



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

**A Transição do Doente Renal Crónico para
Hemodiálise**

Lara Isabel Rodrigues Lopes de Matos

**Lisboa
2023**



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

**A Transição do Doente Renal Crónico para
Hemodiálise**



Orientador: Professora Maria Eulália Novais



**Lisboa
2023**

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui outra. Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada. Essa é a maior responsabilidade de nossa vida, e a prova de que duas almas não se encontram ao acaso.”

Antoine de Saint- Exupéry

Ao meu pai, que lutou e trabalhou uma vida inteira para que eu me tornasse quem eu sou. Será sempre o meu exemplo de vida e a verdadeira definição de Ser Enfermeiro.

Agradecimentos

A concretização deste Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica Área de Intervenção Nefrológica só se tornou possível pelo apoio de um conjunto de pessoas a quem quero deixar algumas palavras de profunda gratidão:

A todas as instituições e equipas que me receberam de braços abertos e sempre com prontidão de ajudar e guiar. Um especial apreço aos colegas orientadores por me demonstrarem verdadeiramente aquilo que é a essência da Enfermagem e como cuidar do outro é muito mais do que um conjunto de técnicas a adquirir.

Aos meus colegas de trabalho, por não me deixarem desistir e pela motivação. Um agradecimento especial à Enfermeira Ana Sousa que foi incansável desde a candidatura até a este momento.

Aos meus amigos que me apoiaram e incentivaram a seguir os meus sonhos e a minha vocação tão marcada desde que me conhecem. Pelos bons e maus momentos, pelos risos e pelos choros e principalmente pela inigualável amizade e amor que sempre me ofereceram.

À minha família pela compreensão, apoio, amor e paciência na minha frequente ausência e correria constante.

À minha avó que estará sempre e para sempre comigo, naquilo que sou e naquilo que faço, pois ajudou-me a tornar o ser humano que sou hoje, ensinou-me muitas lições de vida e mostrou-me que não podemos encarar certas coisas como obstáculos, mas sim como provas para os melhores guerreiros.

Por fim, ao meu pai que infelizmente não teve oportunidade de ver o culminar deste percurso, mas que sempre o incentivou e quis que fosse mais além. Um exemplo de vida que me deixou cedo demais este ano, mas que me deu tudo para ser quem sou, enquanto ser humano e profissional. Obrigada Enfermeiro Matos. Obrigada Pai.

A todos um bem haja!

Resumo

O aumento da esperança média de vida, o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde e o avanço tecnológico, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) são precedentes para o aumento da incidência e prevalência das doenças crónicas e envelhecimento das sociedades, estando por sua vez relacionados com a existência simultânea de comorbilidades condicionantes da qualidade de vida de cada indivíduo.

A Doença Renal Crónica é afirmada pela OMS como um problema de saúde pública devido ao aumento da sua prevalência e associação com uma maior morbilidade e mortalidade (Glasscock, Warnock, & Delanaye, 2017). Esta é classificada em 5 estádios de progressão da doença (KDIGO, 2013) e, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2012), quando esta atinge o seu último estádio (considerado a fase terminal com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) inferior a 15 ml/min/1.75 m²) implica o início de uma modalidade terapêutica designada de técnica de substituição da função renal (TSFR).

Esta mudança leva a uma transição onde se pressupõe a sua ocorrência de forma saudável com a redefinição de significados, modificação de expectativas, reestruturação de rotinas da vida diária, desenvolvimento de conhecimento e competências, manutenção contínua, criação de novas escolhas e encontro de novas oportunidades. O sucesso desta transição é imperativo para a sobrevivência, adaptação e adesão do doente renal crónico a uma nova realidade que permita evitar sintomas de doença, sub-otimização do status funciona e sentimentos de desconexão, *disempowerment* e perda de integridade (Meleis, 2010).

O presente relatório tem como objetivo a descrição das atividades desenvolvidas em âmbito de estágio para alcance das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo do 3º semestre curricular do 13º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção Nefrológica. O Enfermeiro Especialista é definido pelo Regulamento nº190/2015 como "(...) aquele a quem se reconhece competência científica,

técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (p.4744). Segundo o mesmo, a atribuição a um enfermeiro do título de especialista, pressupõe um leque de competências comuns passíveis de se aplicarem em qualquer contexto profissional designadas de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Estas dividem-se em domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Contudo, a Ordem dos Enfermeiros não define competências específicas para a área de intervenção nefrológica, sendo por isso necessário recorrer às competências específicas do enfermeiro de nefrologia definidas pela EDTNA/ERCA, agrupadas para os diferentes contextos da área (Chamney, 2007). Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica atua de acordo com competência e conhecimentos perante a pessoa com DRC ao longo dos seus diferentes estádios, com inclusão das TSFR e tratamento conservador, respetiva gestão de sintomas, comorbilidades e ensinos, em contexto de internamento e ambulatório. Em suma, o enfermeiro presta cuidados ao longo das diversas transições do doente renal crónico.

Por fim, o presente relatório enuncia as aprendizagens desenvolvidas no decorrer de ensinos clínicos realizados, em contexto de cuidados de enfermagem em Nefrologia, assim como o estudo do tipo *Scoping Review* com o tema “*A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise*”, de acordo com as normas do Joanna Briggs Institute (JBI) e evidenciando de forma dedutiva e implícita o papel do enfermeiro no processo de transição para hemodiálise do doente renal crónico.

Palavras Chave: Insuficiência Renal Crónica; Técnicas de Substituição da Função Renal; Continuidade de Cuidados; Diálise

Abstract

According to the World Health Organization (2012) the increase in the average life expectancy, the increased accessibility to health care and the technological advances are precedents for the increase in the incidence and prevalence of chronic diseases and the aging of societies, which are in turn related to the simultaneous existence of comorbidities that affect the quality of life of each individual.

Chronic kidney disease is considered a public health problem by the WHO due to its increased prevalence and association with increased morbidity and mortality (Glasscock, Warnock, & Delanaye, 2017). This disease is classified into 5 stages of disease progression (KDIGO, 2013) and, according to the Directorate-General for Health (DGS, 2012), when it reaches its last stage (considered the terminal stage with a Glomerular Filtration Rate (GFR) below 15 ml/min/1.75 m²), a therapeutic modality called renal function replacement technique (RRT) must be initiated.

This change then leads to a transition where it is assumed to occur in a healthy way with the redefinition of meanings, modification of expectations, restructuring of daily life routines, development of knowledge and skills, continuous maintenance, creation of new choices, and finding new opportunities. The success of this transition is imperative for the survival, adaptation and adherence of the chronic kidney patient to a new reality that allows avoiding symptoms of disease, suboptimization of the status of function and feelings of disconnection, disempowerment and loss of integrity (Meleis, 2010).

This report aims to describe the activities developed in clinical teaching to achieve the competencies of a nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, throughout the 3rd curricular semester of the 13th Postgraduate Course and Master's Degree in Nursing in the Specialization in Medical-Surgical Nursing, Nephrology Intervention Area. The Specialist Nurse is defined by Regulation No. 190/2015 as "(...) one who is recognized as having scientific, technical and human competence to provide specialized nursing care in nursing specialty areas." (p.4744).

According to the same author, the attribution of the title of specialist to a nurse presupposes a range of common competencies that can be applied in any professional context, namely the Common Competencies of Nurse Specialists, which are divided into the domains of professional, ethical and legal responsibility; improvement of the quality of care; care management and development of professional learning.

However, the OE does not define specific competencies for the nephrological intervention area, thus it is necessary to use the specific competencies of the nephrology nurse defined by EDTNA/ERCA, grouped for the different contexts of the area (Chamney, 2007). In this way, the Nurse Specialist in Nephrological Nursing acts according to his/her competence and knowledge towards the person with CKD throughout its different stages, including RRT and conservative treatment, respective symptom management, comorbidities and teaching, in inpatient and outpatient settings.

Finally, this report describes the learning experiences during the clinical teaching sessions held in the context of nursing care in Nephrology, as well as the Scoping Review with the theme "The Transition of the Chronic Renal Patient to Hemodialysis", according to the standards of the Joanna Briggs Institute (JBI) and demonstrating deductive and implicitly the nurse's role in the process of transition to hemodialysis of the chronic renal patient.

Keywords: Kidney Failure, Chronic; Renal, Replacement Therapy; Continuity Patient Care; Dialysis

Lista de Siglas

AV- Acesso Vascular

ADNP- Atendimento de Doentes Não Programado

BCM- Body Composition Monitor

CEO- Consulta de Esclarecimento e Opções

CVC- Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DPA- Diálise Peritoneal Ambulatória

DPCA- Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAV- Fístula Arterio-Venosa

HD - Hemodiálise

JB - Joanna Briggs Institute

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

LDL- Low-Density Lipoprotein

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PET- Peritoneal Efficiency Test

PTFE- Prótese Vascular de Politetrafluoretileno

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Técnica de Substituição da Função Renal

UDP- Unidade de Diálise Peritoneal

Índice de Figuras

Figura 1- Teoria das Transições

Índice de Quadros

Quadro 1- Transição e saúde

Quadro 2- Estratégia de Pesquisa

Quadro 4- Apresentação dos Resultados

Índice

0. Introdução.....	18
1. Quadro Conceptual.....	20
1.1. A Doença Renal Crónica e a sua temporalidade.....	20
1.1.1. Modalidades Terapêuticas na DRC.....	21
1.1.2. Hemodiálise enquanto TSFR.....	21
1.2. A Teoria Das Transições Segundo Afaf Meleis.....	23
1.3. A Transição Do Doente Renal Crónico Para Hemodiálise.....	28
2. Desenvolvimento De Atividades Em Ensino Clínico.....	31
2.1. Estágio em Clínica De Hemodiálise.....	32
2.2. Estágio em Unidade Hospitalar De Hemodiálise.....	38
2.3. Estágio em Unidade De Diálise Peritoneal.....	43
3. “A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise”: A <i>Scoping Review</i>	49
4. Considerações Finais.....	61
5. Referências Bibliográficas.....	63

Apêndices

Apêndice I- CRONOGRAMA DE ENSINO CLÍNICO

Apêndice II- PLANO DE ATIVIDADES

Apêndice III- PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

Apêndice IV- EXTRAÇÃO DE DADOS

Apêndice V- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Apêndice VI- POSTER “SENSIBILIZAÇÃO PARA A HIGIENIZAÇÃO DO MEMBRO COM ACESSO VASCULAR”

Apêndice VII- APRESENTAÇÃO DO TEMA “A TRANSIÇÃO DO DOENTE RENAL CRÓNICO PARA HEMODIÁLISE”

Apêndice VIII- REVISÃO DA LITERATURA “ A TRANSIÇÃO DE DP PARA HD”

Introdução

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, surge o presente relatório de estágio, descritivo das atividades desenvolvidas em contexto de estágio para alcance das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre.

Com a evolução científica e constante atualização de normas e técnicas no âmbito da saúde existe uma necessidade de capacitar os profissionais de modo a que os mesmos possam dar resposta às mudanças exigidas, nomeadamente, a nível dos cuidados de enfermagem. O Enfermeiro Especialista é definido pelo Regulamento nº140/2019 como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (p.4744). A atribuição a um enfermeiro do título de especialista pressupõe um leque de competências comuns passíveis de se aplicarem em qualquer contexto profissional designadas de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e que envolvem “ (...) dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº140/2019 de 06 de Fevereiro, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, p.4744). Estas competências dividem-se então nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A OE apesar de definir competências específicas ao enfermeiro especialista: “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p.4745)”, não as define em particular para a área de intervenção nefrológica, sendo por isso necessário recorrer às competências específicas do enfermeiro de nefrologia definidas pela EDTNA/ERCA, agrupadas para os contextos de internamento, Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP)

e Transplante Renal (Chamney, 2007). Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica atua de acordo com competência e conhecimentos perante a pessoa com DRC ao longo dos seus diferentes estádios, com inclusão das TSFR e tratamento conservador e respetiva gestão de sintomas, com morbilidades e ensinos, em contexto de internamento e ambulatório.

Na área de intervenção da doença renal crónica, como uma das atividades concretizadas no âmbito do estudo realizado, apresenta-se o tema da Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise. A escolha deste tema deveu-se ao interesse intrínseco no mesmo dado o contexto laboral em internamento de Nefrologia, como também pela escassez de informação relativa à transição para HD pelo doente renal crónico. Assim sendo, foi realizada uma *Scoping Review* sob o tema referido, baseada nas normas do JBI (2020), mapeando o conhecimento sobre este tema e consequentemente a dedução da intervenção de enfermagem neste processo de transição, cada vez mais recorrente na atualidade e que influencia a qualidade de vida e bem-estar do doente renal crónico.

