

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

2⁺



Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

2



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2 / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-393-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.931211308>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Políticas Sociais e de Atenção, Promoção e Gestão em Enfermagem” apresenta 65 artigos originais e resulta do esforço conjunto de diferentes profissionais de saúde portugueses e brasileiros. Espera-se, que o leitor explore os conteúdos da presente obra, que a mesma possibilite aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos sobre as diversas abordagens teóricas e práticas e que contribua para a melhoria da prática da enfermagem e conseqüentemente para o cuidado qualificado à pessoa, seja na prevenção, promoção ou recuperação da saúde.

A obra foi dividida em 3 (três) volumes com diferentes cenários que envolvem o “Cuidar”, desde o profissional, até ao cliente/paciente: o volume 1 aborda assuntos relacionados com a formação em enfermagem, procurando a valorização dos “saber-saber”, “saber-ser”, “saber-estar” e “saber-fazer”, utilizando-os para guiar o processo educativo. Aborda, ainda, a saúde da mulher ao longo do ciclo de vida, desde a gravidez, parto, puerpério e Recém-Nascido, assim como situações de violência; o volume 2 concentra estudos relacionados com a gestão de e em cuidados de saúde, salientando novos instrumentos de gestão e humanização, qualidade de vida e satisfação com os cuidados; o volume 3 trata da prática de enfermagem e enfatiza as questões relacionadas com a saúde mental; a situação pandémica provocada pelo SARS CoV2 e ações de educação contínuas, treino e capacitação das equipas, não esquecendo a segurança da pessoa a cuidar.

Reconhece-se a inestimável colaboração de cada um dos participantes desde autores e coautores, equipa editorial e de tantos outros que participaram no processo de publicação.

Temas científicos diversos e interessantes são, deste modo, analisados e discutidos por pesquisadores, professores e académicos e divulgados pela plataforma Atena Editora de forma segura, atual e de interesse relevante para a sociedade em geral e para a enfermagem em particular.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raynara Laurinda Nascimento Nunes

Paloma Gomes de Araújo Magalhães

Jannayne Lúcia Câmara Dias

Ely Carlos Pereira de Jesus

Aline Gomes Silva de Souza

Bruna Renata Duarte Oliveira

Joyce Lemos de Souza Botelho

Ingred Gimenes Cassimiro de Freitas

Solange Macedo Santos

Thamara Lacerda Campos

Leandro Felipe Antunes da Silva

Thais Gonçalves Laughton

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113081>

CAPÍTULO 2..... 10

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Miralice Medeiros Ferreira

Rosane da Silva Santana

Luana Miranda de Almeida

Ruth Elen de Alcântara Chaves

Angélica Linhares Silva Lima

Jorgiana Moura dos Santos

Francisca Ellen Bantim Sousa Cunha

Adriana de Sousa Brandim

Ana Cristina Ferreira Pereira

Dulcimar Ribeiro de Matos

Ana Kelline da Silva Rodrigues

Leidiane Costa Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113082>

CAPÍTULO 3..... 20

GESTÃO DE INFORMAÇÃO E DIMENSIONAMENTO EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL PORTUGUÊS

José Manuel Lúcio Chora

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Maria Cecília Moreira Varandas

Amélia Maria Brito Gracias

Cristina Maria Barradas Moreira Duarte Paulino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113083>

CAPÍTULO 4.....37

GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Ivo Ferreira de Santana

Joélio Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113084>

CAPÍTULO 5.....49

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO INSTRUMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Luiza Costa Tanure

Glaubert Gomes de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113085>

CAPÍTULO 6.....61

INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA O ENFERMEIRO: PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2018 A 2020 DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Bruna Aparecida Costa Moreira

Sarah Cristina Chiesa Massoco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113086>

CAPÍTULO 7.....67

PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Beatriz Santana Caçador

Ana Cristina Fontes de Souza

Carolina da Silva Caram

Lílian Cristina Rezende

Maria José Menezes Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113087>

CAPÍTULO 8.....79

A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Eloá Carneiro Carvalho

Helena Maria Scherlowski Leal David

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Samira Silva Santos Soares

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Karla Biancha Silva de Andrade

Sandra Regina Maciqueira Pereira

Ellen Márcia Peres

Helena Ferraz Gomes

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Patrícia Lima Pereira Peres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113088>

CAPÍTULO 9..... 93

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E ADESÃO AO LEAN HEALTHCARE

Verusk Arruda Mimura
Cinthia dos Santos Alves Rocha
Natália de Castro Nascimento
Luccas Lolatto Said

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113089>

CAPÍTULO 10..... 112

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Jassia Kaline Silva Oliveira
Francisco Italo Ferreira da Silva
Maria Nauside Pessoa da Silva
Layane Teresa Ferreira de Sousa
Natalia Sales Sampaio
Bianca Sousa Vieira Alves
Germano Soares Martins
Ketilene da Silva Oliveira
Luciene Oliveira Silva
Cinthia Thaise de Oliveira Costa
Jullymária Glenda Soares Alencar
Railany de Sousa da Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130810>

CAPÍTULO 11..... 123

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA: A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Ana Maria Aguiar Frias
Nuno Miguel de Paiva Frias
Cristina Alexandra Vieira Caramelo Frias
André Miguel Paiva Frias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130811>

CAPÍTULO 12..... 136

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NO CENTRO CIRÚRGICO: CONTRIBUIÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Ariane Leite Pereira
Nayara Kelly Felix Ferreira
Jaqueline Maria da Silva
Edna Andrade dos Santos
Samyris Palloma da Silva Domingos
Marina Cordeiro da Silva
Etiene de Lima Godoy
Juliana Ismênia Barbosa de Freitas
Naiana dos Anjos Santos
Paloma Micaely da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130812>

CAPÍTULO 13..... 141

BOAS PRÁTICAS PARA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flavia Giron Camerini
Luana Ferreira de Almeida
Renata de Oliveira Maciel
Luciana Guimarães Assad
Camilla Garcia de França Gonçalves
Beatriz Albuquerque Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130813>

CAPÍTULO 14..... 150

ESCALA DE RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UM MODELO BRASILEIRO

Isis Marques Severo
Ricardo de Souza Kuchenbecker
Talita Portela Cassola
Leandro Barbosa de Pinho
Amália de Fátima Lucena
Débora Feijó Villas Boas Vieira
Lylia Midori Suzuki
Michele Schmid
Deise Vacario de Quadros
Vanessa Frighetto Bonatto
Miriam de Abreu Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130814>

CAPÍTULO 15..... 167

AS CONTRIBUIÇÕES DO VES-13 NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

Maria Renita Burg
Miria Elisabete Bairros de Camargo
Fernanda Stassen dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130815>

CAPÍTULO 16..... 181

HOTELARIA HOSPITALAR: RELEVÂNCIA DESSE SERVIÇO PARA O USUÁRIO DO SUS

Wilma Lemos Privado
Sérgio Alcântara Alves Poty
Agrimara Naria Santos Cavalcante
Lorena Stephany Lopes Fernandes
Flavio Eduardo Pereira Lima
Kassya Fernanda Freire
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho
Roama Paulo Ulisses Vaz da Costa
Polyana Coutinho Bento Pereira

