar o AV, ter um bom acesso proporciona um tratamento eficiente e contribui fortemente para o bem-estar do doente. Neste mesmo estudo é perceptível que nas admissões dos DRC nos SU são motivadas, na maioria, por alterações cardíacas e respiratórias.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa hemodialisada, nomeadamente na promoção do conforto e segurança no serviço de urgência hospitalar passam também pela manutenção do AV (FAV ou PTFE), sendo que as principais complicações associadas ao AV são: trombose; infeção; estenose; síndrome de roubo; aneurismas e pseudoaneurismas; hipertensão venosa, e neuropatia isquémica monomélica (Lok et al, 2019). Segundo Duarte (2017) os principais cuidados de enfermagem com o doente IRC em ambiente de urgência são: cuidados com o AV, restrição de líquidos, cuidados dietéticos e hidroeletrólíticos, adesão terapêutica, cuidados psicológicos e psicossociais, dados estes que vão ao encontro dos presenciados nos estudos supracitados.

No seu estudo Silva (2020) pretendeu descrever os cuidados de enfermagem para a manutenção da fístula arteriovenosa em pacientes renais crónicos em terapia hemodialítica, referindo que para minimizar as complicações com a FAV, é necessário a colaboração entre os profissionais de saúde. É deste modo fundamental para o enfermeiro desenvolver habilidades para avaliar e diagnosticar todas as complicações que possam ocorrer com a fístula arteriovenosa.

A avaliação da FAV pode ser efetuada pelo enfermeiro através do exame físico, que compreende um conjunto de procedimentos a serem realizados à pessoa, sendo constituído por quatro aspetos: observação, palpação, percussão e auscultação do acesso vascular. Segundo Martins (2015) é uma habilidade que o enfermeiro deverá realizar na sua prática do cuidar, envolvendo os órgãos dos sentidos, a nível da visão, do tato e da audição, com o objetivo de recolher informações relevantes. É por isso importante que o enfermeiro do SU obtenha formação na área de acessos vasculares de forma a estes serem preservados a todo o custo, pois as complicações relacionadas com o acesso vascular são

consideradas a principal causa da morbidade, e de incapacidade nos doentes em diálise, sendo responsáveis por uma elevada percentagem dos internamentos e dos custos hospitalares do DRC em programa de hemodiálise (OE, 2016), devendo por isso ser reconhecido por todos os profissionais de saúde, sendo um fator determinante no sucesso dos cuidados e na eficácia do tratamento.

O enfermeiro no SU, deve assim identificar e preservar o AV destes doentes. É importante que durante a seleção dos locais de punção, nas colheitas de produtos biológicos desenvolva uma estratégia de salvaguardar a rede vascular da pessoa (Duarte, 2017). Esta postura possibilita não traumatizar, proteger e economizar vasos sanguíneos, que poderão ser utilizados para construções de futuros acessos vasculares, a nível do punho, antebraço e braço (OE, 2016). O enfermeiro deve evitar as punções e traumatismos no membro da FAV, não efetuar movimentos bruscos com o membro da FAV, não adotar posições que dificultem o retorno venoso, não permitir que o doente durma ou se apoie sobre o membro da FAV e evitar que o doente use roupas apertadas (restritivas do membro), pelo risco de hipoperfusão distal (Brandolm, 2018). O enfermeiro desempenha assim, um contributo importante na conservação da FAV e na prevenção das suas complicações.

Concluindo, intervenções de enfermagem para promover a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada no SU passam por uma atuação efetiva sobre os quatro níveis gerais de conforto do doente: físicos (imobilidade, hipotensão, dor, fome, câibra, cansaço, poliúria, prurido, edema, obstipação, sede) - cuidados com o AV, cuidados com a nutrição e a restrição hídrica, prevenção de náuseas, vômitos, diarreia, atuação sobre a dor, prevenção de obstipação, prevenção de distúrbios hidroeletrólitos e neurológicos); ambientais (luz, barulho, macas, frio) – minimizar desconforto; psicoespirituais (isolamento social) - atuação de prevenção de desespero, stress, ansiedade e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença e sociais (mudança de rotina) - estabelecimento de relação empática e comunicação assertiva e orientação em saúde.

É assim determinante que o enfermeiro na sua relação com a pessoa recetora de cuidados demonstre competências técnico-científicas, psicossociais e ético-

deontológicas para que consiga obter os melhores resultados, que se traduzem na melhoria da qualidade de vida, do conforto e da segurança da pessoa com DRC.

Conclusão

Este estudo, que assume a forma de uma ScR, procurou aferir os cuidados de enfermagem que promovem a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada no contexto de um serviço de urgência.

A principal limitação sentida neste estudo, reside no facto de contemplar poucos artigos, o que impossibilita a generalização de resultados. Além disso, é escassa a literatura que foca as intervenções de enfermagem que promovem a segurança e o conforto de pessoas hemodialisadas em contexto de emergência.

Foi possível apurar a importância dos cuidados de enfermagem não se limitarem apenas, à satisfação de necessidades fisiológicas, sendo igualmente importante que estes visem a satisfação de necessidades psicológicas, sociais e ambientais destes doentes.

Já em relação aos cuidados prestados, conclui-se que intervenções de enfermagem para promover a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada passam pela atuação sobre os quatro níveis gerais de conforto do doente: físicos, ambientais, psicoespirituais e sociais.

Os profissionais de saúde devem em conclusão compreender a gestão da DRC e as consequências do declínio da função renal, a importância da preservação do património venoso, da gestão de fluidos, considerar a hipótese de hipercalemiemia e conhecer as respostas adequadas e os riscos relativamente à segurança desta população.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Durante o estágio, procurei desenvolver uma prática centrada na pessoa e sua família que vivenciam uma situação complexa num processo de transição saúde/doença. O suporte conceptual que orientou a minha reflexão sobre a prática clínica com vista à melhoria da prestação de cuidados foi o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado para a prática de enfermagem por Benner (2001).

Face à minha condição de enfermeiro especialista que cuida de adultos e à problemática em estudo o modelo de Benner enquadra-se harmoniosamente no meu trabalho e permite-me a sustentação das afirmações de mudança de comportamento ou aquisição de competências. Benner (2001), através do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, examinou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido. Este é um processo dinâmico aprimorado e aprofundado com a experiência.

Para Benner (2001, p.58) o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional. Benner, Sutpnhen, Leonard-Kahn, & Day (2008) preconizam três estádios para a construção da aprendizagem na enfermagem, em que o primeiro estadio é designado por aprendizagem cognitiva, ou seja, a base do conhecimento teórico necessária para a prática; o segundo estadio diz respeito ao conhecimento proveniente da prática, know-how, e o terceiro estadio implica o “comportamento ético” com estabelecimento das responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão. Ou seja, Benner (2001) menciona que no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática (know-how) nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo) sem descuidar o comportamento ético.

Indo ao encontro do que é alvitrado por Benner, Sutpnhen, LeonardKahn, & Day, posso asseverar que a construção das minhas aprendizagens foi realizada de acordo com os estádios preconizados por estes autores.

A aprendizagem leva a pessoa a adquirir, reter e ser capaz de usar conhecimentos. Desenvolve capacidades de compreensão, análise, síntese e avaliação com a prática. Logo, o ser humano adota atitudes e mudanças de comportamento com uma abertura de espírito e confiança em si próprio facilitadora à descoberta (Pinto, 2015).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica encontram-se contempladas no Regulamento no429/2018, publicado a 16 de julho de 2018, e definidas do seguinte modo:

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, b).

Os Descritores de Dublin são os descritores de Ciclo (ou "descritores de nível") desenvolvidos em 2003 e adotados no "Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior". Propõem a caracterização genérica das expectativas em matéria dos resultados e das aptidões associados com os Diplomas que representam a conclusão de cada um dos ciclos ou níveis previstos na Reforma de Bolonha.

Relativamente à atribuição do grau de Mestre, este deve efetuar-se, Segundo os descritores, aos que tenham atingido as seguintes competências:

- Conhecimento e capacidade de compreensão
- Aplicação de conhecimentos e compreensão
- Realização de julgamento/tomada de decisões
- Comunicação
- Competências de auto-aprendizagem

Assim, atendendo às competências a alcançar como Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, delineou-se como objetivo geral deste estágio

- Desenvolver competências de Mestre aperfeiçoando competências de Enfermeiro Especialista em EMC no âmbito técnico, científico, ético e relacional na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família

De forma a tornar exequível o objetivo geral, definiram-se dois objetivos específicos e as suas respetivas atividades:

- Compreender as dinâmicas organizacionais e problemáticas de gestão do SU da ULS

- Contribuir para a promoção de cuidados de conforto e segurança prestados à pessoa hemodialisada em situação crítica e/ou doença aguda

De seguida proceder-se-á à descrição das atividades desenvolvidas no decurso da formação especializada que contribuiram para o meu crescimento pessoal e profissional como Enfermeiro especialista na obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Objetivo específico 1 - Compreender as dinâmicas organizacionais e problemáticas de gestão do SU da ULS.

A atividade desenvolvida pela ULS visa uma resposta centrada na pessoa, numa perspetiva do cidadão no centro do sistema, assegurando assim a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população em geral acessíveis, em tempo oportuno, garantindo a sustentabilidade económica e financeira da Instituição e promovendo a eficiência na utilização dos recursos e eficácia dos resultados (ULS, 2020).

Participa também na formação de novos profissionais de saúde e na atualização dos conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços, para além de desenvolver direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica. Tem também como missão, a formação e docência no âmbito de protocolo com a Universidade da Beira Interior.

A ULS tem por visão comunidades saudáveis, num ambiente saudável, sustentadas através de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença, atentos que sejam os padrões de qualidade e de excelência, numa lógica de proximidade.

De forma a compreender melhor o funcionamento dos Serviços de Urgência, torna-se pertinente clarificar alguns conceitos. De acordo com a DGS (2016), as Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com o risco de estabelecimento de falência de funções vitais, enquanto que, as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, ou

está eminente o compromisso de uma ou mais funções vitais, são consideradas Emergências.

Os serviços de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. São unidades diferenciadas preferencialmente instaladas nos hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital. Os hospitais com SUMC estão obrigatoriamente articulados como nível superior, urgência polivalente, e com os de nível inferior (urgência básica).

Na prestação de cuidados de enfermagem, no Serviço de Urgência é aplicado de acordo com o Modelo Conceptual de Virgínia Henderson de acordo com Baptista (2021).