Desta forma, o seguinte relatório encontra-se estruturado por esta introdução, seguida do quadro conceptual com a contextualização teórica do tema, um capítulo relativo às atividades desenvolvidas em estágio, um capítulo referente à *Scoping Review* realizada, considerações finais e referências bibliográficas. A sua elaboração encontra-se de acordo com as normas de referência APA e normas da ESEL para a redação de trabalhos.

1. Quadro Conceptual

1.1. A Doença Renal Crónica e a sua temporalidade

A Doença Renal Crónica (DRC) é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública devido ao aumento da sua prevalência e associação com uma maior morbilidade e mortalidade (Glasscock et al., 2017).

Segundo o relatório anual da SPN (2021), a doença renal crónica apresentou uma incidência de 2361 casos em 2020, correspondendo a 229,26 pmp e tendo uma prevalência de 20.713 doentes (Vinhas et al, 2020). Isto traduz a expressão da DRC a nível nacional, doença definida como a “anormalidade da estrutura ou função renal, presente por um período superior a 3 meses com implicações para a saúde e que é classificada com base nas causas, taxa de filtração glomerular e albuminúria” (International Society of Nephrology , 2021).

Neste ponto, encontramos-nos perante a DRC caracterizada pelo desequilíbrio metabólico e hidroeletrolítico devido à perda progressiva e irreversível da função renal (Thomas N., 2005). Este processo é lento e silencioso, levando muitas vezes a uma evidenciação sintomática apenas já numa fase mais avançada da doença (EDTNA/ERCA, 2007; Tattersall, et al., 2011) e consequentemente à necessidade de indução de uma TSFR, nomeadamente HD, a qual acarreta uma transição com mudanças significativas da vida do doente.

Segundo o Relatório do Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da SPN (2022), a primeira causa de DRC em estágio 5 ou terminal é a diabetes mellitus (29,6%) seguindo-se a hipertensão arterial (13,5%) - a par da glomerulonefrite crónica (11,2%) - e a doença renal poliquística autossómica dominante do adulto (6,3%). A sintomatologia desta representa-se muitas vezes por náuseas, vómitos, edemas, anemia, astenia e hipertensão arterial. A diurese também sofre alterações, quer nas características da urina como no volume de eliminação, que se reduz de forma significativa no estágio 5 aquando a necessidade de TSFR.

1.1.1. Modalidades Terapêuticas na DRC

Como já referido, a DRC é classificada em 5 estádios de progressão da doença (KDIGO, 2013) e, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (Direção Geral da Saúde, 2012), quando a DRC atinge o seu último estádio (considerado a fase terminal com a TFG inferior a 15 ml/min/1.75 m²) implica o início de uma modalidade terapêutica designada de técnica de substituição da função renal. As TSFR existentes são a HD, a DP ou o transplante renal.

A opção da TSFR pelo doente renal crónico é uma das etapas da doença mais difíceis, dado esta tomada de decisão implicar uma grande mudança de vida e forma de “olhar” para a própria doença. O indivíduo perceciona a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Organização Mundial de Saúde, 1993) e “inter-relaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.” (Fleck, 2000).

No caso particular da DRC e de acordo com Barros in Santos et al (2018), o nível de bem-estar e satisfação vital da pessoa afetada por uma doença, o seu tratamento e os efeitos deste condiciona o nível de adesão ao regime terapêutico, incluindo a TSFR da qual depende a sua sobrevivência. Isto ocorre dada a maioria dos doentes renais crónicos encarar o seu tratamento como uma limitação física, nutricional, social e profissional (Dias, et al., 2011), existindo assim uma mudança dos hábitos e estilos de vida, assim como a necessidade de novos comportamentos a nível individual e familiar.

1.1.2. Hemodiálise enquanto Técnica de Substituição da Função Renal

Dentro das TSFR, a HD é aquela com maior prevalência ao corresponder a 60,2% de adesão (DGS, 2012). A HD é uma técnica depurativa, onde o “rim artificial” (dialisador) é o elemento principal e onde ocorre o bombeamento do sangue por um circuito extracorporal e a sua depuração. Para a realização desta técnica o doente necessita de um acesso vascular que permita a exequibilidade do tratamento e na maioria das vezes o tratamento (sessão de HD) ocorre durante quatro horas e três vezes por semana.

A HD realiza-se em contexto hospitalar ou de unidade de diálise, por norma durante o período diurno, mas com a possibilidade da concretização deste no período noturno. Existe ainda a modalidade domiciliária apesar de pouco implementada em Portugal pela falta de legislação dirigida à mesma em particular e pelos requisitos necessários para a mesma e que não verificam na maioria desta população: estado geral do doente seja razoável, que as sessões terapêuticas decorram sem problemas e que o doente e um parceiro sejam submetidos a um programa de aprendizagem prévio.

Esta modalidade terapêutica costuma ser bem tolerada e faculta uma qualidade de vida próxima do normal (DGS, 2012). Contudo, podem ocorrer efeitos secundários durante os tratamentos (ligeiros: náuseas, vômitos, dor de cabeça, hipotensão arterial, câibras, hematomas ou perdas de pequenas quantidades de sangue pelos locais de punção e graves: hipotensão arterial severa, alterações cardíacas como arritmias e angina de peito, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e reações alérgicas de gravidade variável) (DGS, 2012).

De acordo com a OE (2020) a transição do doente renal crónico para uma TSFR deve ser acompanhada de uma tomada de decisão esclarecida e informada. Os enfermeiros devem prestar cuidados «ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível», (p. 22) promovendo neste a autonomia e independência no autocuidado.

O enfermeiro deve ser uma referência na equipa multidisciplinar realizando intervenções de forma holística, ou seja, individualizadas e centradas na pessoa. Desta forma, as recomendações da OE proporcionam esta abordagem, assim como a execução de cuidados seguros e de qualidade no âmbito do desenvolvimento das técnicas.

Neste sentido, o enfermeiro “deve desenvolver estratégias para mostrar o valor de todas estas pequenas coisas que constituem os cuidados de Enfermagem e não focalizar a sua atenção só em técnicas e/ou atos que visem o cumprimento da estratégia de diálise”, isto é, deve analisar e participar naquele que é o processo de transição do doente renal crónico para HD (OE, 2020).

1.2. A Teoria das Transições segundo Afaf Meleis

As transições, geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos que requeiram novas adaptações, podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como um conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto dessas modificações ao nível do bem-estar (Meleis, 2010).

Estas são assumidas como área de atenção dos enfermeiros quando interferem com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde, como a atividade física e a alimentação. Desta forma, ao intervirmos perante situações de transição, desenvolvemos o cuidado, no sentido de mobilizar estratégias que visem a manutenção da saúde, do equilíbrio e da harmonia.

Assim, a Teoria das Transições por Afaf Meleis, preocupa-se com as alterações na condição de saúde do indivíduo ao passar de um estado saudável para o de doença ou de uma fase da vida, condição ou situação para uma outra fase distinta da anterior, podendo ser uma modificação positiva ou não (Meleis, 2010). A transição é um processo e pode ser descrita em três etapas: entrada (mudança, separação e desencanto), passagem (desorientação, desintegração e descobertas) e saída (encontro de novos significados, procura de controlo da situação diante das novas experiências), sendo sustentada em quatro pilares essenciais (Meleis, 2010) como descrito na Figura 1.

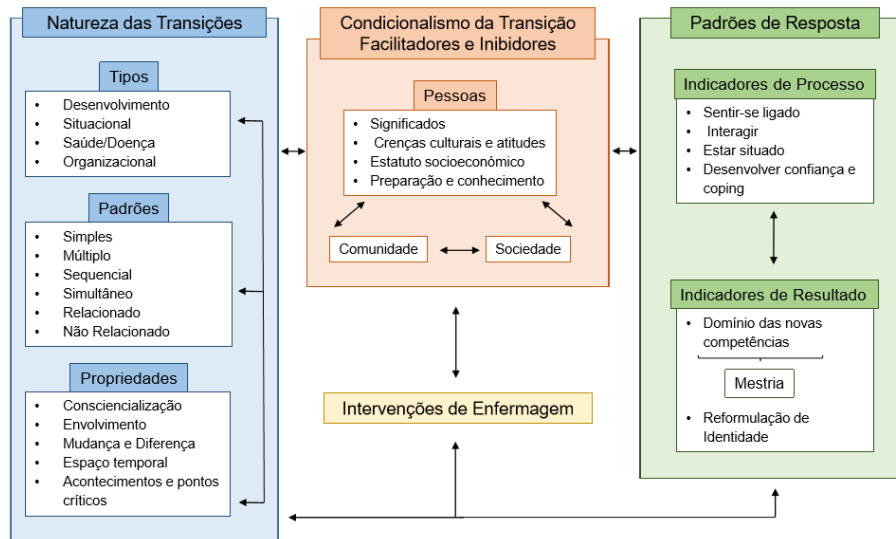


Figura 1- Teoria das Transições (Meleis, 2010)

Natureza da transição

➤ Tipo

- Desenvolvimento: está associada a eventos de desenvolvimento individual ou familiar;
- Situacional: está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis (pessoal ou familiar);
- Saúde/Doença: está relacionada com a alteração súbita da condição de saúde;
- Organizacional: está associada a mudanças relacionadas com o ambiente. Abrange o ambiente social, político e económico, alteração na estrutura e dinâmica das organizações;

➤ Padrões

- Simples (transição única);
- Múltiplo (várias transições);
- Sequencial (as transições ocorrem em intervalos de tempo distintos);
- Simultâneo (as transições estão a ocorrer ao mesmo tempo);
- Relacionado (as transições relacionam-se entre si);
- Não relacionado (as transições não têm relação entre si);

➤ **Propriedades:**

- Consciencialização: é a propriedade chave de todo o processo (evolução), na medida em que está relacionado com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência em transição. Implica reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes. A pessoa consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e estar no mundo. É uma característica definidora da transição, isto é, atribuir um sentido à mudança;
- Envolvimento: traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição, ou seja, desenvolver-se no processo;
- Mudança e Diferença: a mudança envolve diversas dimensões: a natureza da mudança, a temporalidade, as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. A diferença pode levar à mudança de comportamentos e de percepções. A transição é movimento e adaptação para a mudança e não retorno à condição pré-existente;
- Espaço Temporal: o processo de adaptação ao novo modo de ser e estar exige tempo, decorrente da rutura do que era habitual e a vivência inerente à transição e o ajuste à nova condição, conseguindo alcançar o equilíbrio;
- Acontecimentos e Pontos críticos: as transições estão geralmente associadas a eventos. Estes eventos podem interferir com o desenrolar da transição, na medida que podem influenciar a velocidade do processo, da consciencialização e do envolvimento;

Condicionantes da transição

➤ **Pessoais**

- Significados -construídos a partir da interpretação que cada um faz da realidade que envolve a experiência, a partir do conhecimento que se vai adquirindo (podem ser positivos ou negativos);

- Atitudes e Crenças culturais – a atitude tem sido entendida como a predisposição do indivíduo em responder ou agir de um modo característico sobre o que o rodeia. É a consequência entre o raciocínio que liga a crença (acreditar que) e o valor (princípio subjetivo-emotivo). As crenças são resultado da educação, da cultura, do ambiente, das referências, das experiências, afetando o modo como cada indivíduo lida com a transição. Constituem-se como princípios orientadores, sendo preciso acreditar em algo para atribuímos significado à transição e avançarmos;
- Estatuto Socioeconómico- fator que pode condicionar o decurso da transição.
- Preparação e Conhecimento- Para se lidar com novas situações é necessário adquirir novos conhecimentos e novas habilidades, no sentido de modificar os seus comportamentos, o que leva a uma nova definição do *self*, desenvolvendo por essa via, novas competências e assumindo o controlo;
- **Comunidade:**
 - Os recursos da comunidade podem constituir condições que facilitam ou inibem a transição.
 - ✓ Fatores facilitadores: suporte familiar, informação relevante, encaminhamento, suporte na tomada de decisão.
 - ✓ Fatores inibidores: aconselhamento desajustado, informação insuficiente;
- **Sociedade:**
 - O estadio de desenvolvimento de cada sociedade influencia a forma de entender alguns fenómenos, podendo facilitar ou inibir a transição.
 - ✓ Fatores Facilitadores: a criação de leis e de regulamentos.
 - ✓ Fatores Inibidores: os estigmas, os estereótipos, a marginalização.