Daniel Campelo Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130816>

CAPÍTULO 17..... 191

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Denise Sabrina Nunes da Silva
Rosane da Silva Santana
Wesley Brandolee Bezerra Fernandes
Danielly Matos Veras
Iasmin Resende
Francisco Alex do Nascimento da Silva
Paula Cruz Fernandes de Sousa
Laurice da Silva Nascimento
Francisco Itálo Ferreira da Silva
Adalberto Fortes Rodrigues Júnior
Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Gabriela Oliveira Parentes da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130817>

CAPÍTULO 18..... 200

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU/192: SOB A ÓTICA DOCUMENTAL

Amanda Domingos Ferreira
Juliano de Souza Caliari
Marilene Elvira de Faria Oliveira
Wallan de Oliveira Lopes Silva
Wilson Goulart Estêvão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130818>

CAPÍTULO 19..... 209

LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Maria da Silva Brandão
Francisca Vania Araújo da Silva
Grazyella da Paz Santos Giannini
Sandra Helena Ferreira do Nascimento Oliveira
Cristiane Maria da Conceição
Kassia Rejane dos Santos
Karla Andréa Ribeiro da Silva
Maria do Socorro Fontenele Brandão
Maria Almira Bulcão Loureiro
Silvana do Espírito Santo de Castro Mendes
Adriana de Sousa Brandim
Ana Cristina Ferreira Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130819>

CAPÍTULO 20.....	219
CAPITAL SOCIAL, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS: UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM TRABALHADORAS RURAIS	
Hildegard Hedwig Pohl	
Patrik Nepomuceno	
Carine Muniz dos Santos	
Marcelo Henrique Glänzel	
Polliana Radtke dos Santos	
Cassiano Severgnini	
Miriam Beatrís Reckziegel	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130820	
CAPÍTULO 21.....	227
RISCO DE INFECÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE: ESTUDO DE CASO	
Dora Canelas Folgado	
Filipa Dias	
Joana Ramalinho	
Luís Manuel Mota Sousa	
Isabel Bico	
Maria do Céu Marques	
Ana Maria Aguiar Frias	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130821	
CAPÍTULO 22.....	243
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Andressa Maria Laurindo Souza	
Herla Maria Furtado Jorge	
Ravena de Sousa Alencar Ferreira	
Nataline de Oliveira Rocha	
Viviany de Sousa Araújo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130822	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	252
ÍNDICE REMISSIVO.....	253

CAPÍTULO 21

RISCO DE INFEÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 28/06/2021

Ana Maria Aguiar Frias

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

Dora Canelas Folgado

Hospital da Misericórdia de Évora/Luz Saúde
Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0003-3021-962>

Filipa Dias

Fresenius medical care
Nephrocare de Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-0951-2032>

Joana Ramalinho

Fresenius medical care
Nephrocare de Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0001-6070-4497>

Luís Manuel Mota Sousa

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora
Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

Isabel Bico

Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-3868-2233>

Maria do Céu Marques

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora. Portugal
<http://orcid.org/0000-0003-2658-3550>

RESUMO: Introdução: O risco de infeção é uma das complicações mais frequentes nas pessoas submetidas a hemodiálise. **Objetivo:** Definir um plano de cuidados de enfermagem para uma pessoa com doença renal crónica terminal submetido a hemodiálise com enfoque na prevenção e controlo do risco de infeção. **Método:** Estudo descritivo desenvolvido a partir de estudo de caso clínico relativo a uma pessoa (designado DG) do sexo masculino, de 57 anos. A colheita de dados foi realizada através da observação e entrevista direta ao sr. DG e através da consulta do seu processo clínico, no sistema informático EuClid. Para a elaboração e fundamentação do presente documento, foi selecionado o modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan e Tierney, bem como a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A informação recolhida foi organizada segundo as instruções e com recurso ao fluxograma e lista de validação de Case Report. Para o estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem seguiu-se a taxonomia NANDA, NOC e NIC. **Resultados:** Em função da apreciação inicial foram identificados seis diagnósticos de enfermagem (disposição para nutrição melhorada, risco de desequilíbrio eletrolítico, volume de líquidos excessivo, risco de infeção, risco de pressão arterial instável e risco de sangramento), de entre os quais foi

selecionado, para desenvolver intervenções de enfermagem e resultados obtidos, apenas um deles: risco de infecção, por ser o diagnóstico prioritário neste momento. Esta escolha deveu-se ao facto de ser uma das complicações que leva a maior número de internamentos hospitalares, por ser uma das complicações dos acessos vasculares, pelas canulações frequentes, e por se tratar de um procedimento invasivo (hemodiálise). **Conclusão:** Os cuidados de enfermagem são primordiais na prevenção e controlo de infecção através de boas práticas de enfermagem assim como através do empoderamento de pessoas submetidas a hemodiálise.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Doença Renal Crónica; Risco de Infecção; Hemodiálise; Acesso vascular.

RISK OF INFECTION IN PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS: CASE STUDY

ABSTRACT: Introduction: The risk of infection is one of the most frequent complications among people undergoing hemodialysis. **Objective:** To define a nursing care plan for a person in end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis with a focus on prevention and control of the risk of infection. **Method:** Descriptive study developed from a clinical case study on a 57-year-old male person (designated DG) for about six years. Data collection was carried out through observation and direct interview with Mr. DG as well as consulting clinical file in the EuClid computer system. For the elaboration and foundation of this document, the model of Activities of Daily Living by Roper, Logan and Tierney was selected, as well as the Theory of Transitions by Afaf Meleis. The information collected was organized according to the instructions and using the Case Report flowchart and validation list. To establish the nursing care plan, the NANDA, NOC and NIC taxonomy was followed. **Results:** Based on the initial assessment, six nursing diagnoses were identified (disposition for improved nutrition, risk of electrolyte imbalance, excessive fluid volume, risk of infection, risk of unstable blood pressure and risk of bleeding), from which we selected, to develop nursing interventions and results obtained, only one of them: risk of infection, as it is the priority diagnosis at this time. The reason for this choice is due of being one of the complications that leads to a greater number of hospital admissions, because it is one of the complications of vascular access, because of frequent cannulations, and because it is an invasive procedure (hemodialysis). **Conclusion:** Nursing care is vital in the prevention and control of infection through good nursing practices as well as the empowerment of people undergoing hemodialysis.

KEYWORDS: Nursing care; Chronic kidney disease; Risk of infection; Hemodialysis; Vascular access.