A atividade assistencial do serviço inclui: triagem, cuidados de urgência e emergência, pequena cirurgia de adultos, existindo também um serviço de cuidados intermédios. Tendo em conta a realidade pandémica da infeção por Covid-19, levou à alteração quer de procedimentos quer a alterações nas estruturas dos serviços, nomeadamente no serviço de urgência, tendo sido criado um circuitos e área para doentes COVID.

Em relação ao atendimento para doentes COVID foi criado um corredor de acesso ao SU distinto e uma área de atendimento específica, por sala de emergência, duas salas de isolamento e uma sala de apoio e área destinada a doentes que não carecem de tratamentos invasivos

No que concerne a estrutura de atendimento para doentes não COVID é constituída por:

- Área administrativa
- Sala de espera para acompanhantes e utentes com triagem com pulseira de cor azul e verde;
- Sala de espera para utentes com triagem com pulseira amarela
- Duas salas de triagem de enfermagem (com porta de fuga)
- Dois gabinetes médicos de triagem
- Sala de ortotrauma
- Sala de pequena cirurgia

- Sala de cirurgia
- Dois WC para doentes
- Sala de segurança
- Sala de descontaminação de dispositivos de uso clínico
- Sala de emergência (com capacidade para dois adultos e um doente pediátrico)
- Sala de tratamentos- destinada a doentes triados com pulseira laranja e alguns amarelos
- Área de apoio para colocação de EPI
- Sala de enfermagem
- Sala de refeições
- Armazém de material clínico
- Sala de preparação de medicação
- Serviço de UCIP, com dois quartos de duas camas
- Sala de trabalho da UCIP

De forma a dar resposta a situações de urgência e emergência, o serviço de urgência possui uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar, da qual fazem parte médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, assistentes sociais e técnicos de imagiologia e de cardiopneumologia e seguranças.

Quanto à equipa de enfermagem, é constituída por 44 enfermeiros, alguns dos quais possuem especialidade nas diferentes áreas de Pediatria e Saúde Infantil, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Saúde Pública e em Enfermagem de Saúde Mental. A equipa de enfermagem é organizada em dez equipas, compostas na sua maioria por quatro elementos cada, tendo cada equipa definida um coordenador. A distribuição dos enfermeiros, pelos diversos sectores do serviço de urgência, é da responsabilidade da enfermeira gestora do serviço

O número de enfermeiros distribuídos por turno está definido em oito enfermeiros no turno manhã e cinco enfermeiros no turno da tarde e da noite. A equipa de assistentes operacionais é constituída por 25 elementos, sendo que no turno da manhã e tarde estão escalados cinco e de noite três.

Em cada turno existe um coordenador de equipa. Existe um plano de trabalho onde é efetuada a distribuição dos enfermeiros para cada posto de trabalho, sendo que fica um elemento em cada área, com a exceção da área COVID, em que ficam dois elementos, sendo que um fica na prestação de cuidados e o outro dá apoio do lado exterior, que trocam ao fim de 4 horas.

O elemento que fica distribuído na sala de ortotrauma também troca ao fim de 4h com o elemento designado para a sala de triagem.

O método de trabalho é misto, porque embora seja utilizado predominantemente o método individual, também é utilizado o método funcional no desempenho de algumas tarefas.

De modo a identificar a estrutura orgânica e funcional do serviço de urgência da ULS propus-me a desenvolver uma série de atividades que foram todas concluídas, nomeadamente:

- Entrevista informal com a Enfermeira orientadora e a enfermeira-gestora do serviço de urgência Médico-Cirúrgico da ULS.
- Visita guiada ao serviço de urgência, acolhimento e integração;
- Contactos com os vários elementos da equipa multidisciplinar desde colegas, a médicos de especialidade, técnicos de ECG, assistentes operacionais e administrativos.
- Esclarecimento de dúvidas relativas ao funcionamento do serviço com a equipa de enfermagem na sua generalidade, com a Enf^a tutora e Enf^a gestora;

Ao longo do estágio pude integrar a equipa multidisciplinar conseguindo identificar a dinâmica e o funcionamento do SU, assim como identificar normas, procedimentos e protocolos do serviço.

A integração à gestão diz respeito às competências comuns do Enf^o Especialista e eu tive oportunidade e de realizar dois turnos com a enfermeira gestora do SU.

Acredito que o fato de a enfermeira orientadora ser uma profissional com experiência com a qual se estabeleceu uma relação pedagógica contribuiu para a

facilidade da aquisição de conhecimentos e competências, bem como o desenvolvimento de atitudes e formas de comportamentos adequados a um melhor desempenho profissional.

Pretendi desde o início adaptar-me e integrar-me na equipa multidisciplinar na expectativa de melhor cuidar o doente no Serviço de Urgência, estabelecendo com ele relação empática e desenvolvendo a escuta ativa.

Desde logo, procurei conhecer os princípios e normas de conduta da instituição, pelo que consultei e apreendi, a informação do Código de Conduta e Ética da ULS, uma vez que este constitui um instrumento de visão e missão onde são expressos os valores e cultura da organização, permitindo a interiorização dos valores éticos e levando a atuação em respeito ao direito e proteção da saúde da pessoa.

Os valores e princípios básicos fulcrais determinantes da organização, segundo a ULS (2016) são:

- a) O respeito pela vida e dignidade da pessoa humana;
- b) A defesa dos interesses legalmente protegidos dos cidadãos;
- c) A equidade e respeito dos direitos dos utentes do SNS;
- d) O rigor, integridade e transparência no desempenho e gestão dos serviços;
- e) A inovação, eficácia e eficiência no cumprimento e interesse do serviço público.

Em relação a estrutura física da sala de tratamentos, de referir que por vezes ocorreram situações de sobrelotação. Apesar da sala estar equipada com cortinas, sendo estas, um meio de individualização do espaço, de forma a preservar o direito da pessoa à sua intimidade, por vezes tornam-se insuficientes para o elevado número de doentes, implicando deslocar por várias vezes os doentes de modo a garantir o respeito pela intimidade e privacidade individual. De igual modo no corredor de trauma e de cirurgia, não existem estruturas físicas, ou barreiras para garantir o isolamento. Tal facto implica deslocações dos doentes para outras áreas em caso de ser necessário algum procedimento invasivo. Em relação a presença de roupa e valores, são mantidos de acordo com a situação clínica do doente.

Sempre que o caso exige, os valores são retirados e entregues ao familiar quando possível. Caso contrário procede-se ao cumprimento do procedimento estabelecido sendo efetuado espólio de pertences. Assisti também a algumas situações de doentes que permaneceram no SU após alta clínica por motivos de cariz social, quer por falta de recursos económicos, quer por motivos sociais ou familiares, sendo necessário a intervenção da assistente social. Tive oportunidade em assistir que no caso de doentes alcoolizados são acompanhados pelo agente de autoridade, se deslocam ao laboratório de colheitas para proceder a confirmação de alcoolémia e/ou substâncias psicotrópicas.

Em relação aos sistemas de informação em enfermagem, está em uso no SU o SClínico®, enquanto, que, na área de UCIP é utilizado o B-Simple. O SClínico® é um software evolutivo, que surge da união do antigo Sistema de Apoio ao Médico e do antigo SAPE, com o intuito de existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde. O B-Simple, foi criado especificamente para integrar métodos e rotinas dos serviços de medicina intensiva. É um sistema que reúne as informações obtidas a partir dos monitores, das seringas, das bombas infusoras, dados laboratoriais entre outros. Deste modo, todas as informações do doente reúnem-se no seu perfil. É de fácil acesso e permite a consulta do diário clínico, do plano de cuidados e da terapêutica sendo criados alertas automaticamente quando existe alteração da prescrição médica. Outra vantagem deste aplicativo é o facto de todos os fármacos com respetivas diluições estarem já introduzidos na sua base de dados, permitindo automaticamente os cálculos para o balanço hídrico. Da mesma forma, sempre que o clínico faz alterações no ritmo dos perfusões ou da fluidoterapia, quando o enfermeiro toma conhecimento desta alteração, o programa atualizará os volumes fazendo um balanço hídrico preciso no final de cada turno. No entanto, esta funcionalidade do programa, não está ativo no SU, ao contrário da UCI, pelo que tem a desvantagem de os dados dos sinais vitais não passarem automaticamente para o sistema, o que exige mais tempo. Verifiquei ao nível dos registos de enfermagem, existem algumas lacunas. Apesar de alguns elementos efetuarem registos nos sistemas, existe variação quer na metodologia, quer na frequência. Para além da obrigação legal de documentar os seus cuidados, os registos de enfermagem, promovem a continuidade de cuidados, produzem documentação de cuidados, possibilitam a avaliação dos

cuidados, facilitam a investigação sobre os cuidados e otimizam a gestão dos mesmos. Na minha opinião a sua inexistência ou mesmo escassez, não dá visibilidade do trabalho efetuado pela equipa, traduzindo também uma lacuna legal e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Despacho 19124/2005 a Triagem de Manchester é obrigatória nos serviços de urgência e constitui um sistema acreditado pelo Ministério da Saúde, pela Ordem dos Enfermeiros e Ordem dos Médicos, que utiliza um protocolo clínico que possibilita a classificação da gravidade da condição clínica de cada doente que recorre ao SUG, de forma rápida e objetiva, permitindo o atendimento dos doentes não por ordem de chegada, mas sim por gravidade da situação. Não se trata do estabelecimento de um diagnóstico, mas sim de estabelecer prioridades com base nos sinais e sintomas (Grupo Português de Triagem, 2018). A triagem é realizada pela equipa de enfermagem com formação em Triagem de Manchester.

A queixa inicial do doente determina que fluxograma que deve ser seguido. Cada fluxograma de apresentação identifica os discriminadores que permitem atribuir ao doente uma das cinco prioridades clínicas. A cor indica a prioridade clínica e está associada a um tempo de espera: **Vermelho** (emergente) – atendimento imediato; **Laranja** (muito urgente) – 10 minutos; **Amarelo** (urgente) – 60 minutos; **Verde** (pouco urgente) – 2 horas; **Azul** (não urgente) – 4 horas.

A cor branca na triagem, é aplicada em casos de utilização incorreta do SUG, como a utilização deste como porta de entrada administrativa e atividades “programadas” ou não urgentes (Grupo Português de Triagem, 2018).