Padrões de respostas da transição

➤ Indicadores de Processo

- Sentir-se ligado: necessidade de estabelecer relações com os outros enquanto fontes de apoio e informação;
- Interagir: interação com o outro;
- Estar situado: traduz a consciencialização e a aceitação da condição;
- Desenvolver confiança e coping: o aumento do nível de confiança para lidar com a nova situação, favorece a tomada de decisão. O desenvolvimento da confiança manifesta-se pela compreensão dos aspetos associados à problemática, pelo nível de utilização dos recursos e a adoção de estratégias. O *coping* corresponde a um processo progressivo, durante o qual os indivíduos vão revelando um maior conhecimento sobre a situação e melhor compreensão sobre os eventos, como resultado da sua experiência vivida;

➤ Indicadores de Resultado

- Identidade Integradora fluida (Reformulação da Identidade): ajuste entre a pessoa, o contexto e a coordenação entre os antigos e os novos papéis. Evidencia-se pela capacidade de integrar de forma dinâmica as novas circunstâncias e condições na sua identidade;
- Mestria (Domínio das novas competências): determina o momento em que o indivíduo evidencia o domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias (nova vida);

Intervenções de Enfermagem

- Ajustadas ao processo de transição particular e único do indivíduo.

Meleis (2010), diz-nos que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e famílias em processos de transições, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências com o objetivo de capacitar.

Deste modo, a Teoria das Transições de Meleis permite aos enfermeiros uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática, permitindo ao enfermeiro colocar em prática estratégias de prevenção face a complicações/consequências e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia e participar na concretização desta de forma saudável e bem-sucedida como espelhado no quadro 1.

Transição		Indicadores de Processo	Intervenções de Enfermagem
Saudável	• Redefinição de significados; • Modificação de expectativas; • Reestruturação de rotinas da vida diária; • Desenvolvimento de conhecimento e competências, • Manutenção contínua; • Criação de novas escolhas; • Encontro de novas oportunidades de desenvolvimento;	• Minimização de sintomas; • Status funcional otimizado; • Sentir-se “ligado”; • Sentimento de <i>empowerment</i>; • Sentimento de integridade;	• Acessibilidade; • Reminiscência; • Papel de complementaridade; • Criação de ambientes seguros; • Mobilização de recursos;
Não Saudável	• Resistência a novos significados; • Manutenção irrealista de expectativas; • Aceitar somente rotinas de vida diária prévias; • Evitar de novos conhecimentos e competências; • Experienciar descontinuidades desnecessárias; • Limitar novas escolhas • Recusar novas oportunidades de desenvolvimento;	Sintomas de doença; Sub-otimização do status funcional; Sentir-se “desconectado”; Sentimento <i>disempowerment</i> ; Perda de integridade;	

Quadro 1- Transição e saúde (Meleis, 2010)

1.3. A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise

Uma transição tem um curso singular para cada pessoa e, por vezes, as suas condicionantes levam a uma vulnerabilidade passível de transformar esse processo em algo negativo e doloroso. O dia-a-dia da DRC é caracterizado por perdas e mudanças intensas em todas as áreas da vida e limita o modo de viver devido às diversas complicações fisiológicas decorrentes da evolução da doença.

A hemodiálise é a TSFR mais utilizada, requerendo alta dependência e exigindo um rigoroso regime terapêutico, controlo da ingesta hídrica e dieta restrita, além de frequentes idas aos serviços de saúde. Assim, dada a necessidade de adaptar-se ao tratamento dialítico contínuo o resto da vida, salvo quando existe a possibilidade de transplante renal (Frazão, 2014), é possível afirmar que o doente renal crónico em estágio 5 vivencia um processo de transição complexo e com um padrão múltiplo e simultâneo. Sendo que a natureza da transição pela qual a pessoa passa pode ser de desenvolvimento (mudança na dinâmica individual e familiar face), situacional (definição de novos papéis ou redefinição dos atuais face ao início de TSFR), saúde-doença (alteração da condição de saúde para a necessidade de uma TSFR) e organizacional (Mudança do hospital para clínica para efetuar tratamento, alterações a nível laboral, social e económico) e estão associadas a diversas condicionantes inibidoras e facilitadoras. Desta maneira, o conhecimento sobre as condicionantes deste processo permite compreender como os doentes renais crónicos percebem a sua transição e o que os pode impedir de seguir para uma transição saudável (Meleis, 2010).

Segundo Feroze et. al (2010), existem diversos desafios para o doente renal crónico que inicia HD: a gestão da doença (adesão ao tratamento e terapêutica); o ajuste à dieta e restrição hídrica; a manutenção da vida social (com amigos, família) e laboral; a adaptação (*coping*) à raiva, medo, ansiedade, frustração e tristeza por ter uma doença crónica; a aceitação da disrupção do seu quotidiano; o confronto com a sua própria mortalidade e esperança média de vida mais curta e; a aceitação de hospitalizações frequentes. É previsível que todos estes desafios produzam alterações que afetem o ajuste emocional à doença e a forma como as ultrapassam é importante, pois o insucesso

pode significar uma maior morbidade e ainda uma menor esperança de vida (Yeh & Chou, 2007).

De acordo com Azevedo et al (2011), as pessoas com DRC passam por três estados de ajuste à HD:

- **Período de “lua de mel” /euforia** – resposta inicial ao tratamento, que pode ir de algumas semanas a seis ou mais meses. O indivíduo sente uma melhoria física e psicológica, havendo uma renovação da esperança e da confiança. Simultaneamente, pode experienciar ainda momentos de ansiedade e de depressão, sendo que, nesta fase, é habitual expressar sinais positivos e de gratidão para com a equipa multidisciplinar que o acompanha;
- **Período de desilusão e decepção** – caracteriza-se pela presença de sentimentos de tristeza e de desespero, havendo por outro lado uma diminuição dos sentimentos, de confiança e esperança. Esta fase pode surgir quando o indivíduo regressa ao seu quotidiano e verifica as limitações que a DRC lhe pode trazer. Pode ter uma duração de três a doze meses;
- **Período de adaptação a longo prazo** – nesta fase os indivíduos tanto podem alternar entre períodos longos de resignação como de depressão. Existe um nível de aceitação do indivíduo face à DRC, estando consciente das limitações e alterações que a HD lhe impõe no quotidiano.

A passagem de uma fase para a outra varia de indivíduo para indivíduo, devido à sua especificidade e experiência da adaptação à DRC.

Ao serem confrontados com a sua situação de doença, os indivíduos tendem a fazer uma avaliação cognitiva e posteriormente, desenvolver um conjunto de tarefas adaptativas e gerais que lhes permite aceitar a condição de doente crónico e de redefinir o futuro, ou seja, padrões de resposta, indicadores de processo e de resultado inerentes à transição (Meleis, 2010).

Assim, com esta análise constrói-se a base do julgamento clínico, facilita-se o planeamento e selecionam-se as intervenções de enfermagem mais adequadas ao doente que transita para a modalidade terapêutica de HD (Oliveira et al, 2020).

Considerando os pilares referidos por Meleis (2010) e as observações sobre o cotidiano dos doentes em tratamento hemodialítico, assim como o interesse da Enfermagem nas transições enquanto fenômenos, procura-se contribuir com a identificação dos focos de atenção para os cuidados de enfermagem e assim sustentar a intervenção de enfermagem na área da Nefrologia, orientando-se os cuidados de enfermagem e intervindo-se de forma centrada na pessoa em processo de transição (Oliveira et al, 2020).

Conhecer o lado de quem experiência esta vivência e teve o seu cotidiano transformado, tornando-se vulnerável, pode ser o caminho à construção de um cuidado individualizado, dirigido aos problemas específicos da pessoa com DRC, e com vista à redução a sensação de “ser mais um no contexto dialítico” (Santos et al., 2018). Posto isto, o Enfermeiro desempenha um papel na educação para a saúde, na sensibilização dos seus pares e de outros profissionais de saúde, no desenvolvimento de estratégias educativas e promotoras da saúde na DRC. Isto é, a promoção da mestria e do *empowerment* enquanto indicadores de resultado da transição, com melhoria da capacidade de adaptação e a transformação de todas as condições e circunstâncias da conduta dos indivíduos, tendo como foco os recursos pessoais. Os enfermeiros preparam os doentes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/ doença (Meleis et al., 2000) de forma fundamental, nomeadamente no processo de transição do doente renal crónico para HD.

2. Desenvolvimento de Atividades em Estágio

Neste capítulo apresentam-se as experiências em estágio e as atividades desenvolvidas para aquisição das competências enquanto Enfermeira Especialista. As atividades desenvolvidas em âmbito de estágio tomam como base os objetivos previstos no guia orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório e os objetivos estabelecidos no âmbito do projeto de estágio para cada local de estágio, concretizado no semestre anterior. Desta forma, foi estabelecido como objetivo geral *“Entender a intervenção do enfermeiro especialista e desenvolver competências de enfermeiro especialista nos contextos em questão.”* e os seguintes objetivos específicos relativos a cada local de estágio:

Clínica de Hemodiálise

- *Compreender a dinâmica da HD no contexto de uma unidade periférica;*
- *Entender o processo de transição para HD, desde a escolha da TSFR à adaptação à HD;*
- *Explorar as adversidades de adesão e adaptação ao regime terapêutico em HD;*
- *Averiguar as complicações da HD enquanto TSFR em contexto de clínica;*
- *Verificar a qualidade dos cuidados no contexto em questão.*

Unidade Hospitalar de Hemodiálise

- *Compreender a dinâmica da HD no contexto de uma unidade central;*
- *Entender o processo de transição para HD, desde a escolha da TSFR à adaptação à HD;*
- *Explorar as adversidades de adesão e adaptação ao regime terapêutico em HD;*
- *Averiguar as complicações da HD enquanto TSFR em contexto hospitalar;*
- *Verificar a qualidade dos cuidados no contexto em questão.*

Unidade de Diálise Peritoneal

- *Compreender a dinâmica da DP enquanto TSFR exequível e a sua respetiva manutenção;*
- *Entender a escolha da DP enquanto TSFR;*
- *Explorar as adversidades de adesão e adaptação ao regime terapêutico em DP;*
- *Averiguar as complicações da DP enquanto TSFR;*
- *Apoiar a transição de DP para HD;*
- *Verificar a qualidade dos cuidados no contexto em questão.*

2.1. Estágio em Clínica de Hemodiálise

A primeira parte do estágio, decorrida de 26 de setembro a 4 de novembro de 2022, foi desenvolvida numa clínica de HD na zona de Lisboa, a qual pertencente a uma empresa de prestação de cuidados de saúde aos doentes renais a nível global, mais especificamente no âmbito do tratamento dialítico. Esta clínica é constituída por 3 salas com 15 postos destinados ao tratamento de doentes em programa regular de HD em ambulatório, funcionando de segunda a sábado, com o horário das 7h às 23h às terças, quintas e sábados e adicionalmente com horário noturno das 23h às 7h às segundas, quartas e sextas-feiras.

Ao longo dos turnos realizados na clínica verifiquei que, desde o início do tratamento dialítico ao final do mesmo, o processo de tomada de decisão, inerente aos cuidados de enfermagem em qualquer âmbito, encontra-se evidenciado de diversas formas. Em cada sessão de HD o doente possui, de acordo com uma prescrição prévia de um nefrologista, um plano de tratamento. Neste consta o peso alvo a manter pelo doente (peso seco) que determina a taxa de ultrafiltração daquela sessão conforme o peso avaliado pré-diálise. Este menciona também a administração de terapêutica anticoagulante prévia ao tratamento, durante o mesmo e outro tipo de terapêutica intra e pós dialítica,

O acesso vascular mais comum nesta unidade eram as Fístulas Arterio Venosas (FAV), existindo também Prótese Vascular de Politetrafluoretileno (PTFE) e cateteres venosos centrais (CVC) A predominância das FAV vai de encontro ao referido nas *guidelines* KDOQI (2006) evidenciando de forma notória a necessidade de tomada de decisão, devido à observação do acesso vascular e escolha da técnica de canulação do mesmo, assim como no caso dos CVC o seguimento do protocolo em vigor.