1 | INTRODUÇÃO

Os rins possuem três principais funções: 1) excretora, sendo responsáveis pela excreção de produtos metabólicos como a ureia e a creatinina; 2) reguladora, de modo a regular o volume de água do corpo, osmolaridade dos fluidos corporais, o equilíbrio eletrolítico e ácido-base e regular a tensão arterial; 3) metabólica, ativando a vitamina D e produzindo a enzima renina e a hormona eritropoietina. Com a perda destas funções

surge a Doença Renal Crónica (DRC), que consiste na lesão renal que leva a uma perda progressiva e irreversível da função renal (AFONSO, 2018). Considera-se DRC quando existem alterações patológicas renais, quer estruturais ou funcionais, com duração superior a 3 meses, ou quando há uma diminuição do débito de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m², por um período de pelo menos 3 meses. Assim, a DRC apresenta um conjunto de manifestações clínicas associadas à perda progressiva da taxa de filtração glomerular [TFG] (FAZENDEIRO, 2011; MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017). A TFG permite medir a capacidade funcional do rim para filtrar e eliminar as substâncias tóxicas e, conseqüentemente, classificar a doença renal de acordo com o estadió em que se encontra (MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017). A DRC pode ser classificada em 5 estadios: estadió 1 TFG \geq a 90 ml/min, estadió 2 TFG entre 60-89 ml/min, estadió 3 TFG entre 30-59 ml/min, estadió 4 TFG entre 15-29 ml/min, estadió 5 ou estadió terminal TFG < a 15 ml/min (AFONSO, 2018).

Estima-se que cerca de 5 a 10% da população sofra de DRC. Esta constitui por si só um fator de risco cardiovascular independente, aumentando de forma significativa a morbilidade e mortalidade das pessoas. Existem vários fatores que aumentam o risco de desenvolver DRC tais como hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), doenças autoimunes, idade avançada, ascendência africana, historial familiar de doença renal, episódios anteriores de insuficiência renal aguda, doença poliquística renal do adulto, ou a presença simultânea de DM e HTA na mesma pessoa, entre outras. A junção da HTA com DM pode contribuir para o aumento do risco de desenvolvimento da DRC, que tem vindo a ser cada vez mais frequente nos últimos anos, especialmente em Portugal (AFONSO, 2018). Quanto à incidência e prevalência, a nefropatia diabética é a causa mais comum de DRC, normalmente associada à DM tipo 2, seguindo-se a HTA como a segunda principal causa (MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017).

Com o comprometimento da função excretora e, conseqüentemente, da filtração glomerular, existe acumulação de produtos tóxicos no organismo. Para que a pessoa com DRC em estadió avançado (fase terminal ou estadió 5) consiga sobreviver com qualidade de vida, é necessário recurso a terapias substitutivas da função renal (TSFR), nomeadamente a diálise – hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal - e transplante renal (GONÇALVES, 2016). Nesta fase da doença o rim deixa de conseguir manter a homeostasia interna e, na maior parte das vezes, é necessário recorrer à diálise (CRISTÓVÃO, 2016; MIRA; GARAGARZA; CORREIA; FONSECA *et al.*, 2017). Enquanto o transplante renal trata efetivamente a DRC terminal, a diálise, tratamento que, feito regularmente visa preservar a função renal, corrigir os desequilíbrios, controlar a uremia e preparar a pessoa para receber um transplante renal (CRISTÓVÃO, 2016).

Os últimos estudos indicam que a HD continua a ser a principal TSFR, com uma prevalência de 59,7%, seguindo-se a transplantação renal, com uma prevalência de 36,8%, e por fim a diálise peritoneal, com uma prevalência de 3,7%. Esta última surge como a

técnica menos escolhida à data de 31/01/ 2016 (NOLASCO; LOUREIRO; FERREIRA; MACÁRIO *et al.*, 2017).

Tal como referido acima, a HD é o meio terapêutico de substituição renal mais frequente a nível mundial, sendo necessário um acesso vascular (AV) e um circuito extracorporeal para levar o sangue ao filtro e devolvê-lo à pessoa. Com a HD pretende-se a reconstituição do ambiente dos fluidos intra e extracelular e a homeostase dos solutos, quer pela sua remoção a partir do sangue, quer pela introdução dos mesmos a partir do dialisante (COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA-ORDEM DOS MÉDICOS, 2011; CRISTÓVÃO, 2016; FAZENDEIRO, 2011; GONÇALVES, 2016). Para uma HD eficaz, em que se consigam eliminar substâncias e líquidos acumulados entre sessões, são necessários 3 tratamentos por semana, com a duração de 4 horas por sessão, podendo haver necessidade de ajustar o tempo de diálise em função da pessoa (PORTAL DA DIÁLISE, 2016). A HD apresenta um grande impacto na qualidade de vida das pessoas, devido a todas as alterações a que se encontram sujeitos no seu quotidiano decorrentes dos tratamentos. As principais alterações passam pelo tempo despendido semanalmente para os tratamentos, o cumprimento do regime medicamentoso, dietético e hídrico, o aumento da dependência dos familiares, ansiedade e cansaço pós-sessão (PEREIRA; LEITE, 2019). A principal complicação que ocorre durante a HD envolve as alterações hemodinâmicas que resultam do processo de circulação extracorporeal e a remoção de um grande volume de líquidos num curto espaço de tempo. As sintomatologias mais comuns são hipotensão (20%-30% das diálises), cãibras musculares (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaleias (5%), dor torácica e lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). Como sintomatologias menos comuns, mas que podem ser mortais, temos a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insónia, inquietação, demência, infeções, pneumotórax ou hemotórax, isquémia ou edema da mão e anemia (GOMES; DOS SANTOS NASCIMENTO, 2018; PORTAL DA DIÁLISE, 2016).

Para a realização da HD é necessária a criação de um AV. Existem três tipos de acessos vasculares que têm vida útil diferente após a sua criação, e que podem ser classificados como acessos temporários ou permanentes. São eles: fístula arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso (EAV) e cateter venoso central (CVC). A FAV é considerada o AV de eleição para tratamento de HD por ser construída utilizando os próprios vasos da pessoa, por apresentar durabilidade superior a cinco anos, exigir um menor número de intervenções, por apresentar menor custo de construção e manutenção, e menor taxa de infeção (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014). A FAV apresenta baixos índices de complicações e uma longevidade mais longa. A FAV é realizada no membro não dominante de modo a não comprometer a capacidade funcional, e inicialmente é recomendado que seja construída o mais distal possível,

pois em caso de necessidade poderá ser reconstruída numa localização mais proximal (CLEMENTINO; DE QUEIROZ SOUZA; DA COSTA BARROS; CARVALHO *et al.*, 2018). As complicações dos acessos vasculares são um dos motivos mais frequentes que levam ao internamento e, conseqüentemente, uma das principais causas de mobilização de recursos financeiros. Apesar de a FAV ser considerado o melhor acesso para HD, está suscetível a diversas complicações sendo as mais comuns a trombose, isquemia do membro, edema, hemorragia, aneurismas, infeções e sobrecarga cardíaca (MARUJO, 2016; PESSOA; LINHARES, 2015; SOUSA, 2009).