Realizar Triagem de doentes foi para mim um desafio pois foi a primeira experiência que tive com o programa. Sob supervisão e após consulta do manual de Triagem de Manchester, consegui de forma autónoma realizar a triagem de doentes registando a queixa principal, depois escolher o fluxograma adequado, seguir os discriminadores, e finalmente obter o grau de urgência para a situação. Este grau de urgência é posteriormente traduzido por uma cor através de uma pulseira colocada no doente. É importante questionar alergias ao doente e colocar um triangulo na pulseira de forma informativa e de alerta para no final realizar o encaminhamento adequado do doente.

No que concerne ao *stock* de medicação, existe um sistema automatizado de fornecimento de medicação, a **PYXIS**. Tendo experiência em serviços de internamento e tecendo a comparação considero a PYXIS uma mais-valia enorme pois a meu ver diminui a ocorrência de erros. A reposição da PYXIS é feita diariamente, pela farmácia, de acordo com o que é retirado.

Considero que a minha praxis se rege pela promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do indivíduo, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais e envolvendo a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais, correspondendo as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

As falhas na comunicação, são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional sendo que a evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente (DGS, 2017). Assim, no âmbito da segurança da comunicação, a Direção Geral de Saúde em 2017, emitiu uma norma de orientação clínica, referindo que comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, deve ser padronizada utilizando a técnica ISBAR, que representa a sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações). No SU não é utilizada ferramenta de modo sistemático, pelo que sugeri a pertinência da sua implementação. Outra questão abordada diz respeito à passagem de transmissão de informação entre profissionais. A passagem de turno no SU é efetuada junto aos doentes. Poderão ser colocadas questões éticas, uma vez que existe a possibilidade de as informações serem ouvidas por outros doentes. Assim sugeri que a passagem de turno fosse efetuada, junto a bancada de preparação de medicação, onde é possível visualizar todos os doentes e garantir ao mesmo tempo a confidencialidade da informação transmitida. Entendo que durante o estágio, desenvolvi atividades que demonstram que detenho competências de enfermeiro especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, tendo assumido um

papel dinamizador na área da qualidade e segurança da pessoa doente.

Relativamente ao primeiro objetivo acredito que foi atingido na sua plenitude pois a integração do SU da ULS foi bastante facilitada pela equipa de enfermagem e multidisciplinar, assim como pela enfermeira gestora. O fato de trabalhar em urgência/emergência concedeu-me também mais confiança na prestação de cuidados especializados de enfermagem neste contexto.

Os serviços de urgência, definem-se como sendo serviços "multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas" (Despacho 11/2002, p.1865). A PSC ao apresentar risco iminente de vida, necessita de um atendimento rápido e eficaz (OE, 2010b). Por ser considerada uma área de grande complexidade nos hospitais, o serviço de urgência desmarca-se dos outros por exigir intervenções imediatas, e eficientes no que respeita a assistência dos doentes. Os cuidados de urgência e emergência devem ser realizados de forma flexível e de maneira organizada, a fim de garantir a entrega de qualidade dos cuidados e assistência.

O conforto dos doentes nos serviços de urgência constitui um enorme desafio para os enfermeiros devido ao aglomerado de doentes, e também pelas condições físicas dos serviços que se encontram muito degradados. A diversidade de cuidados prestados e os ambientes stressantes podem, portanto, resultar numa diminuição na qualidade dos cuidados, e, conseqüentemente aumentando as taxas de morbimortalidade. (Santos et.al, 2013). Um doente ao ingressar num SU, na maior parte das vezes vive situações promotoras de stress, uma vez que manifesta uma determinada sintomatologia que não é possível tratar no domicílio, necessitando de cuidados especializados. Esta situação é entendida não só como uma ameaça para a sua saúde, mas também como uma situação de incerteza, um instante de dor e desconforto relacionado ao facto de estar longe da família, de perder a privacidade, podendo ficar dependente de terceiros e conseqüentemente, com um enorme desconforto associado (Batista, et. al 2017)

Independentemente do motivo que se recorre a um SU, é sempre um momento de grande fragilidade e vulnerabilidade para o doente e para a sua família. A

integração no circuito hospitalar dá início a um processo de socialização no qual o indivíduo tem de assumir o papel de doente e corresponder, também, às expectativas dos profissionais de saúde, ou seja, ser calmo, colaborante e seguir as instruções que lhe são fornecidas (Sá et.al, 2015). A partir destas premissas surge o próximo objetivo.

- Objetivo específico 2 - Contribuir para a promoção de cuidados de conforto e segurança prestados à pessoa dialisada em situação crítica e/ou doença aguda

O objetivo específico supracitado surge após entrevista informal com a enfermeira orientadora, assim como das necessidades sentidas pelo serviço e Enfermeiro Gestor relacionadas com o conforto ao doente dialisado no contexto de situação de doença aguda.

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento considerável na prevalência da doença renal crónica, levando os doentes a procurarem regularmente o serviço urgência (SPN, 2021).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2021) o total de doentes em Tratamento de Substituição Renal em 2020 era de 20713, dos quais cerca de 12458 (60,2%) em Hemodiálise (HD), 878 doentes (4,6%) em Diálise Peritoneal e 7333 doentes (35,2%) foram submetidos a Transplantação Renal. Portugal apresenta a mais elevada taxa de surgimento de novos casos de falência renal de toda a Europa tornando-se assim um grave problema de saúde pública.

Quanto à mortalidade global em HD em 2020, foi de 13,28 %, sendo as principais causas de morte, as doenças cardiovasculares, com 24,4%, seguida das doenças infecciosas não relacionadas com o acesso vascular, cerca de 23,4%, devido a neoplasias, 11%, 8,3% por morte súbita, 8,5% por caquexia, 7,9% por razão desconhecida, 14% por outras causas e cerca de 2,4% por infeções relacionadas com o acesso vascular (SPN, 2021).

Os doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise constituem, neste momento, um grupo especial de doentes com necessidades de cuidados de enfermagem especializados. A procura de cuidados de saúde de qualidade e

eficazes colocou a prática baseada na evidência e a investigação em enfermagem num lugar de destaque. Os conhecimentos gerados através da investigação em enfermagem são utilizados para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo – benefício das intervenções de enfermagem

O serviço de urgência geral, representa uma das principais portas de acesso da pessoa hemodialisada da Beira Interior, uma vez que esta é a unidade pública de saúde de referência para os utentes com este processo de doença, contanto o hospital com unidades de Diálise e Nefrologia. Assim, considero de grande importância os cuidados e a abordagem inicial de enfermagem a quem recorre a este serviço e que necessita os cuidados de conforto essenciais e adequados tendo em conta a especificidade das suas múltiplas dimensões.

Ao longo do estágio apesar de acompanhar a enfermeira tutora com os seus utentes o foco foi o doente hemodialisado em contexto de urgência. Pretendi identificar as necessidades de intervenção relacionadas com a segurança e conforto do doente hemodialisado, nomeadamente na especificidade dos acessos vasculares, valores analíticos de referência e alimentação assim como atuar como formador oportuno em contexto de trabalho para a melhoria do conforto ao doente dialisado visto a minha experiência de 17 anos em diálise e doentes insuficientes renais estadio V.

Considerei importante a sensibilização para a especificidade da prática de enfermagem à pessoa dialisada no contexto da doença aguda/crítica. Durante a minha prestação de cuidados de Enfermagem no SU constatei, não só a afluência de muitos doentes hemodialisados ao SU, como a necessidade, por parte dos profissionais, de uma resposta de qualidade e adequada à especificidade desta população, principalmente relativamente à segurança e ao conforto.

Como anteriormente referido através da pesquisa bibliográfica as intervenções de enfermagem para promover a segurança e o conforto da pessoa hemodialisada no SU passam por uma atuação efetiva sobre os quatro níveis gerais de conforto do doente: físicos (imobilidade, hipotensão, fome, cãibra, cansaço, poliúria, prurido, edema, sede) - cuidados com o AV, cuidados com a nutrição e a restrição hídrica,

prevenção de náuseas, vômitos, diarreia, atuação sobre a dor, prevenção de obstipação, prevenção de distúrbios hidroeletrólitos e neurológicos; ambientais (luz, barulho, macas, frio) – minimizar desconforto; psicoespirituais (isolamento social) - atuação de prevenção de desespero, stress, ansiedade e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença e sociais (mudança de rotina) - estabelecimento de relação empática e comunicação assertiva e orientação em saúde. Foi em todas as problemáticas supracitadas que pautei a minha prestação de cuidados à pessoa hemodialisada em contexto de SU.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise (OE, 2016) a capacidade para reconhecer a DRC, identificar os diferentes estadios de classificação, é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Por outro lado, a prática profissional e a literatura mostram que a pessoa com DRC se vê a si mesmo como “colaborador e nunca como cumpridor” do seu cuidado (Fernandes, 2008, p. 17), aceitando, ou não, as decisões e exercendo, desta forma, o seu poder. Já os profissionais de saúde são tidos como “convidados na vida dos doentes”, pelo que, na prestação de cuidados, são as regras dos clientes que devem ser respeitadas “e não as dos profissionais” (Fernandes, 2008, p. 18).

Considero, que os enfermeiros apresentam um papel fundamental na prestação de cuidados à pessoa hemodialisada, desenvolvendo competências de acordo com as necessidades físicas, relacionais, sociais e psicológicas da pessoa hemodialisada. Os enfermeiros, perante as necessidades dos doentes em hemodiálise, ajudam a encarar a situação de doença, a adaptar-se ao regime terapêutico e à sua nova realidade, arranjanho estratégias para uma melhor qualidade de vida. Conhecer os doentes ajuda os enfermeiros a interpretar as suas preocupações e antecipar as necessidades destes e leva à realização profissional.

As complicações relacionadas com o acesso vascular são consideradas a principal causa da morbilidade, de incapacidade e de insegurança nos doentes em diálise, sendo responsáveis por uma elevada percentagem dos internamentos e dos custos hospitalares do DRCT em programa de hemodiálise, devendo por isso ser reconhecido por todos os profissionais de saúde, sendo um fator determinante no

sucesso dos cuidados e na eficácia do tratamento. Uma das principais complicações com o acesso vascular é a infeção.

O Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023, reforça a necessidade de fomentar medidas adequadas de Controlo de Infeção, através da promoção nas instituições das normas de precaução básicas e de isolamento baseadas nas vias de transmissão, fomentando a adesão à estratégia multimodal de PBCI, promovendo os indicadores de infeção como indicadores de qualidade. Considero que a pandemia provocada pela COVID 19, fez despertar uma consciencialização constante, em relação à transmissão de infeção, tanto na comunidade profissional como na população em geral, com consequente aumento da adesão às PBCI. A ULS tem integrada, na sua estrutura orgânica, a Comissão de Controlo de Infeção, estando designado no serviço de urgência, o enfermeiro elo de ligação à mesma. Na intranet da instituição estão publicadas normas e recomendações na área do controlo e infeção hospital acessíveis para consulta dos profissionais de saúde, às quais acedi para me inteirar de normas e procedimentos da instituição. Como tal, aproveitei a oportunidade, durante um turno, junto ao elo de ligação à CCI, para conhecer a dinâmica das suas funções e auscultar as e dificuldades inerentes às suas funções, assim como junto da restante equipa de enfermeiros e assistentes operacionais. De referir que no serviço, apenas está definido como elo de ligação à CCI um enfermeiro, ao contrário de outras instituições de saúde nacionais, que incluem também um assistente operacional e médico. Na minha opinião, a inclusão de um assistente operacional do serviço como elo, iria promover um maior envolvimento e qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, tendo manifestado esta mesma opinião ao elo de ligação da CCI, que por sua vez também concordou.

No decorrer do estágio foi possível também verificar que na prestação dos cuidados são respeitadas na generalidade os princípios de controlo de infeção, nomeadamente em relação ao uso de EPI, à higiene das mãos, cateterização vesical, procedimentos invasivos, preparação e administração de medicação. Apesar de existirem dispensadores de solução alcoólica no serviço, são em número inferior ao preconizado pela DGS, uma vez que não é possível higienizar as mãos no local de prestação de cuidados, pelo sugeri que fosse ajustado o seu número

especialmente na sala de tratamentos. Considero seria útil existir na sala de tratamentos, mais suportes na parede para colocação do fluido para limpeza de sistema de aspiração de secreções e/ou sondas de aspiração. Pontualmente, verifiquei algumas inconformidades, nomeadamente a não utilização de penso estéril nos dispositivos intravasculares, inexistência nos medicamentos multidoses de data de abertura e/ou validade. Por vezes os contentores de corto-perfurantes ultrapassavam a capacidade recomendada, mas que prontamente eram substituídos sempre que solicitado. Verifiquei também uma preocupação ambiental em relação à separação de resíduos e existência de medidas de reciclagem. Assisti ao procedimento de desinfeção de material e de macas, sentindo que existem falhas na limpeza e desinfeção de equipamentos, como por exemplo monitores. Acrescento também que tive a oportunidade de acompanhar um doente, hemodialisado desde o momento a triagem em que foi atribuída prioridade laranja, efetuar a transferência para a Urgência Covid, e nesta proceder à continuidade de cuidados à pessoa a viver processo de doença crítica, incluindo a informação à família. Considero que foi uma experiência enriquecedora, pela oportunidade de conhecer minuciosamente, mais uma valência do serviço de urgência, mas sobretudo por ter a oportunidade de poder aplicar conhecimentos teórico práticos acerca do SARS-COV2, e pela necessidade de desenvolver estratégias na prestação de cuidados, de modo a ultrapassar os constrangimentos causados pelo uso de EPI adequados a esta situação clínica. Neste turno foi possível observar as adaptações que foram realizadas no serviço, que anteriormente à pandemia pelo coronavírus, eram as instalações da urgência pediátrica e que foi transformado na área COVID. Para além das áreas de prestação de cuidados, foi criado um circuito com acesso a uma zona para retirar os EPIS e que incluiu instalações sanitárias, para os profissionais procederem à higiene corporal total, de modo a respeitar os padrões de qualidade na prestação de cuidados e garantir condições de segurança e higiene no trabalho.

Relativamente à pessoa hemodialisada, o enfermeiro no SU, deve identificar e preservar o AV destes doentes. É importante que durante a seleção dos locais de punção, nas colheitas de produtos biológicos desenvolva uma estratégia de salvaguardar a rede vascular da pessoa. Esta postura possibilita não traumatizar, proteger e economizar vasos sanguíneos, que poderão ser utilizados para

construções de futuros acessos vasculares, a nível do punho, antebraço e braço (Sousa, 2009). Deve também, informar a pessoa o que não deverá permitir efetuar no membro não dominante, nomeadamente a colheita de produtos biológicos e os cateterismos periféricos.

O enfermeiro deve evitar as punções e traumatismos no membro da FAV, não efetuar movimentos bruscos com o membro da FAV, não adotar posições que dificultem o retorno venoso, não permitir que o doente durma ou se apoie sobre o membro da FAV e evitar que o doente use roupas apertadas (restritivas do membro), pelo risco de hipoperfusão distal (McCann et al., 2008).

Foi no sentido de rentabilizar as oportunidades formativas e promover e implementar um plano de intervenção na melhoria da segurança e do conforto ao doente hemodialisado no contexto de urgência que sugeri um procedimento interno que facilitasse a identificação do doente hemodialisado no circuito do SU assim como o braço do acesso vascular como chamada de atenção para o mesmo.

Este procedimento interno consiste na colocação de autocolante na pulseira de triagem de Manchester no braço do acesso vascular como alerta para o fato de aquele membro não dever ser puncionado (venoso ou arterial) nem ser avaliada TA e foi apresentado aquando da formação em serviço intitulada “cuidados ao doente hemodialisado em contexto de urgência” cujo plano de sessão de formação e diapositivos se encontram em anexo.

Nesta formação foram abordados os temas mais específicos da pessoa hemodialisada e os cuidados com o acesso vascular (FAV, PTFE ou CVC/CLD), com a sua dieta, principais complicações e episódios de urgência e fatores psicossociais que a doença renal crónica acarreta nos seus portadores.

A partir do momento da triagem da pessoa hemodialisada em contexto de urgência o meu objetivo foi o acompanhamento da mesma em todos os momentos da doença aguda no SU. Assim pude perceber que existe uma dieta própria para este tipo de doentes, basta solicitá-la, sendo função do enfermeiro do SU.

A pessoa hemodialisada requer da parte da enfermagem um grande esforço no que diz respeito ao ensino em saúde. Deste modo pautei a minha atuação sempre com

iniciativa e comunicação aberta no que diz respeito a esclarecer as dúvidas dos doentes. É importante tecer orientações sobre a sua dieta (principalmente no que diz respeito às quantidades, alimentos de risco como os ricos em potássio e cálcio, redução da ingestão hídrica e calórica, prevenção da anorexia e desnutrição, prevenção da obstipação etc), cuidados a ter com o acesso para diálise (provisório ou definitivo), exercício físico nestes doentes e medicação a evitar. (AINES, etc)

Em contexto de SU é importante que devido à restrição hídrica a pessoa hemodialisada não deve ingerir sopa e devido à acumulação de potássio deve evitar as frutas, devendo apenas ingerir 2 ao longo do dia no máximo, sendo as mesmas cozidas. Pode atuar em diversos momentos de hipotensão (efeito secundário à hemodialise) da pessoa hemodialisada em que há a necessidade de fluidoterapia de modo a repor a volémia, assim como atuei em sintomas digestivos como os vómitos e obstipação associada ao tratamento da pessoa hemodialisada devido à carência de fibras e medicação permutadora de potássio (resina) que provoca obstipação e náuseas. As caimbras são outro sintoma que desencadeia episódios de urgência nesta população, sintomatologia que se deve à hipovolémia ou restrição hídrica/eletrolítica. De salientar que em casos de doentes hemodialisados hipertensos ou com edemas a fluidoterapia não é opção devido ao aumento de edemas podendo finalizar num edema agudo do pulmão, situação muito crítica.

A pessoa hemodialisada encontra-se constantemente num rodopio de sentimentos, os desconfortos psicoespirituais. A escuta ativa apresenta-se como uma mais-valia do enfermeiro para com estes doentes. No meu estágio tentei mostrar-me disponível através de uma comunicação assertiva para com a pessoa hemodialisado tentando minimizar inseguranças, ansiedades e desconfortos. Tentei atuar sempre como formador em contexto real pois como possuo larga experiência nesta área partilhei os meus conhecimentos com a equipa de enfermagem. Acredito que a partilha de experiências é enriquecedora neste contexto pós-licenciatura.

No que concerne aos desconfortos ambientais da pessoa hemodialisada os principais presentes em contexto de urgência são o frio, a luz e as macas. Tentei ao máximo minimizar estes focos de desconforto, através de cobertores, lençóis,

optar por colocar estes doentes em macas mais confortáveis (com colchões mais espessos) e não colocar estes doentes diretamente por baixo da fonte de luminosidade.

O Estágio apresentou-se como uma fonte de aprendizagens clínica, nas suas múltiplas vertentes, que permitiram refletir a prática do dia-a-dia, não apenas na área que constituiu a sua temática, mas também no modo como concebo e presto cuidados de Enfermagem em contexto de SU à pessoa hemodialisada.

Relativamente às competências adquiridas:

- Presta Cuidados de Enfermagem a pessoas com DRC a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;
- Presta cuidados de enfermagem a pessoas com DRC a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção;
- Gere cuidados de enfermagem otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.

No que concerne às atividades desenvolvidas, estas basearam-se na compreensão da pessoa com DRC terminal e a vivência de enfrentar uma situação crítica através do:

- Conhecer as respostas específicas, no cuidado à pessoa com DRC, para as principais complicações da doença;
- Desenvolver conhecimentos na abordagem a pessoas em situação crítica tendo em conta a especificidade da DRC;

- Desenvolver conhecimentos para identificação precoce das principais complicações em pessoa com DRC;
- Desenvolver conhecimentos, como elemento da equipa pluridisciplinar, no sentido de otimizar a resposta da equipa de enfermagem perante situações de agudização ou eventos críticos da pessoa com DRC.

O processo de elaboração das reflexões de estágio fica facilitado por me encontrar na situação de perito no desenvolvimento de competências (Benner, 2008) na área de enfermagem nefrológica. Embora esta constatação não retire mérito ao percurso percorrido, nem validade ao conhecimento obtido, torna-se necessário referir que, através do estudo direcionado, da pesquisa bibliográfica e das reflexões para os fundamentos da disciplina nesta área levadas a cabo, a aprendizagem possuiu uma dimensão e profundidade pertinentes.