É esperado pelo doente a satisfação das necessidades humanas básicas através de intervenções baseadas em “adequados conhecimentos científicos e técnicos”, sendo os Enfermeiros responsáveis pela sua atualização e formação nas diferentes vertentes. Assim, graças ao ganho de competências “científicas, técnicas, relacionais e éticas”, os Enfermeiros possuem as faculdades necessárias para prestar “os cuidados certos, à

pessoa certa, no momento certo, de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes e famílias ou proporcionar as condições para que estes sejam possíveis” (OE, 2015a).

Desta maneira e de acordo com Zoboli (2012), as tomadas de decisões devem ser concretas e não abstratas, tendo em conta a situação-problema e as possíveis consequências. Assim surge a deliberação moral como um processo intelectual para eleger alternativas prudentes, ou seja, a capacidade de valorizar o que está envolvido numa determinada situação e desta forma permitir chegar a decisões razoáveis, seguindo os critérios do domínio de responsabilidade profissional, ética e legal. Isto significa cumprir princípios éticos, a deontologia profissional e o respeito dos direitos humanos, aquando a tomada de decisão relativa à técnica de canulação do AV em questão. Em concreto, a canulação do AV deve visar a avaliação do mesmo para um balanceamento dos riscos/benefícios na escolha da técnica adequada, a fim de impedir ou reduzir riscos e o máximo de danos, promovendo maiores benefícios para o doente (Koerich, Macalho & Costa, 2005).

A eficácia do tratamento hemodialítico é determinada principalmente pelo estado e utilização adequada do acesso vascular, fundamental para o fluxo de sangue no sistema extracorporeal para filtração do mesmo (National Kidney Foundation, 2006). Desta forma, a avaliação do estado do acesso é imprescindível, no caso das FAV relativamente ao frémio, pulso, sopro, presença de aneurismas com alterações, hematomas ou outras alterações visíveis (estenoses/tromboses confirmadas por eco guiada, hemorragia, síndrome de roubo) e no caso dos CVC sinais inflamatórios do local de inserção e disfunção dos ramos dos mesmos. Segundo a National Kidney Foundation (2006) e Fluck & Kumwenda (2011), a promoção da longevidade dos acessos vasculares pela equipa de enfermagem passa por uma monitorização sistemática destes em cada utente, bem como a capacitação do utente para o mesmo. Adicionalmente e no caso das FAV, a escolha da técnica de canulação é também um fator crucial na longevidade do acesso e na minimização das complicações associadas.

Nesta vertente, foi-me possível testemunhar por diversas vezes a canulação de acessos vasculares de doentes com complicações, como era o caso da D. MJ que

necessitava de maior tempo para canulação ou mesmo canulação eco guiada e em última instância tratamento dialítico por unipunção, devido a uma FAV com hematoma presente e edema do membro muitas vezes acentuado. Neste caso, assim como tantos outros, foi-me possível em conjunto com o orientador esta avaliação dos acessos vasculares, gestão da canulação com utilização de eco e doppler, assim como apoio de outros colegas, e apropriação dos protocolos de utilização de CVC e implementação da técnica em escada nas FAV, preconizada como preferencial pela unidade.

De acordo com a OE (2016) e a EDTNA (2015) a técnica em escada, técnica de rotação dos locais de canulação com a seleção de um novo local a 5 mm do local de canulação anterior e utilização de todo o comprimento da FAV, acarreta um leque de vantagens na preservação dos AV preponderante relativamente a outras técnicas. Esta diminui os riscos associados à falência e complicações comuns dos AV como: o risco de formação de aneurismas, permite a cicatrização adequada de anteriores locais de punção e um baixo risco de infeção. Desta forma, dadas as inúmeras vantagens da sua utilização, a técnica em escada é tida como preferencial na unidade e implementada sempre que possível.

Ao longo do estágio foi-me possível integrar na gestão dos cuidados, percecionando o rácio enfermeiro-doente em sala, preparando o turno seguinte pelo plano existente e participando na gestão dos tratamentos e agilização das trocas de turnos. O início e fim de cada sessão de hemodiálise são as alturas que requerem maior gestão da equipa. Isto referente à distribuição de doentes pelos enfermeiros em sala e agilização para troca de turno em tempo útil e seguro com antecipação de eventuais intercorrências clínicas ou técnicas.

De forma inicial é necessário a instalação dos doentes nos respetivos postos, monitorização inicial dos sinais vitais e peso e canulação do acesso e início do tratamento. Focando no momento da canulação do acesso vascular, este poderá ser um momento desafiante para o enfermeiro. Ao tratar-se de uma FAV ou PTFE, existe a questão da técnica a utilizar e as características específicas do AV, assim como para o doente este momento pode ser difícil em termos físicos, emocionais e psicológicos.

Neste estágio e dada a realização de turnos frequentemente nos dias pares da semana e à tarde, foi-me possível acompanhar diversas vezes as sessões do Sr. RP, um utente em programa regular de hemodiálise há cerca de 20 anos com uma enorme literacia em saúde relativamente à sua situação e TSFR. Contudo, para o Sr. RP o momento de canulação da sua FAV era stressante e doloroso e por isso mesmo recusava qualquer interação nessa altura, até mesmo pelo enfermeiro que se encontrava a realizar a técnica e exigia silêncio e foco até ser finalizada a canulação do seu AV.

Outros doentes do mesmo turno não revelavam o mesmo tipo de reação ao momento de canulação, o que me permite comprovar a unicidade de cada experiência humana, pois cada indivíduo no seu processo de saúde-doença avalia e adapta-se à mesma, desenvolvendo estratégias para viver com a doença crónica (Meleis, 2010) e alcançar o resultado de manutenção expetável nesta transição, como explanado anteriormente no Quadro 3. A manutenção da saúde refere-se a um estado estável, em que a pessoa pode ter uma doença crónica, mas é capaz de manter um nível de bem-estar necessário para desempenhar o seu papel, revelando padrões de resposta à transição e indicadores de resultado (Meleis, 2010). O Sr. RP encontrava-se adaptado à sua situação crónica e mantinha a sua doença estável), verificando-se a demonstração de mestria, *coping* e *empowerment* (Meleis, 2010) através da realização das sessões de HD de forma regular com adesão ao regime terapêutico e medicamentoso (restrição hídrica, evidenciada pelo peso idêntico ao peso seco estabelecido; cumprimento da dieta, pelos valores analíticos estáveis a nível do potássio, por exemplo e toma medicamentosa validada) e com a particularidade adaptativa a nível da canulação necessária para o seu bem-estar.

O momento de canulação poderá ser algo de grande receio e expetativa por parte do utente. O enfermeiro assume a responsabilidade deste processo, exigindo-se que possua qualificações e elevada experiência, com o conhecimento de avaliação de AV por observação, palpação, auscultação e técnicas de canulação. A abordagem passa por uma estratégia comunicacional que promova a compreensão da necessidade de canulação e a confiança no profissional que a irá executar. Cada unidade de hemodiálise deve possuir um protocolo de atuação e recomenda-se a existência de um elemento da equipa de

saúde responsável pela vigilância e monitorização dos acessos vasculares e que oriente os procedimentos em caso de disfunção (OE, 2016). Neste local de estágio, esta função estava atribuída à enfermeira responsável e estava no presente momento a decorrer ações de formação relativas a esta temática para uma maior capacitação dos enfermeiros da unidade, assim como a instituição de um protocolo particular referente à técnica preferencial de canulação e com melhores resultados.

Simultaneamente, no fim de cada sessão é importante a agilização da saída dos doentes dos respetivos postos após a cessação do tratamento, hemóstase se se tratar de uma FAV ou PTFE e certificação da limpeza e desinfeção dos postos utilizados. Neste momento, é importante a verificação da estabilidade hemodinâmica do doente prévia à sua saída da sala e hemóstase eficaz para diminuição de intercorrências pós sessão.

É importante que a hemóstase seja realizada de forma eficaz, ou seja, de forma a permitir na mesma o fluxo sanguíneo, prevenir hemorragia imediata com o tempo adequado de compressão e prevenir infeções com a utilização de pensos estéreis nos locais de inserção das agulhas (OE, 2016). O tempo da hemóstase deve também ser analisado pelo enfermeiro, pois um aumento do mesmo pode indicar questões de coagulação passíveis de serem avaliadas e aferidas. Por fim, esta pode ser realizada pelo doente ou mesmo pelo enfermeiro se este não for capaz de o realizar de forma independente ou se tratar de uma sessão inaugural.

Desta forma, vemos aqui espelhado um exemplo daquilo que é pretendido numa transição saudável segundo Meleis (2010), ou seja, numa transição saudável e bem-sucedida dá-se o desenvolvimento de conhecimento e competências (aprendizagem da realização da hemóstase de forma independente ou com ajuda) sendo um indicador disso o sentimento de *empowerment* do doente (saber como se faz, o que necessita e as suas limitações e potencialidades). Foi neste âmbito que colaborei novamente numa situação de intercorrência/complicação, dado a D. MA após o fim da sua sessão ter sofrido uma hemorragia da FAV pós hemóstase e já se encontrando fora da sala. Aquando isto, a D. MA regressou à sala e realizámos novamente a hemóstase, prolongando um pouco mais o processo e realizando um penso mais compressivo.

É nestes exemplos que se espelham o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista de nefrologia e os objetivos previamente estabelecidos (APÊNDICE II). O cuidado centrado no doente (demonstrado em cada exemplo de forma específica), a compreensão da prestação de cuidados na clínica de HD a nível geral e particular das sessões, assim como o processo de tomada de decisão no âmbito da canulação e gestão do tratamento foram de encontro às competências: Cuidado ao doente durante uma sessão de hemodiálise (2.1), Monitorização do tratamento hemodialítico (2.2), Rever com o doente a eficácia do plano terapêutico estabelecido (2.3), previamente propostas a desenvolver neste local de estágio (Chamney et al, 2007). Já a apropriação da forma de gestão da clínica e organização da mesma e dos seus turnos (pela participação nos diversos turnos e salas), permitiu ir de encontro à competência de analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de HD (2.6), percebendo dotações seguras, qualidade dos cuidados (de acordo com o padrão estabelecido pela OE e por auditorias internas partilhadas pela equipa) e a continuidade desses mesmos cuidados. Mais tempo de estágio permitiria um maior aprofundamento e espelho desta mesma competência. Adicionalmente, esta foi também complementada por aprendizagens profissionais através da participação numa ação formativa relativa a AV, com abordagem aos cuidados e técnicas de canulação de FAV e, em conferência com a enfermeira chefe e restante equipa sobre necessidades formativas da unidade, a realização de uma ação de sensibilização relativa à higienização do membro do AV aos doentes com FAV e PTFE ao longo das semanas aquando as suas sessões de HD e concretização de um poster e folhetos para a unidade (APÊNDICE VI).

2.2. Estágio em Unidade Hospitalar de Hemodiálise

O segundo estágio, decorrido de 7 de novembro a 16 de dezembro de 2022, foi desenvolvido numa Unidade de Hemodiálise, inserida no serviço de Nefrologia de um hospital público central, em Lisboa. Esta presta apoio assistencial aos doentes hemodialisados provenientes de unidades periféricas e outros hospitais da área de influência, encaminhados da consulta externa e do Atendimento de Doentes Não Programado (ADNP). Esta unidade é certificada internacionalmente desde 2014 e funciona de segunda a sábado das 8h às 23h, com prevenção noturna e ao domingo. Dispõe de 15 postos de tratamento, distribuídos por 4 salas, sendo uma destas com um único posto destinado a portadores de vírus de Hepatite B. Dado o panorama atual, uma das salas também é utilizada para o tratamento de doentes covid em último turno.

Nesta unidade, realizam-se maioritariamente tratamentos de hemodiálise de baixo fluxo, existindo outras técnicas de tratamento por circulação extracorporeal, como plasmaferese, LDL aférese e hemoperfusão. A equipa desta unidade é ainda chamada a realizar técnicas de diálise a clientes em situação instável tanto no próprio hospital como nos hospitais pertencentes ao centro hospitalar do mesmo.

No âmbito deste estágio os doentes com quem contactei encontravam-se contexto de ambulatório por motivos clínicos ou sociais ou em contexto de internamento no serviço de nefrologia por motivos de agudização da DRC ou outra ca morbilidade associada. Desta forma, no decorrer dos turnos foi-me possível conhecer doentes em indução de HD, assim como doentes já em programa regular e perceber um pouco daquilo que estava a ser/foi a sua experiência com o tratamento dialítico.