As pessoas submetidas a hemodiálise apresentam elevado risco de desenvolver infeção no AV, pelo seu estado urémico que origina deficiência imunológica, devido à punção e à exposição de infeções nosocomiais hospitalares e cirúrgicas (SOUSA, 2009). A infeção é a primeira causa de hospitalização e a segunda causa mais comum de mortalidade entre as pessoas em HD. As pessoas em programa regular de HD apresentam alto risco de infeções e encontram-se expostos a diferentes tipos de infeção, incluindo infeções da corrente sanguínea e infeções localizadas no AV. Estas devem-se particularmente ao facto de terem defesas imunológicas prejudicadas decorrente da DRC (LYMAN; NGUYEN; SHUGART; GRUHLER *et al.*, 2020) e pela exposição frequente e prolongada de sangue durante o tratamento de HD através dos acessos vasculares e circuito extracorporeal. O facto de existirem normalmente muitas pessoas a realizar tratamento no mesmo espaço, com proximidade entre eles, o contato frequente com os enfermeiros que apesar da utilização de equipamento de proteção individual (EPI) contactam com outras pessoas e máquinas, hospitalização frequente, e principalmente as falhas associadas às boas práticas de enfermagem, podem também ser considerados como fatores de aumento do risco de infeção. A água contaminada, os equipamentos, as superfícies ambientais e pessoas com infeção são alguns dos meios de transmissão de infeção, sendo o meio mais comum de transmissão de infeções associado às mãos contaminadas por parte dos profissionais de saúde. Torna-se assim fundamental o controle de infeção nas unidades de diálise de modo a que se consiga prevenir e evitar a propagação de infeção entre as pessoas submetidas a HD (KARKAR, 2018).

Deste modo, o objetivo do presente estudo é elaborar uma proposta de Plano de Cuidados de Enfermagem com enfoque na prevenção e controlo do risco de infeção, numa pessoa com DRC terminal em HD.

2 | MÉTODOS

Este trabalho foca-se num método de estudo de caso, relativo a uma pessoa de 57 anos que realiza sessões de HD há seis anos, numa clínica de Hemodiálise na região sul de Portugal. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo (ANDRADE; RUOFF; PICCOLI; SCHMITT *et al.*, 2017), tendo como finalidade incidir sobre o risco de infeção em

pessoas submetidas a HD.

Os dados apresentados foram recolhidos através da entrevista direta ao sr. DG, da observação e exame físico e através da consulta do seu processo clínico, através do programa informático EuClid, de onde foram recolhidos os dados relevantes bem como os resultados laboratoriais. Toda a informação recolhida foi mantida de forma confidencial e foi salvaguardada a privacidade da pessoa, tendo sido cumpridas as normas deontológicas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998). Deste modo, o sr. DG foi informado acerca da realização do presente trabalho tendo concordado com o mesmo e assinado previamente o documento de consentimento informado.

Para a elaboração do presente documento, e de forma a sustentar a observação e avaliação da pessoa selecionada e posterior elaboração e implementação do plano de cuidados, foi selecionada a Teoria de Roper, Logan e Tierney (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). Esta teoria considera a pessoa como um sistema aberto, em permanente interação com o meio ambiente, dando origem a 12 atividades de vida diárias (AVDs) principais, que cada pessoa realize e percecione as mesmas AVDs de forma diferente, tendo em conta as suas próprias circunstâncias, ou seja, condicionadas pelos estadios de vida. São elas: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura corporal, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir, e morrer (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Foi também importante ter em conta a Teoria das Transições de Afaf Meleis (SILVA; CARVALHO; REBELO; BARBOSA *et al.*, 2019). Para esta autora, uma transição consiste em passar de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, requerendo por parte das pessoas a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do próprio. Segundo a autora, a natureza das transições pode ter diversas etiologias: pode ser do tipo desenvolvimental, situacional, organizacional ou de saúde-doença (SILVA; CARVALHO; REBELO; BARBOSA *et al.*, 2019). A transição é um processo cognitivo, comportamental e interpessoal, que pode evoluir de forma saudável ou não saudável, e que depende das características individuais de cada pessoa, ou seja de como cada pessoa vivencia o processo de transição e interage com quem a rodeia, como familiares e profissionais de saúde (BASTOS, 2013; SILVA; CARVALHO; REBELO; BARBOSA *et al.*, 2019).

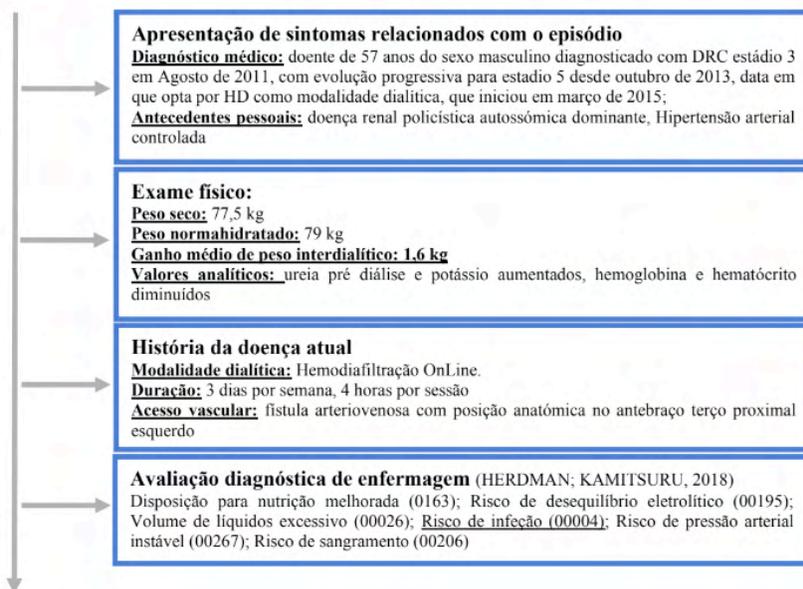
Começámos por fazer a colheita de dados relativos ao sr. DG, durante as sessões de HD realizadas em dias ímpares no período da manhã (terça-feira, quinta-feira e sábado). Estes dados foram utilizados para se proceder à aplicação das teorias supracitadas, para uma elaboração adequada e bem fundamentada do Plano de Cuidados de Enfermagem.

A informação recolhida foi organizada segundo as instruções e com recurso ao fluxograma e lista de validação de Case Report (RILEY; BARBER; KIENLE; ARONSON *et al.*, 2017). A partir daí elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas. Os focos e os diagnósticos de enfermagem foram identificados

de acordo com a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), os resultados obtidos foram sustentados de acordo com a taxonomia e os indicadores da Nursing Outcome Classification – NOC (MOORHEAD; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS *et al.*, 2015), e as intervenções de enfermagem de acordo com a Nursing Intervention Classification - NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2015).

O presente estudo de caso é relativo ao sr. DG, que realiza HD desde dia 3 de março de 2015 na Clínica de hemodiálise. Trata-se de uma pessoa que tem como antecedentes pessoais doença renal policística autossômica dominante e hipertensão arterial controlada. Teve consulta de esclarecimento de modalidades de tratamento de DRC avançada em 13 de Outubro de 2013, tendo optado por HD como modalidade dialítica. Foi construída fistula arteriovenosa com posição anatômica no terço proximal do antebraço esquerdo no dia 22 de Dezembro de 2014. Teve a última observação em consulta de Nefrologia dia 23 de Fevereiro de 2015 (Figura 1).