No final de todo este processo e atendendo às dificuldades sentidas com os doentes DRC transpus toda a aprendizagem para o meu local de trabalho através de um projeto intitulado “Consulta de enfermagem ao DRC” iniciado com o objetivo de maximizar a segurança e o conforto à pessoa com insuficiência renal crónica, visando a melhoria da qualidade de vida e os ganhos em saúde nesta população em específico. Este projeto, iniciado juntamente com uma colega do centro hospitalar no qual exerço funções foi elaborado com consulta técnica da nefrologista de referência nesse hospital e com consultadoria científica da Prof. Patrícia Pontífice de Sousa, sendo aprovada pelo Conselho de Administração desse Centro Hospitalar e atualmente em processo de inicial de implementação (anexo 3).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura, efetuada na primeira parte deste trabalho, permitiu uma melhor compreensão da importância que a doença renal ocupa nos dias de hoje, sabendo que diariamente os enfermeiros são confrontados com inúmeros doentes hemodialisados que recorrem ao SU, contribuindo de forma decisiva na delimitação e finalidade do estudo, bem como na definição de objetivos.

É sabido que a Investigação em Enfermagem representa, cada vez mais, um papel fundamental na procura e aquisição de novos conhecimentos, proporcionando não só benefícios para o desenvolvimento da profissão, como também para quem necessita de receber cuidados de enfermagem, uma vez que a investigação permite a atualização de saberes, resultando em cuidados de qualidade cada vez mais evoluídos e ajustados às necessidades dos indivíduos individualmente.

Apesar do estudo estar focado apenas nos enfermeiros do SU, considero importante referir que a cooperação entre todos os profissionais envolvidos no tratamento dos doentes renais crónicos em hemodiálise, com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem, é fundamental. A presença de equipas multidisciplinares, compostas por médicos, dietista, enfermeiros, assistente social e psicólogo permitem um melhor conhecimento do doente e, por consequência, possibilitam um desempenho mais eficaz de todos os profissionais.

Uma das primeiras limitações sentidas neste estudo foi a falta de estudos relacionais entre as práticas dos enfermeiros e o doente hemodialisado no contexto de Urgência.

A manutenção / preservação e excelência dos acessos vasculares para a HD é um dos maiores desafios que se coloca à equipa de enfermagem. Em virtude da natureza dos seus cuidados, os enfermeiros são os profissionais de saúde, que contactam diretamente com o acesso vascular de HD. Desta forma, é essencial que

estes profissionais desenvolvam competências para avaliar, diagnosticar e resolver todas as alterações que possam ocorrer com o acesso vascular de HD. É necessária uma aposta forte em políticas de saúde. As instituições de saúde e os serviços das instituições de saúde também devem promover planos de formação de forma a sistematizarem e facultarem informações aos enfermeiros, fazendo com que estes desenvolvam as capacidades necessárias para a assistência adequada à pessoa com acesso vascular de HD. Promover o bem-estar, a segurança, o conforto e a qualidade de vida da pessoa hemodialisada, são assim princípios guia na minha prestação de cuidados enquanto enfermeiro especialista, mediante a identificação, prescrição, implementação e avaliação de intervenções, que contribuam para evitar problemas ou minimizar potenciais efeitos indesejáveis (OE, 2016).

Considero ter atingido os objetivos de mestrado, no qual realizei um forte investimento pessoal e profissional, de forma a basear a minha práxis em elevados padrões de evidência científica e em modelos de trabalho adequados. Desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios definidos pela OE, ao nível das aprendizagens profissionais, da gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal.

Este percurso foi avaliado como muito positivo pela enfermeira orientadora e gestora do SU, aspeto que me deixou sensibilizado e orgulhoso, pelo reconhecimento do desenvolvimento/aperfeiçoamento das minhas competências.

Gostaria que este trabalho contribuísse para trabalhos futuros dentro desta problemática, podendo ser explorados mais profundamente alguns dos resultados aqui obtidos. Esta investigação pode, assim, contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem dirigidos ao doente hemodialisado no SU.

Relativamente ao ensino clínico considero que foi um momento de partilha de conhecimentos e aquisição de competências na área do doente crítico em Urgência/emergência.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allsopp, K. (2011). Caring for patients with kidney failure. *Emergency Nurse*, 18(10), 12–5
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute.
- Batista, A; Pontífice-Sousa, P (2014) *Gestão do risco clínico na segurança do doente contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem*. Dissertação de Mestrado – Universidade Católica Portuguesa
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(13), 83-92.
- Baptista, E. (2021): *Manual de Acolhimento Para Alunos de Enfermagem, Serviço de Urgência*. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V., & Day, L. (2008). Formation and everyday ethical comportment. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 17(5), 473-476.
- Brandolt, (2018) *Cuidados com a fístula arteriovenosa (FAV): orientações para pacientes e cuidadores* Porto Alegre: UFRGS
- Bravo, N. (2020). *O conforto do doente crítico no serviço de urgência (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

- Davis-Ajami, M., Fink, J., Baernholdt, M., & Wu, J. (2019). Adverse Safety Event Characteristics and Predictive Factors in Hospital Encounters for Patients with Chronic Kidney Disease. *American Journal of Nephrology*, 50, 72-80.
- Despacho Normativo n.11/2002 de 6 de Março (2002) acessado a 7/12/2022 em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Direcção-Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin. Acessado a 26/06/2022.
- Direção Geral da Saúde (2016): Manual de Standars, Unidades de Urgência e Emergência, Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- Direção Geral da Saúde (2017): Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, Norma 001/2017 Departamento da Qualidade na Saúde
- Direção Geral da Saúde (2018): Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata Triage de Manchester, Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale, Norma nº002/2018 Departamento da Qualidade na Saúde
- Direção Geral da Saúde (2019): Plano Nacional de Combate á resistência aos antimicrobianos 2019-2023; Direção Geral da Saúde, Lisboa
- Duarte, V. (2017). Práticas dos enfermeiros no serviço de urgência perante o doente hemodialisado (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.
- Faria, J., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos – revisão integrativa. *Enfermería Global*, 50, 490-502.
- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Fielding, C. (2019). Haemodialysis. In Thomas, N. (Ed.), *Renal Nursing - care and management of people with kidney disease* (pp. 179-233). WileyBlackwell.
- Freire, S (2018) Perceções do conforto por pacientes renais crónicos, Monografia. Fortaleza
- Freire et al (2020) Contextos de experiência de estar (des)confortável de pacientes com doença renal crónica - Esc Anna Nery
- Gonçalves, T (2017) - “O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem.” Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- Grupo Português de Triage, (2018) Despacho 19124/2005
- Institute JB. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: (2015) edition / Supplement. Joanna Briggs Institute; 2015. Disponível: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Kolcaba, K. (2003) Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research. New York: Springer Publishing Company,
- Kolcaba, K. (2011). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company, Inc.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R.P. (2019). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. American Journal of Kidney Diseases, 75(4), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Martins, P. (2015) Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente Nefrológica). Escola Superior de enfermagem de Lisboa, Lisboa,
- Marujo, P (2016) - O Autocuidado à Fístula Arteriovenosa da Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise, Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Nefrológica - ESEL
- McCann, M., Einarsdóttir, H., Waeleghem, J., Murphy, F., & Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. Journal Renal Care, 34(2), 77–84.
- Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). Manual de Nutrição e Doença Renal. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Moura, S; (2022) Autocuidado com a fístula arteriovenosa - Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a) Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ordem dos Enfermeiros.(2010b) Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento de Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Regulamento n.º 366/2018 de 14/06/2018
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. Regulamento no 429/2018 de 16/07/2018
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise – Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros.
- Peixoto, V (2021) - Necessidades de conforto da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Universidade do Minho
- Pereira, R., Silveira, T., Vilelas, J., Pontífice-Sousa, P. (2020) Conforto ao adulto em fim de vida hospitalizado. Suplemento digital Rev ROL Enferm
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version).
- Pinto, T; (2015) De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade. Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL
- Ponte, K., Bastos, F., Sousa, J., Fontanele, M., & Aragão, O. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 11(4), 925-930.
- REPE , Regulamento exercício profissional enfermagem – Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)
- Sá, F. G., Botelho, M. R., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 32-46. Obtido a 14 de Novembro de 2022 em <http://pensarenfermagem>

- Santos RC, Melo GAA, Silva RA, Silva FLB, Viana Júnior AB, Caetano JÁ (2020) Relationship between the comfort level of chronic renal patients and sociodemographic and clinical variables. Rev Bras Enferm.
- Santos, J (2017). O Enfermeiro como Promotor da Qualidade e Segurança nos Cuidados – gestão do erro - Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Leiria para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Silva, R., Torres S, Lima, A (2020) Nursing care in the maintenance of arteriovenous vascular access in chronic renal patients undergoing hemodialysis: an narrative review , Electronic Journal Collection Health
- Silva, R; (2019) Ganho de peso interdialítico excessivo e seus fatores associados Dissertação, Universidade Federal de Pernambuco,
- Sousa, C. N. (2009). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas, 16–187.
- Sousa, P. (2020). O Conforto da Pessoa Idosa. 2ª Ed. Universidade Católica Editora, editor. Lisboa; 139: 4.
- Sousa,P . (2021) A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar construção de uma teoria explicativa. Universidade Católica – Tese de Doutoramento
- Spigolon, D (2018) Diagnósticos de enfermagem de portadores de doença renal em hemodiálise: estudo transversal - Rev. Bras. Enferm. 71 (4) •<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0225>
- SPN (2021) – Sociedade Portuguesa de Nefrologia Relatório Anual 2020 acedido em <https://cdn02.spnefro.pt/gabreg/312/Registo2020ER2021.pdf>
- ULSCB (2016): Código de Conduta e Ética, procedimento de Gestão Edição nº2, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
- ULSCB (2020): Plano de Atividades e Orçamento 2020, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
- Vilhena, P (2018) - Segurança em Contexto de Sobrelotação de Serviço de Urgência: Proposta de Intervenção de Enfermagem Especializada, Relatório Estágio, Lisboa

ANEXOS

ANEXO 1 - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Título	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE DIALISADO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Objetivos	Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa hemodialisada em contexto de urgência/emergência
Conteúdos programáticos	Pessoa hemodialisada no SU Características da pessoa hemodialisada Tipos de terapia de substituição da função renal Principais complicações Principais acessos vasculares Cuidados de enfermagem com os acessos vasculares
Métodos e técnicas pedagógicas	Expositivo e demonstrativo
Materiais e equipamentos	PPTx; videoprojector
Duração	1 hora

ANEXO 2 – APRESENTAÇÃO SESSÃO DE FORMAÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE DIALISADO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Autor:
 João Manuel Pinto Dória
 Aluno Mestrado em Enfermagem