A experiência de viver em programa regular de hemodiálise acarreta um novo autoconhecimento da pessoa e da sua saúde, no sentido de manter a esperança (Polaschek, 2003). O impacto do diagnóstico da doença renal crónica e do tratamento dialítico, levam frequentemente a um desgaste emocional que se intensifica, devido às limitações físicas e sociais, e dificulta a adesão ao regime terapêutico, exigindo assim uma intervenção de carácter educacional e social complementar ao cuidado ao doente renal crónico (Thomas & Alchieri, 2005). Nesta vertente, a Teoria das Transições preocupa-se

com as alterações na condição de saúde do indivíduo ao passar de um estado saudável para o de doença o que, ao considerar a sua base (já previamente referida no capítulo um), juntamente com estas observações sobre o doente em tratamento hemodialítico e o facto das transições serem fenómenos de interesse da Enfermagem, justifica-se estudar o processo de transição com vista a contribuir com a identificação dos focos de atenção para os cuidados de enfermagem e assim sustentar o planeamento do cuidado de enfermagem em Nefrologia.

À semelhança do campo de estágio anterior, nesta unidade cada doente possui um plano de tratamento dialítico prescrito com a terapêutica a realizar, administração ou não de anticoagulante e os parâmetros do tratamento em si, nomeadamente a ultrafiltração alvo ou máxima a atingir, face ao peso avaliado e/ou manutenção do peso seco estabelecido do utente. Ou seja, o contexto de HD é idêntico em questões de tratamento, havendo somente divergências a nível estrutural, dinâmico e população alvo.

Nesta unidade de hemodiálise hospitalar a importância da tomada de decisão relativamente à técnica de canulação ainda se evidenciou mais, pois grande parte dos doentes com quem contactei possuíam acessos vasculares com diversas complicações e por isso necessidade de, na maioria das sessões, punção eco guiada ou mesmo a utilização da técnica de unipunção. Como foi o caso do SR. MR, portador de uma FAV construída num membro superior com tecido cicatricial derivado de queimadura e com edema e hematoma recorrente, que dificultava a canulação e levava à necessidade de utilização de ecógrafo ou mesmo apenas a realização de tratamento por unipunção.

Os fatores de risco na canulação de um acesso vascular caracterizam-se por falha na maturação, técnica de canulação utilizada (especialmente técnica em área), fatores demográficos dos doentes (idade, sexo feminino e raça não caucasiana) e suas comorbilidades (como as doenças cardíacas) (Van Loon et al, 2009). A maturação falhada da FAV é o fator de risco que tem maior peso nas dificuldades de canulação (Lok et al, 2006). As complicações de canulação são reconhecidas como um evento adverso em hemodiálise e são caracterizadas por: várias tentativas de canulação, infiltrações da FAV, hematomas, infeções do acesso e formação de aneurismas. Desta forma, o uso de ecógrafo como apoio na canulação tem sido sugerido, pois para além de auxiliar na

escolha do local de punção, evitando algumas complicações, também permite a deteção de eventuais estenoses, causadas por trauma consecutivo de anteriores canulações e/ou por um fluxo de sangue excessivo, e a sua resolução posterior de forma cirúrgica (MacRae et al., 2016).

Assim, surge a utilização da unipunção do acesso vascular para realização do tratamento de HD como alternativa face a estas complicações. Apesar das desvantagens, se utilizada no tratamento dialítico dito habitual (menos eficácia dialítica, em tratamento dialítico comum; uma taxa de fluxo de sangue mais baixa; um tempo de difusão mais reduzido e maiores taxas de recirculação), esta técnica permite que o edema local do AV diminua e regrida, permite a realização das sessões de HD por norma clinicamente necessárias e simultaneamente permite a maturação do próprio acesso, evitando possivelmente a necessidade de colocação de um CVC com maior risco infeccioso para o utente (Wilson et al., 2009). Desta forma, a utilização da unipunção verifica-se como uma alternativa benéfica à população alvo do tratamento dialítico pelas comorbilidades e falências/ complicações nos AV, consequentes à idade e pobre património vascular, como foi possível de comprovar neste mesmo local de estágio.

Em contraste com a unidade de hemodiálise periférica onde realizei o estágio anterior, esta unidade atende doentes em situações de saúde-doença agudas e/ou com mais condicionantes clínicas ou mesmo sociais; cada sessão de HD decorre com doentes de ambulatório, assim como do internamento de Nefrologia, o que acarreta uma maior gestão com a chamada de doentes do serviço e verificação da chegada daqueles de ambulatório e mobilização dos mesmos no final de cada sessão para troca de turno; e adicionalmente poderão ocorrer sessões de HD nos cuidados intermédios do próprio serviço ou em qualquer outro serviço do hospital/centro hospitalar, requerendo a deslocação de um enfermeiro para tal e por isso uma gestão diferente das salas de HD da unidade.

Foi neste sentido que tive a oportunidade de realizar com o meu enfermeiro orientador uma sessão de HD no serviço de cuidados intensivos do hospital em questão, a um doente renal crónico já em programa regular de tratamento, mas com condicionantes devido à sua intervenção cirúrgica cardíaca. Face a isto, apesar da sessão

ser semelhante ao habitual para o utente, os parâmetros da prescrição, como a ultrafiltração e valores de sódio por exemplo, tiveram de ser ajustados perante as drenagens ativas e valores tensionais baixos do utente.

Atualmente, em unidades de cuidados intensivos verificam-se com maior frequência técnicas contínuas, técnicas intermitentes convencionais e técnicas híbridas (Marcelino et al, 2006). Estas distinguem-se pelo tempo de duração da diálise, velocidade da bomba de sangue, presença e velocidade do fluxo do dialisante e a presença de líquido de reinfusão. A escolha da técnica a realizar depende das condições hemodinâmicas do doente, gravidade da insuficiência renal e do objetivo do tratamento (Sousa, 2009). As técnicas dialíticas intermitentes híbridas (de duração de 6h a 12h) são consideradas vantajosas, pois utiliza-se uma velocidade de bomba de sangue e de dialisante inferiores e a remoção de líquidos é realizada mais lentamente, permitindo tratar os doentes hemodinamicamente instáveis. No caso referido em âmbito de estágio o utente realizou técnica dialítica intermitente convencional neste dia, mas devido à manutenção de valores tensionais baixos e má tolerância à sessão de HD por este mesmo motivo, acabou por, nos dias seguintes, realizar técnica intermitente híbrida.

Esta área da especialidade, nomeadamente em contexto hospitalar, é aquela que me é mais familiar e contacto mais de perto no meu dia a dia profissional. Desta forma, foi-me possível partilhar algumas das vivências com os doentes hemodialisados em internamento, assim como experienciar novas com os utentes da unidade, enriquecendo o meu conhecimento e contacto com o doente hemodialisado e destacando o domínio das aprendizagens profissionais.

Destaco assim a situação da D. MS, uma senhora proveniente de um serviço de cirurgia por lesão renal aguda derivada de complicações gástricas e hepáticas, para indução de HD por agravamento da função renal. A D. MS à chegada encontrava-se consciente, orientada e colaborante, mas pouco comunicativa e com um fâcies assustado. Ao perceber este facto naquele momento e no compasso de organização da sessão de HD, decidi abordar a senhora e ao iniciar diálogo com a mesma percebi que esta não tinha muito conhecimento sobre o que iria ocorrer e como se processava o tratamento, achando que o mesmo era doloroso dado a colocação do CVC provisório que

possuía ter tido esse impacto negativo na mesma logo de início. Assim sendo, informei a senhora sobre em que consistia a técnica, como decorria o tratamento e que o mesmo era indolor. Esta intervenção, apesar de não resolver por completo o receio da doente relativo à possibilidade futura de permanecer em programa regular de HD, conseguiu tranquilizar a doente face a esta mudança na sua vida em contexto agudo e que tive oportunidade de verificar prontamente naquela primeira sessão, assim como nos tratamentos consequentes.

A transição é um fenómeno individual, sendo fundamental a consciência das mudanças que estão a ocorrer na vivência da mesma. Os significados atribuídos às transições variam de indivíduo para indivíduo, influenciando assim o resultado destas (Meleis, 2010). O doente renal crónico ao iniciar HD, depara-se com toda uma nova situação de vida. A transição vivenciada por este, assim como as consequências da nova situação, causam na sua vida uma reviravolta brusca e forçada, com a necessidade da criação de uma nova realidade (Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006). Assim, para quem vivencia as dificuldades e repercussões inerentes ao início de uma TSFR, a equipa multidisciplinar representa muitas vezes o apoio na busca de respostas, sendo fundamental o desenvolvimento da relação próxima doente-família-equipa dada a sua importância no processo de transição.

Benner (2001) fundamenta a atuação da enfermagem na doença crónica com base na interpretação e compreensão que cada pessoa tem da sua situação, no sentido em que cada indivíduo possui o seu saber. Desta forma, o enfermeiro deve procurar sempre a perspetiva do indivíduo de quem cuida: a compreensão da experiência vivida exige conhecer a identidade pessoal e social da pessoa e preservá-la durante todo o processo de doença. Segundo Meleis et al. (2010), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. Estes necessitam de ter uma visão ampla, conhecimento e experiência de forma a reconhecer o meio envolvente e funcionar como facilitadores do processo de transição ao considerar as perceções, significados e vivências do doente para intervir e atingir o principal objetivo de uma transição eficaz.

Por fim, dadas as semelhanças a nível de contexto entre este estágio e o anterior, as competências propostas de desenvolver foram também: Cuidado ao doente durante uma sessão de hemodiálise (2.1), Monitorização do tratamento hemodialítico (2.2), Rever com o doente a eficácia do plano terapêutico estabelecido (2.3) e analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de HD (2.6) (Chamney et al, 2007). O seu alcance e maior desenvolvimento comparativamente ao estágio anterior, foi possível pela participação ativa no funcionamento da unidade, compreensão da sua gestão e organização e a realização/manutenção das sessões de HD de forma mais autónoma e independente pelas potencialidades identificadas e espelhadas em exemplos e independentemente do reconhecimento de eventuais limitações. Concomitantemente e de forma complementar, realizei também uma sessão de formação relativamente ao tema do presente relatório no sentido da sensibilização da equipa de enfermagem para a transição do doente renal crónico para hemodiálise (APÊNDICE VII) e com recurso ao quadro conceptual realizado e testemunhos de doentes da própria unidade prestados ao longo das suas sessões de HD.

2.3. Estágio em Unidade de Diálise Peritoneal

O último estágio, com início a 3 de janeiro e término a 10 de fevereiro de 2023, foi realizado numa Unidade de Diálise Peritoneal (UDP) integrada no Serviço de Consulta Externa, mas em plena articulação com o Serviço de Nefrologia do mesmo hospital público central em Lisboa. Na UDP realizam-se as consultas de esclarecimento e opções (CEO) acerca das diferentes modalidades terapêuticas de TSFR, indução e ensino da realização da técnica de diálise peritoneal e acompanhamento em consulta dos mesmos doentes, assim como atendimento não programado destes nos dias úteis das 9h às 16h.

Adicionalmente, esta unidade dá também apoio aos doentes em regime de DP internados no Serviço de Nefrologia. Segundo dados da unidade, existiam atualmente 75 doentes em programa de DP, verificando-se um acréscimo de doentes desde 2022 e por isso a necessidade da integração de um novo elemento na equipa de enfermagem, constituída por duas enfermeiras, algo ocorrido após o meu período de estágio, assim como a alteração estrutural da unidade para outra zona do hospital.

Numa fase inicial foi-me possível acompanhar as CEO a doentes com DRC em estágio terminal e necessidade de indução de uma TSFR, seguidos em consulta ou em internamento por situação aguda de agravamento da função renal, e perceber a importância deste momento e do papel do enfermeiro no mesmo. A CEO é o momento em que se inicia todo o processo de transição para uma TSFR e onde se capacita o doente com informação e apoio para uma escolha e transição eficaz e bem-sucedida.

Dentro dos vários casos testemunhados, tenho o exemplo do Sr. AM, encaminhado da consulta de nefrologia e com uma ideia pré-concebida de uma suposta impossibilidade de escolha por DP, a técnica preferencial para o mesmo, devido a hérnias abdominais e respetivas cirurgias prévias. Após a apresentação das opções de TSFR e percepção desta questão, a enfermeira a realizar a CEO encaminhou prontamente o Sr. AM para uma consulta cirúrgica (com os médicos responsáveis pela colocação dos cateteres de DP), verificando-se no final que o doente possuía viabilidade em termos físicos de colocação de cateter para optar pela técnica de DP. Este exemplo permite assim perceber como a CEO enquanto preparação para uma transição breve na vida do doente renal

crónico é essencial, pois de acordo com a EDTNA/ERCA, uma das competências do enfermeiro especialista, isto é, informar e esclarecer sobre as modalidades terapêuticas de substituição renal, envolvendo a equipa multidisciplinar e auxiliá-lo a escolher a TSFR que mais de adequa ao seu estilo de vida e condição de saúde (Chamney et al, 2007).

