

Políticas sociais e de atenção,  
promoção e gestão em

# enfermagem<sup>+</sup>

Ana Maria Aguiar Frias  
(Organizadora)

2<sup>+</sup>



Políticas sociais e de atenção,  
promoção e gestão em

# enfermagem<sup>+</sup>

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](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto: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  
Miriá 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>

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



# 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 m<sup>2</sup>, 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), câibras 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

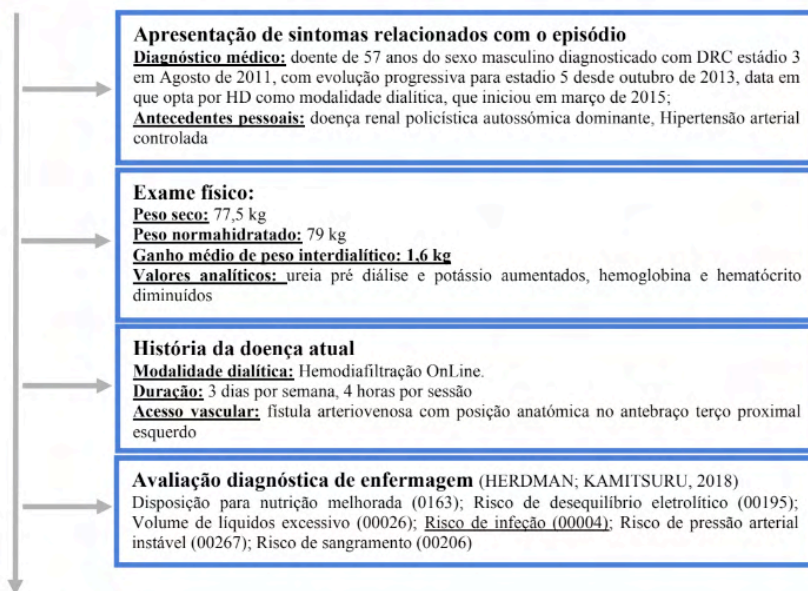




Figura 1: Fluxograma do estudo de caso segundo CARE.

### 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

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

**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 conseqüente 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 romba. 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<sup>+</sup>

2<sup>+</sup>



🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

📷 @atenaeditora

📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://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](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 @atenaeditora
- 📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