Avaliação inicial da pessoa



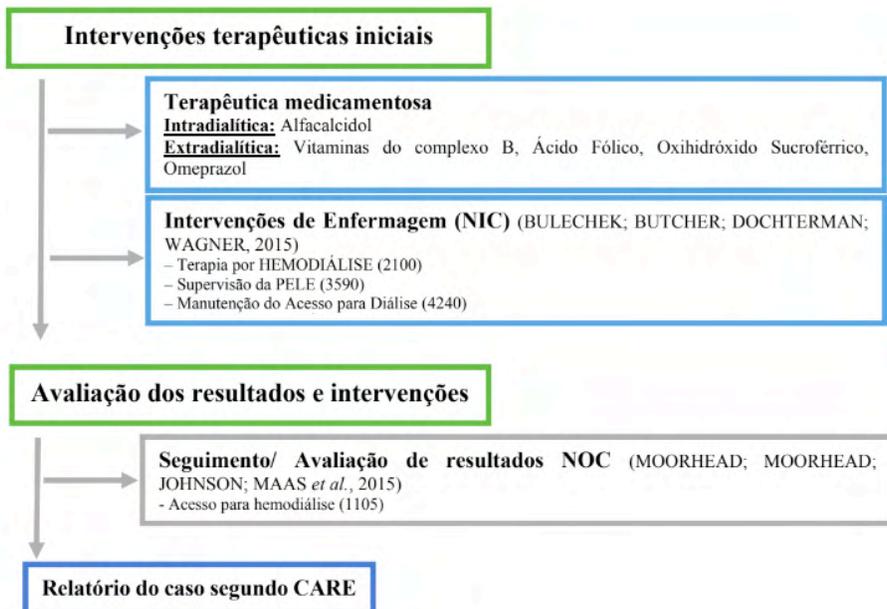


Figura 1: Fluxograma do estudo de caso segundo CARE.

3 | RESULTADOS

Tendo em conta os cuidados de enfermagem prestados ao Sr. DG durante as sessões de HD, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem: disposição para nutrição melhorada, risco de desequilíbrio eletrolítico, volume de líquidos excessivo, risco de infecção, risco de pressão arterial instável, risco de sangramento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Apesar da relevância de cada um destes diagnósticos e da atenção que lhes foi dada na prestação de cuidados, no presente documento consideramos apenas como prioritário o risco de infecção.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. RISCO DE INFEÇÃO (00004) Definição: "Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que podem comprometer a saúde" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)			
RESULTADOS (NOC)	Indicadores (MOORHEAD; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS et al., 2015)	Pontuação inicial/final	Escala de Pontuação
1105 – Acesso para Hemodiálise	110502 - Cor da pele no local	4/4	Gravemente comprometido - 1 Muito comprometido - 2 Moderadamente comprometido - 3 Levemente comprometido - 4 Não comprometido - 5
	110517 - Temperatura da pele no local do acesso	5/5	
	110503 - Drenagem no local	5/5	
	110508 - Sangramento no local		
	5/5		
1924 – Controle de Riscos: processo infeccioso	192401 – Reconhece o risco pessoal de infecção	4/5	Nunca demonstrado - 1 Raramente demonstrado - 2 Algumas vezes demonstrado - 3 Frequentemente demonstrado - 4 Consistentemente demonstrado - 5
	192402 – Reconhece as consequências pessoais associadas a infecção	4/5	
	192403 – Reconhecimento de comportamentos associados a risco de infecção	4/5	
	192405 – Identificação de sinais e sintomas que indiquem risco potencial	4/4	
	192411 – Mantem um ambiente limpo	5/5	
	192415 – Prática de higienização das mãos	5/5	
	192416 – Prática de estratégias de controle de infecção	4/5	
INTERVENÇÕES (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2015)	<p>2100 – Terapia por HEMODIÁLISE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar técnica asséptica para iniciar a hemodiálise e para a inserção das agulhas. - Usar luvas, viseira ou óculos de proteção e roupas protetoras para evitar contato direto com o sangue. - Fixar bem as conexões e as linhas. - Monitorizar sinais vitais e resposta do paciente durante a diálise. - Providenciar cuidados com a fístula, conforme o protocolo. <p>3590 – Supervisão da PELE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar as extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações. - Monitorizar cor e temperatura da pele. - Monitorizar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas. - Documentar mudanças na pele e mucosas. <p>4240 – Manutenção do Acesso para Diálise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o local de acesso quanto a vermelhidão, edema, calor, drenagem, hematoma, sangramento e redução da sensibilidade. - Monitorizar quanto à permeabilidade da fístula a intervalos frequentes (p. ex., palpar para verificar frêmito e auscultar sopro). - Evitar a compressão mecânica de locais do AV. - Ensinar o paciente a evitar compressão mecânica do local do AV. - Ensinar ao paciente como cuidar do local de acesso à diálise. - Evitar punção venosa e verificação da pressão sanguínea no braço com fístula. <p>6540 – Controle de INFEÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre técnicas adequadas de lavagem das mãos. - Usar sabão antimicrobiano para lavar as mãos, conforme apropriado. - Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente. - Manter sistema fechado na monitorização hemodinâmica invasivo. - Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. - Usar luvas, conforme exigência dos protocolos de precauções universais. - Usar roupas de proteção e/ou aventais ao utilizar material infeccioso. - Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado. - Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado. - Orientar o paciente e família para os sinais e sintomas de infecção e quando relatar ao profissional de saúde. - Ensinar ao paciente e família como evitar infecções. 		

Quadro 1 - Plano de cuidados de Enfermagem segundo NANDA, NIC e NOC

Avaliação: Foram tomadas as medidas necessárias para evitar a ocorrência de infecção, não se tendo observado sinais e sintomas de infecção. O sr. DG demonstrou conhecimentos sobre os cuidados a ter com o AV, bem como sobre os sinais e sintomas de infecção e como prevenir a infecção. No entanto, foram reforçados os ensinamentos nessas áreas de modo que o sr. DG ficasse totalmente esclarecido. Foi confirmado que o sr. DG ao chegar à Clínica procedia à lavagem do membro do AV, e procedia à colocação da proteção para sapatos antes de entrar na sala de diálise. O sr. DG encontra-se com o Plano Nacional de Vacinação atualizado.

4 | DISCUSSÃO

Atendendo aos indicadores da taxonomia NOC apresentados, o Sr. DG apresenta conhecimento quanto a estratégias para controlo de infecção, identifica sinais, sintomas e as consequências e comportamentos associados a risco de infecção.

Para o tratamento de HD é necessário um AV, criado ou implantado cirurgicamente, através do qual possa ser obtido um fluxo de sangue adequado para garantir a remoção de toxinas e o retorno do sangue à pessoa. O AV sendo utilizado regularmente deverá ser fiável e de fácil utilização, com risco mínimo para a pessoa (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014; SOUSA, 2009). Um AV disfuncional diminui a adequação da diálise, aumentando assim a morbidade e a mortalidade. Deste modo, o acompanhamento dos acessos vasculares deve iniciar-se na sala de HD com a intervenção dos enfermeiros na avaliação e canulação do AV, devendo os enfermeiros estar atentos e identificar sinais e sintomas relacionados com problemas do mesmo (CRISTÓVÃO, 2016).