Outra questão que me permite afirmar a importância da CEO no processo de transição do doente foi o facto de, no decorrer da consulta, a enfermeira alertar para eventuais transições ao longo da vida no que à TSFR escolhida diz respeito, nomeadamente na DP. Isto é, o doente ao optar por DP tem de ter presente que a técnica tem uma viabilidade limite devido à capacidade limitada do peritoneu, sendo posteriormente e possivelmente necessária outra TSFR como a HD ou o transplante renal se existirem critérios e oportunidade para tal.

Aqui denota-se que as transições são uma problemática central da Enfermagem que pode, não só levar à descoberta da forma como o indivíduo lida com as mudanças na sua vida, como também ajudar no desenvolvimento do conhecimento de intervenções facilitadoras da experiência de transição e condutoras de um *coping* saudável (Meleis, 2010). O conhecimento e a compreensão da perceção individual e reação daquilo que o doente renal crónico em HD vivencia, nesta fase de transição (passagem a uma TSFR), é fundamental para os enfermeiros no sentido em que lhes permite desenvolver habilidades e competências essenciais ao apoio ao doente (Molzahn et al., 2008). Neste contexto, face à necessidade de apoio nos processos de transição, o desafio para os Enfermeiros será compreender este processo e desenvolver intervenções que promovam a estabilidade e sensação de bem-estar. É assim fundamental o desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros que visem apoiar os doentes a vivenciar processos de transição, através de intervenções ajustadas às necessidades dos mesmos (Abreu, 2008), ou seja, o aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio da compreensão do doente e dos processos de transição em que se encontra. Num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, conduzindo a intervenções de elevado nível de adequação às suas necessidades e melhoria contínua da qualidade. Pretende-se assim que o Enfermeiro Especialista em Nefrologia seja percebido como um perito na conceção e gestão dos

cuidados ao doente renal crónico em transição para HD, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas dos mesmos aos processos de vida e problemas de saúde.

É fulcral a intervenção do enfermeiro na gestão dos problemas de saúde decorrentes da doença junto dos doentes, familiares e comunidade. Smeltzer & Bare (2005) afirmam que o cuidado de Enfermagem à pessoa com DRC deve ser direccionado de forma a evitar as complicações decorrentes da redução da função renal, devendo também promover intervenções que o ajudem a enfrentar a angústia e ansiedade associadas ao viver com uma doença de risco. No caso dos indivíduos em HD, os enfermeiros devem adaptar o cuidado às características destes doentes, devendo identificar os doentes em situação de maior fragilidade, em especial aqueles com múltiplas comorbilidades (Francisco et al., 2012).

Para além deste papel das enfermeiras da UDP, os cuidados de enfermagem desta unidade são exclusivamente direccionados aos doentes que se encontram em programa regular de diálise peritoneal desde a sua escolha na CEO, havendo depois dentro desta escolha, a opção pela realização de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) ou diálise peritoneal automática (DPA).

A partir do momento em que opta por DP, o doente é acompanhado em todo o processo de colocação de cateter (com a observação do doente e respetivo local de inserção do cateter, semanalmente logo após a colocação), indução da técnica e ensino para realização autónoma da mesma pelo doente (durante cinco dias com esclarecimento de questões relativas à técnica e ao material utilizado) e o seguimento mensal regular em consulta (posteriormente de dois em dois meses). Adicionalmente, se o doente optar por DPA é realizado o teste de eficácia peritoneal (PET) e novo ensino relativo à utilização da cicladora durante mais cinco dias, sempre posterior ao ensino da DPCA, o qual de carácter obrigatório na eventualidade de complicações futuras como peritonites que requerem a realização desta modalidade manual. O PET trata-se de um teste que verifica a eficácia do peritoneu para DPA, mas que também permite o ajuste da prescrição da DP, relativamente a ciclos e concentrações dos dialisantes. Infelizmente no decorrer do estágio não me foi possível participar na realização do mesmo pela ausência de realização do mesmo neste período na unidade.

Foi neste contexto que tive a possibilidade de acompanhar a D. CS, uma senhora de 75 anos que optou por DP, colocou cateter Tenckhoff e induziu a técnica com os respetivos ensinamentos necessários na unidade e com o acompanhamento das filhas. Os ganhos em saúde em relação à adesão terapêutica só são possíveis através de um trabalho em parceria com o doente e família/pessoa de referência, algo verificado ao longo da semana de ensino da D. CS com o ganho de confiança, exploração de conhecimentos e sentimentos relativos à DP e consequentemente prestação de cuidados de enfermagem específicos à mesma e respetiva família, com alguma participação no processo de ensino na indução desta TSFR e trabalhando assim uma das competências de enfermeiro especialista definidas pela OE (2010): *“Promover a parceria terapêutica com a pessoa doente renal crónica e o seu familiar/pessoa significativa”*.

Desta forma, posso afirmar a existência de diversas oportunidades de acompanhamento de doentes da UDP, todos com diferentes situações clínicas e em fase de transição. Para além daquilo que já foi referido, foi-me possível acompanhar e participar nas consultas regulares e programadas de vários doentes, onde se realiza uma aferição do seu bem estar geral, verificação do seu balanço hídrico, avaliação de sinais vitais, realização do penso do local de inserção do cateter de DP e a sua respetiva observação, assim como o teste com o *Body Composition Monitor* (BCM) que nos permite quantificar o estado hídrico (sobrecarga, normal ou desidratação) do doente e fornecer uma base para a gestão nutricional, hídrica e da própria prescrição de DP evitando complicações como a insuficiência cardíaca congestiva e o edema pulmonar (Fresenius, 2017).

Adicionalmente, de forma anual, os doentes são também avaliados relativamente à força muscular com um dinamómetro como parte complementar do seguimento. Tudo isto é realizado na consulta de enfermagem, sendo os doentes seguidamente encaminhados para a consulta médica e reencaminhados de novo para o gabinete de enfermagem se se verificarem alterações do regime medicamentoso que necessitem da elaboração de um novo plano terapêutico.

Após o final deste estágio, considero que o mesmo foi aquele com maior contacto com o doente renal crónico em processo de transição, de forma geral, e

consequentemente o mais enriquecedor em termos de experiências como já exemplificado em casos concretos. Desta forma, uma das últimas situações que testemunhei e na qual participei em conjunto com as colegas da UDP, foi a transição de DP para HD do Sr. DL.

Este doente, já em DP há alguns anos e com diversas intercorrências infecciosas recorrentes (peritonites, infeções do orifício de saída e do túnel), ao longo do estágio recorreu por diversas vezes à UDP por uma peritonite atual e já sinais evidentes de disfunção e falência da técnica por desgaste do peritoneu, sendo abordado prontamente de que o momento de transição para outra TSFR (neste caso HD) como falado na CEO, tinha chegado. Desta forma, em poucos dias o Sr. DL foi internado, induziu HD e removeu o cateter Tenckhoff, sendo sempre acompanhado em todos os passos e fases (apoio emocional e educacional) pelas enfermeiras da UDP e levando à sua transição bem-sucedida com a adaptação a uma nova TSFR e aceitação da mesma para a sua sobrevivência e no seu dia a dia, algo evidenciado pela adesão ao regime terapêutico e medicamentoso e inexistência de intercorrências nesta nova modalidade de TSFR.

Cada vez mais os cuidados de saúde promovem o cuidado centrado no doente, sendo este visto como um parceiro no desenvolvimento do seu plano de cuidados e exigindo a criação de uma relação terapêutica baseada em confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento coletivo (McCormack & McCance, 2006). O indivíduo e família vivencia o processo de doença e recupera a normalidade tão melhor quanto mais eficaz for a orientação recebida pelos profissionais de saúde. Assim é imperativo que a equipa multidisciplinar esteja consciente das mudanças ocorridas ao longo do processo de doença da pessoa (Thomas, 2005) e tendo por base o modelo de transição de Meleis (2010), a intervenção do enfermeiro deve basear-se em três níveis de atuação: a avaliação da preparação, em que através da comunicação com o cliente se conhece as características e necessidades do mesmo; o papel de suplementação, referente à promoção do desenvolvimento de novos papéis; e por último, a preparação da transição, em que ocorre o assumir gradual das novas responsabilidades e competências.

Apesar de não se enquadrar totalmente no tema deste relatório, esta última situação foi aquela que mais se assemelhou ao estudo escolhido por se tratar de uma transição para HD, o que, juntamente com os conhecimentos consolidados, outros casos testemunhados e participação nos cuidados de enfermagem da UDP, levou à realização de um trabalho sobre a temática de transição de DP para HD com posterior apresentação às colegas e discussão reflexiva sobre a mesma e o contexto da própria UDP (APÊNDICE VIII).

Apesar do meu exercício de funções decorrer num internamento de Nefrologia e o contacto com esta TSFR ser comum, a realização deste estágio e colaboração com as colegas da UDP permitiu-me complementar e aprofundar conhecimentos prévios relativos à técnica, assim como perceber o percurso do doente desde o momento em que tem a CEO até ao momento em que fica em programa regular de DP, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências propostas a desenvolver neste local de estágio e definidas pela EDTNA/ERCA: Apoio ao doente submetido a DP através de cuidados individualizados (3.1), Cuidado ao doente em DP (3.3), Ensino ao doente em DP (3.4), Apoio ao doente em transição de DP para HD (3.6) e Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de DP (3.7) (Chamney et al, 2007). Isto evidenciado explicitamente com o apoio em diversas ocasiões aos doentes em DP de forma particular e individualizada de acordo com a sua fase de transição para a técnica- CEO, ensino, consulta de rotina; a participação na transição específica de DP para HD do Sr. DL, trabalhando com o mesmo barreiras e obstáculos e educando para a saúde; e a percepção do funcionamento e organização da UDP com reconhecimento da qualidade dos cuidados e dotações seguras através das enfermeiras da unidade e relatórios de atividades/qualidade das mesmas.

Concomitantemente, tive também possibilidade de passar um dia de estágio na unidade de transplante renal, parte integrante da consulta externa e articulada à UDP, pois muitos doentes em DP também se encontram em simultâneo em lista para transplante renal. Nesta são acompanhados os doentes para consulta de pré transplante (quando optam por isto e permanecem na lista) e os doentes já submetidos a transplante de forma regular e onde são realizadas reavaliações analíticas, ajustes terapêuticos e

análise do processo de transição em causa em conjunto com o doente. Assim consegui perceber também o trajeto do doente transplantado renal, algo complementar à minha aprendizagem, dado que no meu contexto profissional os meus cuidados serem direcionados ao doente renal crónico nas várias fases da sua doença e em diversos períodos de transição para uma TSFR.

3. “A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise”: A *Scoping Review*

3.1. Introdução

Ser doente renal crónico implica repensar todo o estilo de vida e obriga a passagem por um processo de mudança e transição. A HD é a TSFR mais utilizada, sendo aquela que acarreta maior dependência e exigências a nível terapêutico, hídrico e dietético para além de mais recorrências aos serviços de saúde e consequentemente elevado consumo de recursos altamente especializados e custos financeiros elevados (Oliveira et al., 2020).

Os doentes sob HD podem viver cerca de 25 a 30 anos, embora a esperança média de vida fique ainda muito aquém das expectativas. Esta oferece anos de vida, mas não a cura para a falência renal. Nos doentes mais idosos devido à maior prevalência de diversas comorbilidades com impacto no prognóstico, a sobrevivência é ainda menor face à população geral com a mesma idade (DGS, 2012).

A doença crónica, como a DRC, persiste ao longo do tempo e não desaparece. Não é um simples episódio discreto na vida da pessoa, mas uma questão permanente nesta. Dado isto, torna-se imperativo a passagem adequada para o tratamento dialítico, pois o diagnóstico e tratamento da DRC levam a um processo de consideráveis mudanças na vida de uma pessoa antes considerada saudável, isto é, transformações significativas intituladas de processo de transição (Oliveira et al., 2020).