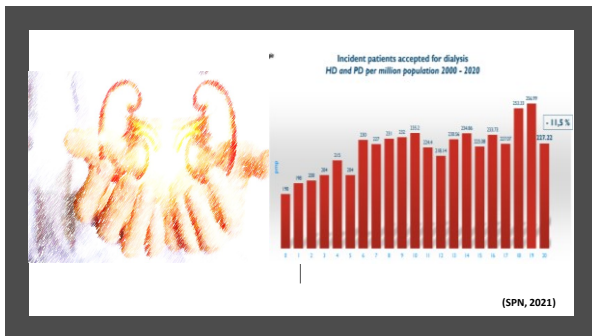
Sob orientação:
 Enf. Especialista Marine Carliho
 Prof. Patrícia Pontífice de Sousa

1

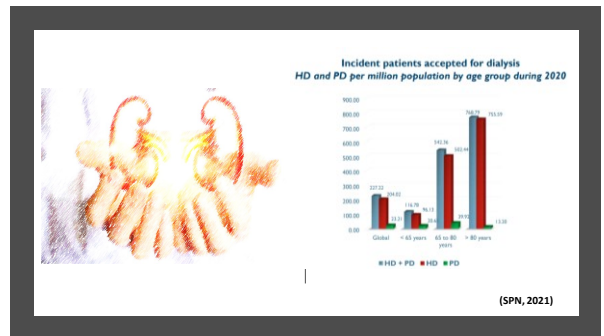
Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN:2021) o total de doentes em Tratamento de Substituição Renal em 2020 era de 20713, dos quais cerca de 12458 (60,2%) em Hemodiálise (HD), 878 doentes (4,6%) em Diálise Peritoneal e 7333 doentes (35,2%) foram submetidos a Transplantação Renal

Portugal - a mais elevada taxa de novos casos por ano de toda a Europa
250 novos casos/milhão de habitantes, segundo dados de 2021

2



3




4

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE EM HD

- Doenças cardiovasculares - 24,4%;
- Doenças infecciosas não relacionadas com o acesso vascular - 23,4%;
- Neoplasias - 11%;
- Morte súbita - 8,3%;
- Caquexia - 8,5%;
- Razão desconhecida - 7,9%;
- Outras causas - 14%;
- Infeções relacionadas com o acesso vascular - 2,4%;

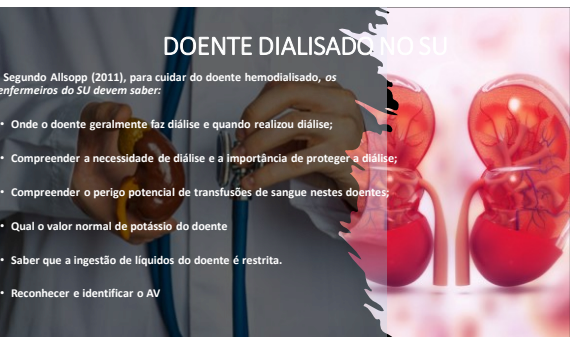
(Macário, 2016)



5

DOENTE DIALISADO NO SU

- Segundo Allsopp (2011), para cuidar do doente hemodialisado, os enfermeiros do SU devem saber:
- Onde o doente geralmente faz diálise e quando realizou diálise;
- Compreender a necessidade de diálise e a importância de proteger a diálise;
- Compreender o perigo potencial de transfusões de sangue nestes doentes;
- Qual o valor normal de potássio do doente
- Saber que a ingestão de líquidos do doente é restrita.
- Reconhecer e identificar o AV



6

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA DIALISADA

Estabelecer uma relação de confiança com a pessoa dialisada através de questões simples, práticas e que demonstrem conhecimento acerca das particularidades da sua situação clínica.

Exemplo:

- Apresentar-se e identificar-se
- Tratar a pessoa pelo nome próprio
- Questionar o porquê da sua vinda ao SU
- Questionar se está acompanhado ou se veio sozinho
- Falar acerca do tratamento de HD: Onde costuma fazer tratamento, quais os dias da semana, qual o dia do último tratamento, que acesso possui para o tratamento, há quanto tempo tem o acesso e relembrar alguns cuidados
- Mostrar disponibilidade para ajudar e esclarecer qualquer dúvida

(EDTNA, 2016)

7

TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL

- ✓ Diálise Peritoneal
- ✓ Hemodiálise
- ✓ Transplante Renal



8

DIALISE PERITONEAL

A **diálise peritoneal** é uma técnica de substituição da função renal **alternativa à hemodiálise**. Em Portugal, segundo o registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021) existiam 878 doentes em programa de diálise peritoneal no ano de 2020.



9

A diálise peritoneal exige a colocação de um **cateter (Tenckhoff)** de ramo único na cavidade peritoneal. Pode ser introduzido por técnica cirúrgica, frequentemente por **mini-laparotomia**, ou técnica **percutânea**.

O líquido de diálise peritoneal é transportado para dentro e para fora do corpo, de forma indolor, através do cateter.

(Ordem dos enfermeiros, 2019)



10

Complicações

- ✓ Peritonite
- ✓ Hipo/Hipertensão
- ✓ Exteriorização do Cuff
- ✓ Hemoperitoneu
- ✓ Dor
- ✓ Corte ou Rotura do cateter
- ✓ Infecção do orifício de saída do cateter

Cuidados de Enfermagem

- Lavar corretamente as mãos com utilização de técnica asséptica para manuseamento
- Examinar o orifício externo e verificação de sinais inflamatórios
- Verificar se o tubo do cateter tem alguma fissura.
- Fixar o cateter à pele com adesivo, para evitar que se desloque



(Ordem dos enfermeiros, 2019)

11

HEMODIÁLISE

Acessos vasculares mais comuns para hemodiálise:

➤ *Fístula artério-venosa - FAV*

Uma fístula é um acesso vascular para hemodiálise construído a partir dos vasos sanguíneos - junção entre uma artéria e uma veia.

➤ *Prótese arteriovenosa de politetrafluoretileno - PTFE*

A PTFE é uma prótese (artificial) e utiliza-se quando os vasos sanguíneos não permitem que se faça uma fístula. Geralmente, a prótese é colocada no membro superior mas, em circunstâncias especiais, também pode ser implantada na coxa.

➤ *Cateter Longa Duração - CLD*

Geralmente, o cateter é colocado na veia subclávia, mas também pode ser colocado na veia femoral. O cateter é de duplo-lúmen. Um lúmen arterial e outro venoso.

(Fresenius Medical Care, 2011)

12

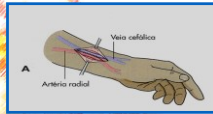
FAV

A FAV pode ser construída a nível do punho, antebraço, fossa antecubital ou no braço, sendo a construção a nível do punho a ideal, onde se utiliza preferencialmente a artéria radial e a veia cefálica em latero-lateral, termino-terminal ou termino-lateral

(Ballard, 2002).

A FAV rádio-cefálica, continua a ser considerada o acesso vascular preferencial, apesar dos desenvolvimentos realizados a nível dos materiais heterólogos. É considerada, unanimemente pela comunidade científica, o acesso vascular por excelência para o tratamento de HD.

(Duarte, 2017)



13

EXAME FISICO – FAV

O exame físico requer a **observação, palpação e auscultação** na procura de sinais e sintomas de:

- Hemorragia;
- Infecção;
- Aneurisma;
- Edema;
- Estenose;
- Síndrome de roubo



(Fresenius Medical Care, 2011)

14

PTFE

Quando, por dificuldades técnicas ou por "maus vasos" do doente, não é possível construir uma FAV, geralmente opta-se por intercalar entre a artéria e a veia um tubo em material especial (teflon-politetrafluoroetileno expandido) e que é designado por PTFE.

(Wilson, 1996)



15

CUIDADOS À PESSOA COM A FAV/PTFE

- ✓ Não remova ou permita a remoção de pelos e crostas formadas na região da FAV.
- ✓ Não utilize a FAV para retirar amostra de sangue ou para administração de medicamentos.
- ✓ Não utilize pomadas ou cremes no local da FAV
- ✓ Não verificar a pressão arterial nesse membro.
- ✓ Não dormir sobre a FAV.
- ✓ Não carregar peso com esse membro.
- ✓ Não usar relógios e PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO do hospital no membro da FAV.



(Fresenius Medical Care, 2011)

16

CLD

Cateter de longa duração, permanente ou tunelizado com cuff (CLD) - É um cateter de hemodiálise introduzido numa veia após um percurso subcutâneo obliterado por um cuff.

(Ordem dos médicos, 2017)



17

CUIDADOS À PESSOA COM CLD

- Monitorizar a temperatura (Controlo de sinais de infeção)
- Manter penso oclusivo;
- Vigiar sinais e sintomas associados à infeção local e sistémica;
- Aspirar completamente o conteúdo de solução presente em cada lúmen;
- Utilizar técnica asséptica sempre que o CLD for manipulado;
- Manter as precauções padrão;
- Trocar as tampas protetoras do CLD após cada utilização;
- Manter a permeabilidade do acesso com preenchimento com 10cc de SF 0,9% e administrar lock de heparina/citrato de sódio após utilização.

(Fresenius Medical Care, 2011)

18

LOCK CLD

CITRATO DE SODIO (LOCK DE CATETER)

Nome Comercial / Apresentação
Citra-Lock 30% 5mL / Frasco-ampola

Classe Terapêutica
Solução anticoagulante (lock de cateter)

Indicação
Solução tampão para cateteres, prevenção de coagulação e infecção em qualquer tipo de cateter intravenoso. Devido às propriedades anticoagulantes e bacteriostáticas, atua no fechamento de cateteres de longa permanência - permcat, porcath e cateteres duplo lúmen para diálise.

Dose
Utilizar o volume suficiente para preencher o lúmen do cateter, indicado pelo fabricante do cateter.

Administração
Aspirar o conteúdo do frasco e preencher os lumens do cateter.

(Fresenius Medical Care, 2011)




19

RESUMO AV PARA HEMODIÁLISE

ACESSOS PARA hemodiálise

CATETER
É um tubo que é colocado em uma grande veia, geralmente no pescoço, ligando o fluxo sanguíneo à máquina de diálise.

PRÓTESE
Uma peça de tubo macio, própria para a punção, que liga uma artéria e uma veia, no braço.

FÍSTULA
Intervenção que junta uma artéria e uma veia, para aumentar o fluxo de sangue.