Tal como referido anteriormente, existem três tipos de acessos vasculares: FAV, EAV e CVC. A FAV e o EAV são criados através de uma intervenção cirúrgica e são considerados acessos permanentes. Na FAV é feita uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia de grande calibre, permitindo que o sangue arterial de alta pressão flua diretamente para a veia, causando o seu alargamento e espessamento da parede. Atualmente, as *guidelines* recomendam a FAV como o procedimento de referência para acessos de HD, em detrimento do CVC e do EAV (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014). Quando os vasos periféricos não são adequados para a construção de uma FAV, prossegue-se para a EAV, sendo esta considerada uma boa opção, apesar de apresentar uma longevidade bastante inferior. Este acesso possui maior risco de desenvolvimento de complicações tais como a infecção, afetando entre 5 a 20% das próteses arteiovenosas (DE MELO; DIAS; VILARES; MATOS *et al.*, 2017) pelo facto de existir um elemento estranho ao organismo, e a trombose (SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). No EAV a ligação é feita com recurso a material sintético, sendo com frequência utilizado o politetrafluoretileno (PARISOTTO; PANCIROVA, 2014; SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). Os CVC podem ser de longa duração ou temporários. Neste último caso, podem ser utilizados durante a maturação do acesso

AV, ou para diálise aguda, não sendo recomendado a sua utilização a longo prazo pelo risco de infecção. Normalmente são inseridos por norma na jugular interna. A infecção é a complicação que leva mais frequentemente à hospitalização. Como sintomas de infecção temos: exsudado purulento no local de inserção, febre ou arrepios sem outras infeções e a sua incidência aumenta após os 2 meses da colocação do CVC. Em situação de infecção o cateter deve ser substituído ou removido. O uso de cateteres de longa duração deve ser restrito, sendo utilizado apenas em situações em que o património vascular das pessoas não permita uma abordagem cirúrgica para construção de um acesso arteriovenoso (CRISTÓVÃO, 2016; SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). A aplicação de medidas adequadas de prevenção leva a uma redução das infeções relacionadas com o CVC. É assim imprescindível o uso da técnica asséptica na manipulação do cateter, na realização do penso, desinfeção do local de inserção do cateter com clorexidina alcoólica 2%, utilização de luvas esterilizadas, máscara, óculos de proteção/viseira e aventais/batas por parte da equipa de enfermagem, cuidados na manutenção do cateter, monitorizar sinais de infecção e instruir a pessoa para o autocuidado (ROCHA; PINHO, 2019).

O risco de infecção está relacionado com o tipo de AV, exigindo cada um deles cuidados específicos que visam prevenir e detetar antecipadamente possíveis complicações. A infecção ou a trombose são complicações que podem resultar do défice no autocuidado do AV, levando à administração de antibioterapia e a intervenção angiográfica ou cirúrgica, com o consequente aumento de custos em saúde, e contribuindo para o risco de falência do acesso. É essencial a colaboração entre o enfermeiro e a pessoa para potenciar a sua vigilância, sendo fundamental que esta seja capacitada para o autocuidado. Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a compreender o funcionamento do AV, quais os cuidados a ter com o membro do acesso e a identificar sinais de complicações com o acesso (SILVA, 2017). São eles: observação diária do AV quanto a rubor, eritema, calor, dor, exsudado e edema no braço; realizar diariamente palpação do acesso de modo a sentir o frêmito e aumento da temperatura na zona envolvente ao mesmo; evitar calor e frio excessivo; não usar acessórios no membro do acesso; não carregar pesos ou efetuar movimentos bruscos com o membro do acesso; evitar traumatismos (pancadas); não avaliar e não permitir a avaliação da tensão arterial no membro do acesso; não permitir colheitas e sangue, injeção ou punção venosa no membro do acesso; e não adotar posições que dificultem o retorno venoso (DA SILVA; DE MELO TORRES; LIMA, 2020).

Quanto à infecção na FAV, esta é pouco frequente (1% - 5%), podendo ocorrer por contaminação direta, pelo não cumprimento da técnica asséptica de inserção das agulhas ou por processos de revisão do AV (SOUSA, 2009). Nesse sentido os cuidados a ter com a FAV são fundamentais para a prevenção dessas complicações e para a sua manutenção, quer no pós-operatório da sua construção, quer no período de maturação, durante e após as sessões de HD. Por parte do enfermeiro, durante o período de maturação da FAV é necessário que sejam realizadas intervenções de modo a promover

a sua maior durabilidade, tais como: manutenção do membro do acesso elevado, evitar pensos apertados, fazer a avaliação do fluxo sanguíneo diariamente, realizar exercícios de compressão manual. Quando a FAV já se encontra a ser utilizada é necessário que a hemóstase, após a remoção das agulhas, seja feita com uma compressão adequada, evitar esforços, punções venosas e avaliar tensão arterial no membro do acesso. Sempre que se vai canular a FAV é utilizada técnica asséptica, sendo necessária a higienização do membro do acesso com água e sabão anti-bacteriano, a fim de evitar a transmissão de infecções, e posteriormente a desinfecção do local da punção com solução antisséptica imediatamente antes da punção. É fundamental a adequada desinfecção do local a punccionar por parte do enfermeiro visto que 70% das bactérias implicadas no processo infeccioso são o *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* (SOUSA, 2009). As infecções por norma relacionam-se com a técnica cirúrgica ou com os procedimentos no momento da canulação, remoção das agulhas e hemóstase, sendo os sinais de infeção a inflamação local, podendo existir exsudado seroso ou purulento (DE MELO; DIAS; VILARES; MATOS *et al.*, 2017; SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011). Na punção, a agulha arterial deve manter uma distância de 3 cm da anastomose para evitar a trombose da fístula, e a agulha venosa deve ser colocada a 5cm da arterial, de modo a evitar recirculação sanguínea (ASSIS; NEVES; RIBEIRO; FASSARELLA *et al.*, 2020)2020. A agulha arterial pode ser colocada no sentido do fluxo do sangue (anterógrada) ou contra o sentido do fluxo do sangue (retrógrada), dependendo do espaço de punção que a FAV dispõe. Após a inserção das agulhas, as mesmas são fixadas no mesmo ângulo ou com um ângulo similar à inserção de modo a evitar traumatismo na parede vascular. No final do tratamento, o processo de remoção das agulhas de punção deve ser cuidadoso, sempre com o mesmo ângulo de inserção e apenas após a remoção total das agulhas se deve pressionar o local de punção para evitar traumatismos e hematomas/infiltrações pós-diálise.