Segundo Fleisher e Franch (2015), envolve pensarmos num conjunto de relações de longa duração que vão sendo estabelecidas ao longo do tempo: com a doença, com os profissionais de saúde, com as redes de serviços, cuidados e cuidadores, com os medicamentos, etc. Dessa forma, o enfermeiro afirma-se como elo entre o doente crónico e as possíveis trajetórias de tratamento das suas morbilidades (Antas et al., 2016), sendo um elemento fulcral na capacitação do indivíduo para gerir a sua própria saúde e o seu eventual e provável processo de doença de forma contínua e até ao final da sua vida.

O presente protocolo de revisão *scoping* parte da verificação na prática profissional de uma incidência cada vez maior da indução hemodialítica e o impacto e dificuldades desta transição na pessoa, surgindo o enfermeiro como elemento fulcral na transição do doente para hemodiálise. Desta forma, procura-se mapear a literatura existente acerca da transição do doente renal crónico para hemodiálise e o papel inerente e implícito do enfermeiro nesse processo. Os objetivos deste protocolo passam por mapear as revisões existentes e literatura cinzenta, com os devidos conceitos-chave e lacunas, que existem e, em segunda instância, permitam tirar conclusões sobre a necessidade de aprofundamento da temática em questão através de outros e mais estudos. Desta forma, nos estudos identificados procura-se identificar fatores condicionantes facilitadores/ dificultadores, propriedades, padrões de resposta e indicadores de processo e de resultados do processo de transição do doente renal crónico para HD.

Os trabalhos sobre a temática em estudo são, até à presente data, escassos. No entanto, aqueles existentes enunciam de forma suficiente e clara, a pertinência da continuação do estudo da temática e realização de mais estudos sobre a mesma. O papel da enfermagem no processo de transição é relevante e está presente na literatura de forma implícita e dedutiva. Nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, não se identificaram revisões *scoping* acerca desta temática.

3.2. Metodologia

3.2.1. Tipo de Estudo

Desenvolveu-se uma *Scoping Review* da literatura incluindo estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura encontrados.

3.2.2. População

Consideraram-se todos os estudos que incluíam indivíduos adultos com doença renal crónica em estágio 5.

3.2.3. Conceito

O estudo centrou-se no conceito da transição da pessoa para hemodiálise.

3.2.4. Contexto

Consideraram-se estudos envolvendo indivíduos em processo de indução em hemodiálise.

3.2.5. Critérios de Inclusão

Selecionou-se estudos de natureza quantitativa e qualitativa, sobre o indivíduo doente renal crónico em estágio 5 em transição inaugural para hemodiálise. Foram considerados os estudos publicados entre janeiro de 2017 e maio de 2022 nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, assim como artigos de pesquisa livre no *Google Scholar*.

3.2.6. Estratégia de pesquisa

O protocolo de revisão *Scoping* visou mapear estudos primários e secundários publicados e não publicados (literatura cinzenta). Selecionou-se estudos nos idiomas de português, inglês e espanhol e definiu-se como horizonte temporal um período de cinco anos desde janeiro de 2017 a maio de 2022, assim como a faixa etária do adulto e idoso. Seguiu-se as indicações protocolares do JBI (Peters et al., 2020) e delineou-se uma estratégia de pesquisa com três etapas: pesquisa em bases de dados; pesquisa por descritores e termos de indexação e referência dos artigos identificados para posterior utilização (Quadro 1).

1ª Etapa - Pesquisa inicial, segundo a menemónica PCC (População, Conceito e Contexto), com recurso a conceitos naturais através da plataforma EBSCOhost, nas bases de dados *Medline Complete* e *CINHAL Complete*, para fixação das palavras chave e termos indexados adequados;

2ª Etapa- Pesquisa separada em cada uma das bases de dados escolhidas com as palavras chave e termos indexados estabelecidos;

3ª Etapa- Análise das palavras chave, títulos e resumos para seleção dos artigos para leitura integral. Adicionalmente foi concretizada uma pesquisa livre através do *Google Scholar* de artigos complementares da temática em estudo. A estratégia de pesquisa encontra-se explanada no quadro 1, em inglês e português, obedecendo-se aos seguintes critérios de exclusão: participantes com idade inferior a 18 anos, não

referência a indivíduos em processo de indução de hemodiálise, publicação anterior a janeiro de 2017 e posterior a maio de 2022.

As palavras chave utilizadas foram chronic kidney failure; transitional care; renal replacement therapy; continuity patient care; dialysis. Nos artigos encontrados não são explícitas as intervenções do enfermeiro na transição do doente renal crônico para hemodiálise, mas sim uma base dos fatores inerentes à transição e o que é necessário para a sua ocorrência de forma linear, gradual e bem sucedida e a partir daí estabelecer o papel do enfermeiro neste processo.

	Linguagem	Linguagem Indexada	
	Natural	Medline Complete	CINHAL Complete
População	Adulto, Doente Renal Crônico	“Kidney Failure, Chronic”	“Kidney Failure, Chronic”
Conceito	Transição para Hemodiálise	“Transitional Care Renal” “Replacement Therapy” “Continuity Patient Care”	“Transitional Care Renal” “Replacement Therapy” “Continuity Patient Care”
Contexto	Hemodiálise	“Dialysis”	“Dialysis”

Quadro 2- Estratégia de Pesquisa

O fluxograma (Figura 2) demonstra o processo de pesquisa, com a identificação inicial de 239 000 artigos na plataforma EBSCO (204 152 origem MEDLINE e 34 841 origem CINAHL) e 7 em literatura cinzenta. Após exclusão de artigos repetidos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, identificaram-se 414 artigos, os quais foram submetidos a leitura de título e resumo com o resultado de 22 artigos para leitura integral e extração de resultados dos 8 artigos finais obtidos. Seguindo as recomendações do JBI, os resultados da revisão *scoping* serão apresentados em tabela, facilitadora do mapeamento dos dados extraídos, e discussão posterior dos mesmos.

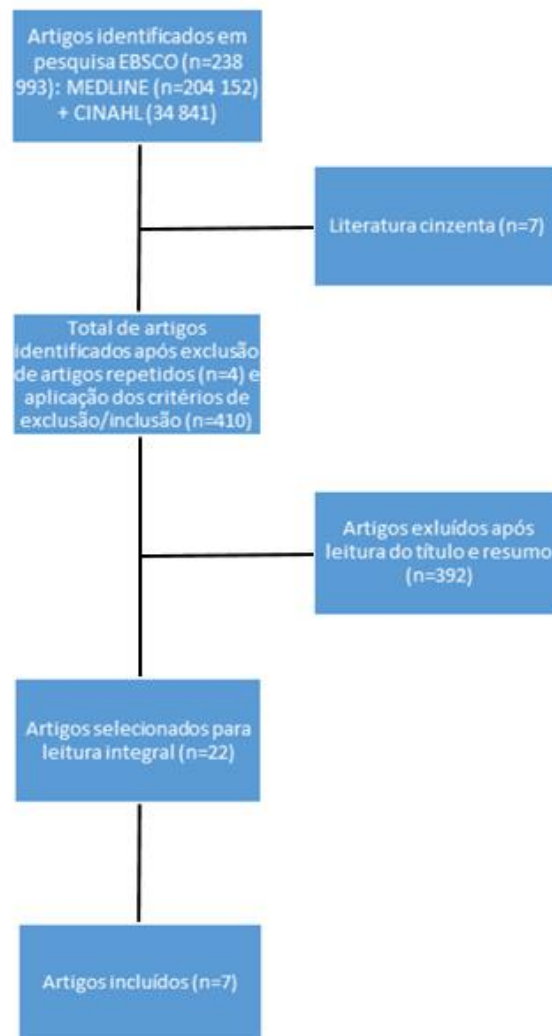


Figura 2- Fluxograma PRISMA

3.2.7. Extração de Dados

De forma a resumir os dados obtidos e seguindo as diretrizes do JBI (Peter et al., 2020), foi elaborado um quadro sumário como instrumento de extração de dados, que se encontra em APÊNDICE III. Este pretende apresentar todos os dados relevantes encontrados na pesquisa ao longo das etapas descritas anteriormente, facilitando assim o mapeamento do conhecimento existente e identificação de novas oportunidades de estudo. Desta maneira, os artigos encontram-se apresentados de acordo com a identificação do estudo (título, autor, periódico, ano); desenho, material e métodos; população, amostra e participantes; contexto; colheita de dados e tratamento e análise; e resultados e conclusões, tal como sugerido por Peters et al, (2020).

3.2.8. Apresentação de Resultados

Foram obtidos 7 de artigos, dos quais cinco escritos em inglês e dois em português e nestes dois estudos concretizados nos EUA e os restantes na Austrália, Espanha, Portugal e Brasil. Destes mesmos estudos, cinco eram referentes aos anos 2017 e dois datados de 2018 e 2020, sendo quatro estudos observacionais, uma revisão sistemática, uma *grounded theory* e um estudo qualitativo. As populações em estudo de forma global foram doentes em indução ou pré indução dialítica.

A análise dos artigos foi efetuada tendo em consideração a questão da pesquisa e a teoria das transições, sendo estes ilustrativos de condicionantes facilitadoras e inibidoras da transição e de propostas de intervenções para uma transição saudável, encontrando-se em síntese no APÊNDICE IV e posteriormente alvo de discussão e descrição narrativa no subcapítulo seguinte.

3.3. Discussão dos Resultados

Condicionantes Facilitadoras e Inibidoras

Num mundo em constante mudança os seres humanos enfrentam períodos de transição e segundo Meleis (2010) no processo de transição saúde-doença existe uma maior vulnerabilidade a alguns determinantes (ou riscos) que podem afetar a saúde. Assim, as experiências humanas, as respostas, e as consequências para transições sobre o bem-estar dos indivíduos são uma área de estudo que se tornou ainda mais central para a disciplina de enfermagem. Entender o que precipita o processo de transição da saúde à doença e os estádios vivenciados com a doença específica pode facilitar o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem adequadas (Meleis, 2010).

Na extração de dados e apresentação de resultados dos artigos finais deste estudo, apresentados nos APÊNDICES IV e V, respetivamente, percebemos o foco necessário nas condicionantes inibidoras e facilitadoras do processo de transição para HD, de forma a entender o percurso saudável vs. não saudável do mesmo, assim como intervenções propostas para uma transição bem-sucedida.

As transições no decorrer da doença renal crónica são períodos de grande vulnerabilidade, onde decisões críticas são tomadas e uma propensão elevada para outcomes pobres existe (Correia & Santos, 2018). Este facto deve ser contrariado através da antecipação do cuidado na transição, pois a realidade da gestão da doença renal crónica é muitas vezes um cuidado desagregado com consequências no follow up do doente.

Isto é referido por Meleis (2010), que enuncia que a vivência de uma doença crónica e manutenção do bem-estar, passa por diversas transições que requerem intervenções de enfermagem em diferentes fases e em pontos críticos. Durante as transições, há perdas de redes, apoios sociais, significados, mudanças em termos familiares e períodos de incerteza que exigem diferentes habilidades e competências. Todos os indivíduos desenvolvem uma variedade de mecanismos de adaptação através das suas experiências de vida e, cada um tem o seu estilo de adaptação para reduzir a ansiedade e restaurar o equilíbrio quando confrontada com uma situação stressante (Meleis, 2010).

No caso da experiência dos doentes em programa regular de hemodiálise, estes passam por uma série de vivências, inicialmente disruptivas com a vida anterior, mas gradualmente e com recurso a mecanismos de *coping* adaptam-se à nova condição de saúde e doença (Meleis, 2010). Os aspetos individuais e sociais, assim como emocionais, físicos e mentais são comuns ao processo de adaptação à DRC e são reconhecidos pelos enfermeiros. Se a adaptação ocorre favoravelmente, a pessoa doente aceita gradualmente as inevitáveis limitações, enquanto aproveita ao máximo as possibilidades que lhe restam, terminando, teoricamente, a transição com o regresso a um estado estável (Meleis, 2010). A pessoa é modificada durante o processo, incorporando as alterações nas dimensões física, psicológica, social, económica, ou em todas essas dimensões, numa nova autoidentidade após o choque inicial e todas as condicionantes associadas. A experiência de transição é influenciada por interpretações individuais de eventos, fatores mediadores individuais e ambientais, respostas fisiológicas e psicológicas e pelos recursos disponíveis (Meleis, 2010).