HOSPITAL DO RIM
Lillemor Novoa - Louie



20

URGÊNCIAS NO DOENTE DIALISADO

1. EAP
2. Hipercalemiemia
3. Hemorragia acesso vascular
4. Hipotensão/Choque hipovolêmico
5. Anemia

(Oliveira, P. M., 2012)

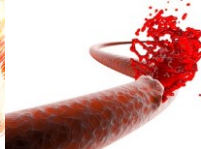


21

Hemorragia acesso vascular

Doentes hipocoagulados
Heparina sódica em circulação 2h após final da diálise
Agulhas grande calibre
Pode progredir para choque hipovolêmico se não vigiada e controlada

(Oliveira, P. M., 2012)



22

PROCEDIMENTO EM CASO DE HEMORRAGIA DO AV

1. Luvas
2. Hemostase com 1 compressa em cima do local da punção/Esponja hemostática
3. Pressão suficiente para parar hemorragia
4. Demasiada pressão -> pode parar FAV
5. Protamina/Vit. K
6. Penso estéril

(Fresenius Medical Care, 2011)




23

ERRADO!!!



24

NOTAS IMPORTANTES

As unidades de CE devem ser administradas **quando do tratamento de HD e não em ambiente urgência**

Unidades de **Plaquetas poderão ser feitas no SU**

MCDT com **contraste só antecedendo a HD**
(Fresenius Medical Care, 2011)



25

Acessos vascular - NOTAS

Os braços da FAV ou das próteses vasculares só podem punccionados por pessoal experiente

Uma punção no local errado pode provocar trombose da fistula ou hemorragia/hematoma

Pode ser punccionado em caso de necessidade – medidas life saving e avançadas no SU

Os cateteres podem ser usados como acesso em situação de urgência como de outro tipo de cateter central se tratasse, no entanto os cuidados de assepsia e heparinização são essenciais

(Fresenius Medical Care, 2011)

26

ALIMENTAÇÃO EM DOENTE DIALISADO

Controlar a ingestão de líquidos:

Pode consumir a mesma quantidade de líquidos que urina, mais 500 ml, equivalentes as perdas naturais ao longo do dia

Volume de urina em 24 horas + 500 ml.

Potássio - Hipercalemiã:

Evitar: Abóbora; Batata; Frutos Seco; Banana; Feijão; Cenoura; Espinafre; Café; etc

Sódio - Hipernatrêmia

Evitar: Bacalhau; Batatas fritas; Manteiga; Queijo;
(Riella & Martins, 2001)



Lembrar de **Solttar** dieta de diálise!

27

SUGESTÃO DE PROCEDIMENTO OPERATIVO PARA O SU

Colocação de elemento identificativo de alerta para doente dialisado na pulseira de identificação do doente/triagem aplicada no membro oposto ao AV



28

Referencial Bibliográfico

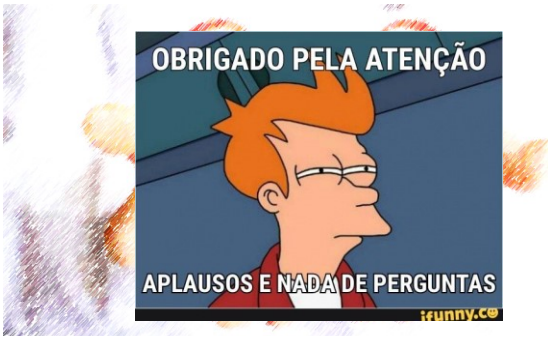
- Allsopp, K. (2011). Caring for patients with kidney failure. Emergency Nurse
- Ballard, J. (2002). Surgical Anatomy for Vascular Access Procedures. In Mosby (Ed.), Vascular access, principles and practice (Missouri).
- Carneiro, A. V., Saturno, P., & Campos, L. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos cuidados e dos serviços.
- Castro MCM. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2001;23(2):108-13.
- Duarte, V. (2017) - Práticas dos enfermeiros no serviço de urgência perante o doente hemodialisado
- European Dialysis & Transplant Nurses Association (EDTNA) (2016) - Communication with dialysis patient
- Fresenius Medical Care, Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, 2011

29

(cont.)

- Lima EX, Santos I. Atualização de enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2004.
- Macário, F. (2016). Relatório do Gabinete de Registo da SPN. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 189.
- Oliveira, M., & Soares, A. (2012). Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida
- Oliveira, P. M. (2012). Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemodialisado. Universidade Fernando Pessoa Faculdade das Ciências da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Estatuto de Ordem dos Enfermeiros e REPE, Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019) – Manual de boas práticas de diálise peritoneal
- Ordem dos Médicos, Colégio de Nefrologia (2017) Manual de Boas Práticas de Diálise Crônica
- Riella M., & Martins C. (2001). Nutrição e o rim. Rio de Janeiro: Guanabara.
- SPN (2014). Relatório Anual 2021. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Nefrologia

30



31



32



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Anexo 3 – PROTOCOLO DE CRIAÇÃO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA INSUFICIENTE RENAL CRÓNICA

Annex 3 - PROTOCOL FOR THE CREATION OF A NURSING CONSULTATION FOR CHRONIC
KIDNEY INSUFFICIENT PEOPLE

Por

João Manuel Pinto Dória

Lisboa, 2022

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

Introdução

1. Objetivos
2. Âmbito da consulta
3. População abrangida
4. Critérios de Referenciação e entidades referenciadoras
5. Espaço e equipamento
6. Equipa de profissionais de saúde
7. Periodicidade da consulta
8. Protocolos
9. Rede de contactos
10. Bases de dados e investigação
11. Perspetivas futuras
12. Bibliografia

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

INTRODUÇÃO

No âmbito de todas as atividades desenvolvidas aquando do ensino clínico surgiu a pertinência da implementação de uma consulta de enfermagem ao DRC no centro hospitalar onde trabalho de forma a aumentar o conforto e a segurança da pessoa insuficiente renal crónico. A criação desta consulta em concordância e com o apoio da Prof. Dra. Patrícia Pontífice-Sousa (UCP) justifica-se pelo elevado e crescente número de utentes que são referenciados e acompanhados nas consultas de Nefrologia (entre 1.10.2018 e 1.9.2022 foram seguidos 1398 doentes com consultas de Nefrologia), que de momento são realizadas por duas nefrologistas (uma externa ao centro hospitalar com apenas um período semanal). A área de referência da consulta abrange dois concelhos da beira interior, sendo que alguns pedidos também provêm de concelhos adjacentes. Tendo em conta o nível de literacia e a idade média dos utentes (>65 anos) e considerando a gestão de tempo condicionada na consulta existe uma necessidade de complementar informações, apoiar e esclarecer o utente em tempo útil. Desta forma existirão não só ganhos em saúde e qualidade de vida como redução de custos diretos e indiretos associados ao impacto da doença.

1. OBJETIVOS

O objetivo principal desta consulta é contribuir para o adequado tratamento do doente com doença renal crónica (DRC), particularmente nos seus estadios mais avançados, agindo como parte integrante de uma equipa multidisciplinar. Tem em consideração o seguinte:

- Complementar informação e fornecer apoios
- Potenciar o autocuidado e autonomia
- Promover o conforto e a segurança
- Educar sobre reciclagem e poupança de recursos
- Diminuir o impacto das comorbilidades melhorando a gestão das mesmas
- Auxiliar na conservação da função renal residual de forma a protelar o início de diálise
- Otimizar a qualidade de vida no período pré-dialítico
- Auxiliar no esclarecimento sobre técnicas dialíticas
- Coordenar a planificação do acesso para diálise e implementar um programa de vigilância do mesmo

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

2. ÂMBITO DA CONSULTA

Esta consulta poderá ser desenvolvida de uma forma faseada tendo em conta os seguintes aspetos:

- Prevenção e promoção da saúde.
- Esclarecimento pré-diálise
- Tratamento conservador da DRC
- Acessos para diálise
- Ensino e administração de terapêuticas no âmbito da DRC (ex. epoiéticas), colheita de análises (excecionalmente quando necessário) e realização de pensos (ex. FAV)
- Ponte de ligação e articulação com o Hospital de Dia, Serviços de Internamento, Cuidados Paliativos, Unidades de Diálise extra-hospitalares e Serviço de Nefrologia do HAL

É de referir que para o estabelecimento e bom funcionamento desta consulta é imprescindível a existência dos seguintes pressupostos:

- Dedicção exclusiva ao Serviço de Nefrologia
- Espaço próprio
- Agenda independente
- Enfermeiros com formação nefrológica apropriada e idealmente com experiência na área
- Acesso facilitado/ linha de telefone direta e contactos de email
- Canais de comunicação bem estabelecidos entre os enfermeiros e as nefrologistas

3. POPULAÇÃO ABRANGIDA

A população abrangida é constituída pelos doentes com DRC estadio 3– 5D, mas numa fase inicial, caso haja necessidade de gerir recursos, poderá ser focada nos doentes com TFG < 30 ml/min (estádios 4 e 5).

No sentido de cumprir os preceitos éticos abrangidos na legislação, será pedido um parecer à comissão de ética do Centro Hospitalar antes da implementação prática deste projeto.

4. CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO E ENTIDADES REFERENCIADORAS

Os utentes podem ser referenciados para esta consulta de enfermagem por via eletrónica no SCLINICO através da requisição da Consulta de Enfermagem de DRC (terá que ser criada a

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

ligação). Poderão ser consideradas outras formas de referenciação se justificável. A (o) enfermeira (o) responsável pela consulta realizará o agendamento destes doentes em agenda própria de forma autónoma.

Os critérios a considerar são:

- Sempre que se verifique a presença de 1 ou mais dos pressupostos acima estabelecidos no âmbito da consulta.
- Todos os utentes avaliados em 1ª consulta de Nefrologia e que tenham DRC estabelecida

Relativamente às entidades referenciadoras, numa primeira fase, poderão ser considerados os doentes referenciados a partir da consulta de Nefrologia. À medida que este projeto se for desenvolvendo, podem ser considerados os doentes referenciados a partir das seguintes consultas/centros:

- Consulta de Medicina Interna (incluindo Diabetologia)
- Consulta de Hipertensão Arterial
- Consulta de Cardiologia
- Outras consultas hospitalares
- Centros de Saúde/Enfermagem do Centro de Saúde

5. ESPAÇO E EQUIPAMENTO

O espaço será a definir, sendo as hipóteses:

- Consulta Externa II – Gabinete médico 28 (a coordenar com ocupação médica)
- Consulta Externa II – Gabinete geral de enfermagem (gabinete 11)
- Consulta Externa II – Gabinete da consulta de Hipertensão
- Consulta Externa – outro gabinete

O equipamento necessário será:

- Conjunto cadeira + secretária com computador e impressora
- Medidor de tensão arterial, saturímetro, termómetro, glicómetro, balança e estetoscópio
- Marquesa (opcional) ou cadeirão reclinável
- Suporte para fluidos

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

- Armário para armazenamento de fármacos e materiais de primeiros socorros
- Mesa para suporte de documentação/outros materiais a fornecer

Será necessário solicitar ao departamento de Gestão a criação da consulta de enfermagem de DRC e também solicitar ao departamento de Informática a criação da consulta no sistema SClínico.