Tal como já referido, a FAV é o AV preferencial entre as pessoas que realizam HD, podendo a FAV ser canulada de três formas: 1) técnica em escada, onde os locais de canulação alternam longitudinalmente ao longo do eixo, para cima e para baixo ao longo de toda a extensão do acesso; 2) técnica em área, onde os locais da canulação numa área circunscrita em torno do segmento de veia puncionável não cumprem nenhum critério, sendo o importante canular a veia e obter débito suficiente para realizar um tratamento eficaz; 3) a técnica em botoeira, onde se canula uma FAV em todos os tratamentos exatamente no mesmo local, com o mesmo ângulo e a mesma profundidade de penetração, de modo a que através do processo de cicatrização se desenvolva um túnel subcutâneo para o AV, permitindo a utilização de uma agulha roma. Nesta técnica, antes de cada punção, é necessário remover a crosta formada no local da punção anterior (SALGUEIRO; CARVALHO; VIEIRA, 2011; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014). A técnica de botoeira tem vindo a ser divulgada e encorajada pois provoca menos danos no endotélio devido à utilização de agulhas rombas, introduzidas através de um túnel

já previamente construído (ASSIS; NEVES; RIBEIRO; FASSARELLA *et al.*, 2020)2020. É considerada uma técnica com alguns benefícios para a pessoa: menos dor percebida no momento da introdução das agulhas, as agulhas são mais fáceis de introduzir, hemóstase mais rápida, menos complicações da FAV, menor formação de aneurisma e menor falha do acesso (ASSIS; NEVES; RIBEIRO; FASSARELLA *et al.*, 2020; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014). No entanto, literatura atual diz-nos que esta técnica pode estar associada a uma maior incidência do risco de infeção no acesso, incluindo complicações infecciosas metastáticas com risco de vida (LYMAN; NGUYEN; SHUGART; GRUHLER *et al.*, 2020; WONG; MUNEER; WIEBE; STORIE *et al.*, 2014), pelo que a sua utilização deve respeitar criteriosamente todas as recomendações previamente descritas. O enfermeiro realiza diversos procedimentos durante uma sessão de HD, nomeadamente ao nível da estabilidade hemodinâmica da pessoa durante o tratamento, no controlo da infeção, na manutenção do circuito extracorporeal esterilizado, e tal como já referido, nos ensinamentos à pessoa sobre os cuidados a ter com o AV e possíveis complicações do mesmo. Todos estes aspetos visam uma melhor qualidade de vida da pessoa submetida a HD (PINHEIRO, 2017; SOUSA, 2009).

Implicações para a prática profissional e políticas de saúde: Com o presente trabalho pretendeu-se sistematizar os diferentes tipos de AV (FAV, EAV, CVC) e diferentes técnicas de canulação, quanto ao risco de infeção.

O AV é considerado como a linha de vida da pessoa submetida a HD, sendo a existência e manutenção de um bom acesso, fatores de especial relevância para o seu bem-estar. Em contrapartida, os problemas associados ao acesso são considerados a principal causa de morbilidade e de incapacidade destas pessoas. Assim, o acompanhamento dos acessos vasculares inicia-se na sala de HD, onde os enfermeiros procedem à avaliação e canulação do AV. Por parte do enfermeiro é fundamental avaliar e canular corretamente os acessos, bem como identificar e prevenir potenciais complicações, assegurando uma hemóstase correta e eficaz (DE MELO; DIAS; VILARES; MATOS *et al.*, 2017; PARISOTTO; PANCIROVA, 2014).

A grande limitação do presente trabalho prende-se com o facto de estarmos perante um estudo de caso onde se experienciou apenas um tipo de AV e técnica de canulação. Para um futuro estudo sugere-se outro tipo de estudo com amostra maior e diferentes tipos de AV para uma maior sustentação dos resultados apresentados.

5 | CONCLUSÃO

No presente estudo de caso foi analisado o caso clínico relativo a uma pessoa de 57 anos com DRCT submetido a HD, mais especificamente quanto aos cuidados de enfermagem prestados durante os tratamentos. Foram formulados e priorizados diagnósticos de enfermagem de forma a dar resposta aos fatores identificados através

da colheita de dados, tendo sido observado, através da avaliação dos resultados das intervenções realizadas, que as mesmas contribuíram favoravelmente para a qualidade de vida do sr. DG.

O enfermeiro tem assim um papel crucial no que diz respeito a capacitar a pessoa, para que esta consiga gerir os cuidados à FAV e possíveis complicações da mesma, a sua doença e a sua vida, transmitindo estratégias que ajudem a pessoa a adaptar-se à sua condição. O enfermeiro é parte integrante do processo de prevenção e controlo da infeção, através da utilização de boas práticas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com DRC terminal em programa de HD. Estas intervenções visam a diminuição do risco de infeção, quer para os profissionais de saúde, quer para as pessoas submetidas a HD.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. Adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. 2018. Msc., Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

ANDRADE, S. R. d.; RUOFF, A. B.; PICCOLI, T.; SCHMITT, M. D. et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26, n. 4, 2017.

ASSIS, B.; NEVES, K.; RIBEIRO, W.; FASSARELLA, B. et al. Assistência do enfermeiro e sua equipe para a realização de punção de botão em fístula arteriovenosa. *Research, Society and Development*, 9, n. 9, p. e220996763-e220996763, 2020.

BASTOS, F. S. A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. 2013. PhD (PhD), Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde Porto.

BULECHEK, B.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. NIC Classificação das intervenções de enfermagem. Elsevier Brasil, 2015. 8535269185.

CLEMENTINO, D.; DE QUEIROZ SOUZA, A.; DA COSTA BARROS, D.; CARVALHO, D. et al. Hemodialysis patients: the importance of self-Care with the arteriovenous fistula. *Journal of Nursing UFPE on line*, 12, n. 7, p. 1841-1852, 2018.

COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA - ORDEM DOS MÉDICOS. Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica. 2011.

CRISTÓVÃO, A. Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise. 2016. PhD -, Universidade Católica Portuguesa.

DA SILVA, R.; DE MELO TORRES, S.; LIMA, A. Assistência de enfermagem na manutenção do acesso vascular arteriovenoso de pacientes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 44, p. e2956-e2956, 2020.

DE MELO, J.; DIAS, A.; VILARES, F.; MATOS, J. et al. Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise: Guia Orientador de Boa Prática. *Ordem dos Enfermeiros*, 2017. 9789898444363.

FAZENDEIRO, J. Manual de hemodiálise para enfermeiros. Coimbra, Almedina, Fresenius Medical Care, 2011.

GOMES, E.; DOS SANTOS NASCIMENTO, M. Assistência de enfermagem nas complicações durante as sessões de hemodiálise. *Enfermagem Brasil*, 17, n. 1, p. 10-17, 2018.

GONÇALVES, V. Peso seco e ganho de peso interdialítico. 2016 <https://www.portaldadialise.com>, <https://www.portaldadialise.com/articles/peso-seco-e-ganho-de-peso-interdialitico>.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. *Artmed*, 2018.

KARKAR, A. Infection control guidelines in hemodialysis facilities. *Kidney Research and Clinical Practice*, 37, n. 1, p. 1-3, 2018.

LYMAN, M.; NGUYEN, D.; SHUGART, A.; GRUHLER, H. et al. Risk of Vascular Access Infection Associated With Buttonhole Cannulation of Fistulas: Data From the National Healthcare Safety Network. *American Journal of Kidney Diseases*, 76, n. 1, p. 82-89, 2020.