6. EQUIPA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A equipa, para já, será composta pelos seguintes elementos:

- Dr^a Carolina Lã Belino
- Dr^a Catarina Reis Santos
- Enfermeira Ana Júlia Furtado
- Enfermeiro João Dória

7. PERIODICIDADE DA CONSULTA

A periodicidade da consulta será gerida e adaptada conforme o volume de doentes e pedidos de colaboração que forem feitos, sendo que se poderá optar por uma frequência semanal, inicialmente. As consultas idealmente poderão decorrer em modalidade presencial ou não presencial e podem incluir consultas externas bem como internas (pedidos de colaboração internos do hospital – exemplo: cuidados a ter com uma fistula num doente internado ou realização de pensos à mesma, ensinamentos de administração de EPO à data de alta, articulação com doente e familiares na reavaliação em consulta pós-alta para verificar correto controlo e adesão terapêutica, entre outros).

8. PROCOTOLOS

Nesta consulta serão desenvolvidos e implementados vários protocolos de atuação. Numa primeira consulta de enfermagem, de forma geral, o enfermeiro (a) informará cada utente:

- Estrutura e objetivo da consulta
- Impacto da insuficiência renal no organismo, com enfoque no estadio atual do utente
- Noções básicas sobre dieta a seguir (desenvolvimento de guias/panfletos à posteriori)

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

- Promoção de estilos de vida saudáveis e respetivo impacto na progressão da DRC e risco cardiovascular
- Vigilância de sinais vitais e gestão terapêutica
- Medidas de renoproteção (desenvolvimento de guias/panfletos à posteriori)
- Cuidados do acesso vascular (desenvolvimento de guias/panfletos à posteriori)
- Como detetar situações de urgência e como proceder
- Disponibilização de contactos, caso se justifique
- Agendamento de consulta seguinte

O enfermeiro (a) nefrológico abordará de forma individualizada e segundo a fase em que se encontre o utente:

- Fatores de Risco Cardiovascular, com enfoque na HTA (forma correta de avaliar e registar as TAS, adequado controlo, adesão e estilos de vida saudável) e peso (sobrecarga hídrica e importância da perda de peso na obesidade). Possibilidade de administração de soro e/ou diuréticos e.v. pontualmente;
- Forma correta de avaliar e registar glicemias em doentes diabéticos, verificação do controlo, alertar para complicações e ensinar o seu reconhecimento e posterior orientação, pontualmente administração de insulina ou glucose/glucagon se necessário;
- Identificar doentes fumadores, propor e encaminhar para a consulta de Cessação Tabágica os que se mostrarem recetivos;
- Nas mulheres em idade fértil, destacar a importância do adequado planeamento familiar e assinalar potenciais fármacos que possa estar a fazer que possam ser teratogénicos;
- Educação sobre a alimentação e ingestas adequadas, considerando o grau de DRC e os valores analíticos de potássio, cálcio, fósforo, nPNA (desenvolvimento de guias/panfletos adaptados a cada estadio da DRC)
- Educação sobre os objetivos da medicação em curso e sua correta utilização e adesão
- Controlo da medicação e evicção de interações medicamentosas importantes e automedicação, sinalização ao nefrologista e/ou médico de família de situações que considere pertinentes;
- Explicar o correto armazenamento de fármacos como insulina e epoietinas (apoio da farmácia hospitalar se necessário);
- Explicar o que são fármacos nefrotóxicos e como evitá-los, em particular:

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

- AINES (desenvolvimento de guias/panfletos de abordagem básica ao controlo da dor na DRC)
- Produtos de contraste iodados de exames imagiológico
- Cumprimento do calendário vacinal e vacinas recomendadas no âmbito da DRC. Verificação regular das serologias HIV, HBV, HCV e resposta vacinal HBV. Possibilidade de administração de vacinas pelo enfermeiro (a) nefrológico;
- Alertar para a vigilância do risco infeccioso, nomeadamente infeções urinárias. Nos doentes sinalizados de alto risco, explicar potenciais sinais de infeção urinária, disponibilizar recipientes de UC
- Extração de sangue para controlos analíticos urgentes pontualmente
- Colheita de exudados (exemplo: zaragatoa MRSA) e ensino do tratamento adequado
- Anemia: ensino e administração de EPO e ferro e.v.

Em situações de DRC avançada (estadio 4/5), o enfermeiro (a) nefrológico poderá auxiliar na adequada informação, procedimentos e planificação do acesso para diálise ou tratamento conservador, se for o caso.

- Preparação da Consulta de Esclarecimento, explicando sumariamente as técnicas com entrega da norma da DGS para leitura antes da consulta
- Ensinos sobre a proteção de património vascular (entrega de “Cartão da DRC ” a elaborar posteriormente)
- Verificação do agendamento da Consulta de Esclarecimento no HAL
- Caso a opção seja a hemodiálise, devem ser prestados esclarecimentos sobre o que é uma FAV/PAV e cuidados a ter com os mesmos antes e imediatamente após a confeção (entrega de panfleto à posteriori)
- Articulação com o doente e/ou o Serviço de Nefrologia do HAL no processo de construção de FAV/PAV: informação da data do procedimento com ensino e entrega de materiais de forma atempada ao doente e agendamento de consulta após 10 dias de construção (verificação do funcionamento e retirada de pontos) e às 6 semanas (verificação da maturidade);
- Sinalizar problemas/intercorrências com o acesso, ensinar o doente sobre situações de alerta e como proceder e disponibilizar os contactos adequados;
- Caso a opção seja a diálise peritoneal, se necessário, explicar sumariamente o procedimento de colocação de cateter de DP, os timings necessários para poder ser

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

utilizado, esclarecer dúvidas quando a cuidados básicos e verificar correta articulação com setor da DP no HAL

- Caso a opção seja o tratamento conservador, alertar para os principais sinais e sintomas mais frequentes na DRC avançada, ensinar sobre medidas não farmacológicas de alívio e opções farmacológicas mediante protocolo e articulação com o nefrologista assistente e/ou cuidados paliativos (possibilidade de criação de um guia/diário de sinais e sintomas, frequência de administração de fármacos em sos, verificação do seguimento de um plano individual integrado de cuidados)

9. REDE DE CONTACTOS

Será estabelecida uma rede de contactos entre os enfermeiros e médicos assistentes, bem como outros Serviços Hospitalares. Deverá existir:

- Contactos telefónicos/linha de telefone direta
- Contacto de email da consulta em que os enfermeiros e nefrologistas possam ter acesso comum e que possa ser disponibilizado a utentes, familiares, lares e centros de saúde mediante condições específicas bem definidas
- Contactos telefónicos e de email do Serviço de Nefrologia do HAL que sirva para canal comum de comunicação (email: nefrologiahal@gmail.com)
- Contactos telefónicos e emails do GEV (Grupo de Estudos Vasculares)

10. BASES DE DADOS E INVESTIGAÇÃO

Criação de pasta individual para cada doente onde conste:

- Ficha com dados pessoais, status social e familiar, apoios, rede de contactos e qual o nefrologista assistente, o centro de saúde e o médico de família.
- Etiologia e grau de DRC, comorbilidades, principais terapêuticas
- Problemas identificados onde é necessário intervir
- Intervenções efetuadas
- Dados sobre o acesso vascular
- Comunicações efetuadas entre diferentes Serviços
- Outros dados que se considerem pertinentes

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

- Divisão das pastas individuais por graus de DRC (3A, 3B, 4, 5) e na DRC estadio 5, organizar por opção de tratamento

Serão também criadas bases de dados Excel com os dados recolhidos respeitando a confidencialidade. Os dados recolhidos serão tratados conforme as normas de proteção de dados individuais e de forma a monitorizar a resposta a este programa e eficácia das intervenções efetuadas bem como a utilização de recursos.

11. PERSPECTIVAS FUTURAS

No futuro, com o crescimento do Serviço, pretende-se que este tipo de consulta funcione diariamente e que contribua para a criação de uma equipa de enfermagem dedicada à Nefrologia. Pretende-se expandir a área de referência para esta consulta e o âmbito da mesma, incluindo a vertente de apoio domiciliário, nomeadamente em regime de internamento domiciliário. Serão também desenvolvidas ações formativas a nível hospitalar e extra-hospitalar e procurar-se-á contribuir através da participação em palestras nacionais/internacionais e escrita de artigos científicos.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Otero BE, Monros AM, Vila Paz ML. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología (2008) Supl.3*, 53 – 56.
2. Grazina D. Consulta de enfermagem ao doente insuficiente renal crónico em pré-diálise. 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Junho, 2018.
3. Lima RA et al. Contribuições do enfermeiro na educação e gerenciamento do cuidso em tratamento conservador em nefrologia: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 10(14):2021.
4. Lins SMSB et al. Implantação da consulta de enfermagem no ambulatório de atendimento ao paciente renal em tratamento conservador. 1º Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: o raciocínio clínico de enfermagem e a era digital, 2017.
5. León FJ et al. Educación sanitaria al paciente com enfermedad renal crónica avanzada. Existe evidencia de su utilidad? *Enferm Nefrol 2014: Abril-Junio; 17(2):120/131*.

CRIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇA RENAL CRÓNICA

6. Costa C et al. Health literacy levels in stage 4 and 5 chronic kidney disease patients and their predictors. *Millenium*, 2(ed espec. Nº9), 179-187, 2021.
7. Menezes HF et al. Significado das ações educativas na consulta de enfermagem para clientes renais crónicos e familiares. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*, 2018; 26:e31921.
8. Ribitsch W et al. Effects of a pre-dialysis patient education program on the relative frequencies of dialysis modalities. *Peritoneal Dialysis International*, Vol.33, pp.367-371, 2012.