MARUJO, P. R. O autocuidado à fístula arteriovenosa da pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. 2016. MSc., Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

MIRA, A. R.; GARAGARZA, C.; CORREIA, F.; FONSECA, I. et al. Manual de nutrição e doença renal. Porto: 2017.

MOORHEAD, S.; MOORHEAD, M.; JOHNSON, M.; MAAS, M. et al. NOC Classificação dos resultados de enfermagem. Elsevier Brasil, 2015. 8535282572.

NOLASCO, F.; LOUREIRO, A.; FERREIRA, A.; MACÁRIO, D. et al. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência—Nefrologia. 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Body mass index - BMI. 2020. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.

PARISOTTO, M. T.; PANCIROVA, J. Acesso Vascular - Canulação e Cuidado. Suíça: EDTNA/ERCA, 2014.

PEREIRA, C.; LEITE, I. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, n. 3, p. 267-274, 2019.

PESSOA, N.; LINHARES, F. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Escola Anna Nery*, 19, n. 1, p. 73-79, 2015.

PINHEIRO, U. Complicações durante a hemodiálise: Importância das intervenções de enfermagem. 2017. -, Faculdades Nova Esperança de Mossoró - Facene RN.

PORTAL DA DIÁLISE. O que é Hemodiálise. 2016. Disponível em: <https://www.portaldodialise.com/portal/o-que-e-hemodialise>.

RILEY, D. S.; BARBER, M. S.; KIENLE, G. S.; ARONSON, J. K. et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, p. 218-235, 2017.

ROCHA, R.; PINHO, D. Ocorrência de eventos adversos em unidades públicas de hemodiálise. *Enfermeria global*, 18, n. 3, p. 1-34, 2019.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas actividades de vida diária. Lisboa: Climepsi Editores 2001. 9727960138.

SALGUEIRO, M.; CARVALHO, T.; VIEIRA, F. Manual de Acessos Vasculares. Fresenius Medical Care, 2011.

SILVA, A. S. Autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise. 2017. Msc. -, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

SILVA, R.; CARVALHO, A.; REBELO, L.; BARBOSA, L. et al. Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2019.

SOUSA, C. N. Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas. 2009. MSc. (MSc.) -, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

WONG, B.; MUNEEER, M.; WIEBE, N.; STORIE, D. et al. Buttonhole versus rope-ladder cannulation of arteriovenous fistulas for hemodialysis: a systematic review. *American journal of kidney diseases*, 64, n. 6, p. 918-936, 2014.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso Vascular 16, 228, 230, 240, 241, 242

Acidentes por quedas 151

Administração Hospitalar 97, 186, 188

Agentes comunitários de saúde 11, 67, 68, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 170

Assistência de enfermagem 15, 39, 44, 45, 100, 105, 108, 109, 117, 138, 144, 174, 193, 240, 241, 243, 245, 250

Assistência Hospitalar 48, 144

Atendimento pré-hospitalar 113, 114, 118, 119, 121, 122, 198, 199

Atividades Educativas 141, 142, 143, 225

C

Capital Social 15, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 226

Centro Cirúrgico 12, 136, 137, 138, 139, 140, 247

Cirurgia cardíaca 12, 123, 126

Comunicação 12, 2, 3, 6, 9, 12, 26, 39, 40, 47, 53, 64, 77, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113, 126, 127, 131, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 186, 189, 197

Cuidados de enfermagem 12, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 36, 40, 123, 125, 126, 134, 135, 227, 228, 232, 234, 235, 239, 243

D

Direito à saúde 80, 81, 83, 116

Documentos 148, 200, 202, 203

Doença Renal Crônica 15, 227, 228, 240

E

Educação na saúde 11, 49, 52, 58, 225

Educação permanente 11, 17, 18, 59, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 101, 102, 143, 149, 199, 207

Enfermagem 2, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 59, 60, 61, 65, 66, 67, 68, 71, 73, 74, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 147, 148, 149, 150, 154, 157, 158, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 174, 179, 180, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 202, 207, 208, 209, 210, 211, 212,

213, 214, 215, 217, 218, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 248, 249, 250, 251, 252

Enfermagem em emergência 192, 194

Enfermeiro 10, 11, 12, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 18, 25, 26, 28, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 61, 62, 63, 65, 75, 84, 88, 89, 90, 91, 95, 99, 103, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 153, 158, 161, 175, 183, 188, 191, 193, 194, 197, 198, 212, 213, 214, 217, 226, 237, 238, 239, 240

Erros de medicação 142, 148, 149

F

Fatores de risco 151, 152, 153, 154, 157, 161, 162, 165, 212, 213, 215, 216, 222, 225, 226

G

Gestão da informação em saúde 20

Gestão de enfermagem 93, 96, 103

Gestão do trabalho 11, 49, 52, 54, 55, 77, 225

Gestão em saúde 10, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 49, 90

Gestão Hospitalar 93, 95, 110

Gestor de saúde 70

H

Hemodiálise 15, 160, 227, 228, 229, 231, 233, 240, 241, 242

Hospitalização 34, 151, 154, 168, 178, 193, 231, 237

Hotelaria Hospitalar 13, 181, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190

Humanização 9, 11, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 98, 107, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190

I

Idoso 13, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 176, 177, 178, 179

Indicadores 10, 12, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 65, 93, 103, 104, 106, 164, 169, 175, 179, 187, 188, 233, 236

J

Judicialização da saúde 80, 81, 82, 83, 86, 89, 90, 91, 92

L

Liderança 2, 4, 5, 22, 55, 56, 63, 88, 93, 100, 109, 117

O

Organização 2, 3, 4, 7, 12, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 57, 64, 65, 66, 69, 71, 77, 82, 103, 104, 105, 106, 107, 116, 120, 125, 137,

140, 143, 179, 182, 210, 215, 216, 217, 221, 226, 241

P

Paciente 9, 12, 15, 3, 4, 40, 43, 44, 46, 49, 52, 58, 62, 65, 87, 88, 89, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 120, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 205, 215, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250

Perfil de saúde 222

Política pública 80

Práticas integrativas e complementares 11, 49, 50, 57, 59, 60

Promoção da Saúde 149

Q

Qualidade de vida 9, 12, 58, 100, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 168, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 214, 216, 220, 223, 225, 226, 229, 230, 239, 240, 241

Qualidade dos cuidados 22, 33, 123, 124, 133

R

Risco de Infecção 15, 227

S

Satisfação do doente 12, 123, 125, 126, 133, 134

Saúde 9, 10, 11, 15, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 231, 232, 237, 239, 240, 241, 243, 245, 251, 252

Saúde do homem 149

Saúde Hospitalar 61

Saúde Pública 11, 8, 9, 12, 18, 48, 66, 77, 79, 80, 82, 83, 90, 122, 151, 152, 165, 177, 178, 179, 181, 188, 193, 195, 196, 199, 220

Segurança do paciente 12, 88, 106, 108, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 151, 163, 164

Segurança do trabalho 210

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

2⁺



🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2021

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem

2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