O processo de transição vivido pelos pacientes com DRC é complexo e tem padrão múltiplo e simultâneo pelas mudanças e alterações significativas a diferentes níveis, o

que proporciona melhor compreensão e percepção das experiências de transição destes, predominando condicionantes dificultadoras na dimensão pessoal, facilitadoras na dimensão comunitária e no que toca à dimensão social as condicionantes são equânimes. Na dimensão pessoal a resiliência é a principal condicionante facilitadora que viabiliza a estabilização emocional promovendo resultados saudáveis no processo de transição. Na dimensão comunitária a presença da família, amigos e a crença religiosa fazem parte do apoio para o confronto e superações das limitações impostas pela doença. E, na dimensão social as atividades relativas à vida laboral e as atividades de lazer são as que mais sofrem alterações negativas (Oliveira et al., 2020).

Assim, o conhecimento sobre tais condicionantes permite compreender como estes doentes percebem a sua transição e o que os impede de seguir para uma transição saudável, de modo a subsidiar o enfermeiro no pensamento crítico ao realizar o processo de enfermagem, facilitando o planeamento da assistência na seleção das Intervenções de Enfermagem (Oliveira et al., 2020).

Em concordância, para Meleis (2010), a transição é um processo cognitivo, comportamental e interpessoal, que flui no tempo de uma forma saudável ou não saudável. Quando flui de forma saudável a pessoa passa de uma situação de rutura para uma “zona neutra”, em direção a uma nova fase de vida. Numa transição saudável experiencia-se a exploração do significado da transição na vida, tendo a oportunidade de redefinir novos significados e de modificar expectativas, de forma realista, à nova situação. Na procura de estabilidade na vida diária pode ser necessário reestruturar as rotinas que facilitam a gestão do dia-a-dia, dão alguma previsibilidade à vida e permitem desfrutá-la com prazer (Meleis, 2010).

A mudança acompanha-se, sempre, de novas exigências, conduzindo à necessidade de novos conhecimentos e competências; a recusa desta oportunidade e desafio conduz a uma discrepância entre as necessidades e as capacidades, que, sendo suficientes anteriormente, não acompanham as novas exigências. Pese embora a rutura que a transição provoca, a continuidade possível na identidade, nas relações e no ambiente são favoráveis ao *coping* e à integração da experiência da transição na vida. Se existem perdas, também é natural que surjam novas oportunidades que podem ser de

desenvolvimento e crescimento pessoal. O contrário de uma transição saudável conduzirá a situações de stresse e crise (Meleis, 2010).

Segundo Correia & Santos (2018), é essencial transmitir aos doentes perspetivas realistas da trajetória de tratamento, as quais focadas no planeamento de transições de tratamento, de forma a que o doente possa ter o seu processo de preparação e aceitação. São várias as frequentes deficiências documentadas acerca dos vários períodos de transição da DRC, reconhecendo implicações clínicas, psicossociais e económicas e, por isso, é imperativo investir em programas de transição com equipas multidisciplinares e a coordenação do cuidado são fundamentais para ultrapassar essa dificuldade.

Intervenções na Transição

Rubio et al. (2017), refere que a transição é um momento crítico com necessidade de atender estados psicológicos, sendo o enfermeiro elemento fulcral nisto para prevenção de eventos adversos e uma transição não saudável. Os doentes podem experienciar depressão e ansiedade aquando da indução, algo que afeta a componente física e emocional. Desta forma, as primeiras semanas após a indução são essenciais e é imperativo uma avaliação metódica, rigorosa e compreensiva para detetar e endereçar os estados referidos. As intervenções que podem ser utilizadas para assegurar este apoio necessário e pré-dialítico e de transição são o envolvimento da família e a educação em aspetos emocionais, possivelmente incluídos na consulta de opções pelos enfermeiros, de forma a aumentar os benefícios do início da TSFR e o processo de transição adequado e eficaz que tem inerente estas questões referidas (Rubio et al., 2017).

Desta forma, as estratégias disponibilizadas pelos enfermeiros para cuidar e apoiar as pessoas a alcançarem os seus projetos de saúde e transição saudáveis contribui para aumentar as possibilidades de ajuda ao indivíduo. De acordo com Meleis (2010), existem quatro resultados possíveis relacionados com a saúde em processos de transição, designadamente, restauração, manutenção, proteção e promoção. Para a autora, restauração da saúde refere-se ao retorno ao estado de saúde que é igual ou melhor do que aquele que a pessoa tinha experimentado antes da transição. A manutenção da saúde refere-se a um estado estável, em que a pessoa pode ter uma doença crónica, mas

é capaz de manter um nível de bem-estar necessário para desempenhar o seu papel. A proteção da saúde significa que a transição requer os cuidados de outros para evitar a deterioração da função ou deficiência. A promoção da saúde indica que o indivíduo tem a capacidade de se envolver em atividades que aumentam a saúde geral e bem-estar.

Segundo, Hassani et al. (2017), a transição para hemodiálise é importante identificar o processo, os fatores eficazes, assim como estratégias de gestão, de forma a levar a um cuidado mais especializado a estes doentes, intervenções de enfermagem apropriadas e a programas de ensino de preparação de doentes e respetivas famílias durante o processo de transição para hemodiálise. O conhecimento sobre este último, ajuda na informação e *empowerment* dos enfermeiros para reconhecimento das necessidades dos doentes em indução de hemodiálise e a cuidar deles neste processo (Hassani et al., 2017), percebendo como os doentes renais determinam o seu locus de controlo e avaliando o seu processo de tomada de decisão do doente, assim como explorar formas de promover a clarificação e respeito pelas preferências do mesmo relativas ao seu controlo pessoal (Henry et al., 2017).

A escolha de um elemento da equipa de saúde central, como um enfermeiro capaz de gerir a doença e a quem o doente seria atribuído, seria uma estratégia para a melhoria de outcomes. Este centralizador do cuidado iria gerir o requisitos da gestão da doença, estabelecer uma rede de comunicação entre diferentes médicos, vigiar o doente, promover adesão terapêutica e educar para futuras transições, evitando duplicação de procedimentos desnecessários (Correia & Santos, 2018), melhorando o apoio específico dado por sistemas de saúde e seus profissionais, de forma a que os doentes consigam lidar da melhor forma com os desafios de viver com doença renal crónica (Subramanian et al., 2017).

De acordo com Meleis (2010) as intervenções de enfermagem passam por uma avaliação contínua ao longo de todo o processo, em que o plano de cuidados evolui de acordo com o movimento da transição. Já a identificação dos indicadores de processo é fundamental para as avaliações subsequentes e para identificar os pontos críticos na transição. A reminiscência é uma intervenção de enfermagem que permite integrar a transição no curso de vida, identificar os significados e encontrar pontes entre a vida

antes da transição e o percurso seguinte. Quando neste novo percurso as necessidades são superiores às capacidades e conhecimentos que a pessoa detém no momento, é necessário um outro tipo de intervenções de enfermagem em que é privilegiado o papel de suplementação. Este consiste em fornecer informação e adicionar novos conhecimentos, permitindo a consciencialização e facilitando a aquisição de novas habilidades e competências que permitam à pessoa ou significativos lidar com uma nova situação em que existe um compromisso específico da saúde. A construção de ambientes saudáveis, outra intervenção de enfermagem, consiste, sobretudo, em proceder-se a modificações no contexto, tendo por objetivo criar ambientes facilitadores e promotores de uma transição saudável (Meleis, 2010).

Finalmente, a mobilização dos recursos disponíveis é a intervenção de enfermagem que tem por objetivo maximizar a eficiência dos esforços utilizando os recursos pessoais, familiares e comunitários que se encontram à disposição e que, direta ou indiretamente, podem facilitar, ou, na sua ausência, criar dificuldades no curso da transição (Meleis, 2010).

3.4. Implicações para a Prática Clínica

A prática de cuidados de Enfermagem revela-se cada vez mais complexa devido a múltiplos fatores, dos quais se destacam a construção crescente de conhecimentos na profissão e o aumento das exigências de saúde pelos indivíduos e pela sociedade. Este facto determina aos enfermeiros a necessidade de aumentarem habilidades e competências para responder às necessidades impostas. O aprofundamento de competências pelos enfermeiros tem vindo a desenvolver-se, promovendo uma melhoria contínua na prestação de cuidados. Para que esta seja de qualidade é fundamental que desenvolva a sua prática com base nas suas competências técnicas, científicas e humanas. O cuidado ao doente renal crónico deve por isso ter como objetivos maximizar a adesão do doente, melhorar a sua qualidade de vida e melhorar os ganhos em saúde (National Kidney Foundation, 2006).

A evolução da técnica em HD trouxe viabilidade à execução da diálise a longo prazo, repercutindo-se numa alteração de necessidade de cuidados por parte dos doentes renais crónicos, assim como a necessidade da mudança de perspetiva do

enfermeiro relativamente às necessidades de cuidados destes (Carpenito-Moyet, 2010). A nossa prática deverá por isso promover cuidados físicos, psicológicos, de apoio e informação, tendo sempre em conta a reação do doente à própria doença assim como o contexto onde este se insere (Fresenius Medical Care, n.d.). Estes não devem apenas ser avaliados pela competência técnica em HD, mas sim focar um conjunto de competências necessárias para prestar apoio, aconselhamento e intervenções com vista a uma transição eficaz da pessoa e família ao processo de doença (Thomas, 2002).

Os enfermeiros de nefrologia têm assim como desafio a olhar para além da tecnologia fortemente relacionada com a técnica de HD e desenvolver uma abordagem mais holística do doente renal crónico. O conhecimento e compreensão por parte dos enfermeiros da perceção individual do doente e da forma como este vivencia a sua transição face ao início de um programa de HD, são importantes para o apoio que os doentes precisam (Molzahn et al., 2008). Do enfermeiro especialista espera-se o desenvolvimento de habilidades investigativas complexas que os dotem de competências para um cuidado apropriado e oportuno ao doente e família perante situações de saúde complexas (Carpenito-Moyet, 2010) e sendo os enfermeiros os elementos da equipa multidisciplinar que mais tempo passam com os doentes, deverão prestar cuidados de forma a promover o bem-estar físico e psicológico do doente (Fresenius Medical Care, n.d.).

Este cuidado deverá fundamentalmente harmonizar a abordagem holística com a realização de intervenções que promovam cuidados seguros e de qualidade, sendo fundamental o enfermeiro especialista desenvolver não só as competências técnicas já claramente reconhecidas e aceites, mas também adquirir e consolidar competências enquanto prestador de cuidados, educador, defensor, facilitador, mentor e elo de referência para o doente renal crónico. Desta forma, o enfermeiro irá assim fornecer ao doente e família competências para a gestão da DRC terminal, permitindo que os mesmos assumam a responsabilidade do seu tratamento e das suas opções de vida.

Em suma, defende-se que o desafio dos enfermeiros perante a necessidade de apoio nos processos de transição, é entender estes processos e planear intervenções que prestem ajuda às pessoas, tentando com elas, encontrar condicionantes facilitadores da

transição, com vista à estabilidade e sensação de bem-estar (Meleis, 2010) (Campbell-Crofts & Stewart, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório espelha o percurso realizado no âmbito da obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Área de Intervenção Nefrológica e grau de Mestre na mesma área. Este reflete as atividades em contexto de estágio com a articulação teórica e de investigação para desenvolvimento e aquisição das respetivas competências profissionais propostas.

De acordo com Benner (2001), cada vez mais é imperativo “avançar” a enfermagem enquanto prática profissional com “saber” próprio. Desta forma, é essencial a aprendizagem experiencial na evolução do exercício profissional com o desenvolvimento de competências que permitem a prestação de cuidados de excelência e ganhos em saúde. Para o Enfermeiro Especialista, isto reflete-se numa prática de enfermagem diferenciada que vai ao encontro a uma responsabilidade profissional, ética e legal, uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e uma gestão dos cuidados otimizada (OE, 2010).

O modelo teórico de Afaf Meleis norteou todo o contexto prático e teórico dos ensinamentos clínicos realizados, evidenciando a importância da transição para hemodiálise do doente renal crónico e a sua pertinência na prática profissional. Esta transição pode ser algo perturbador do ciclo de vida do doente e a mudança pode influenciar diversos aspetos do seu futuro, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico estabelecido, sendo imperativo perceber o papel do enfermeiro na capacitação da pessoa em transição, de forma a proporcionar-se uma adaptação linear, gradual e adequada ao “novo ser”.

No decorrer da *Scoping Review* realizada, relativamente ao tema *A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise* e nomeadamente na estratégia de pesquisa, mapeou-se o conhecimento existente sobre o tema referido, verificando-se a complexidade do processo de transição do doente renal crónico e o papel preponderante do enfermeiro neste. Os artigos analisados permitiram uma perceção atual da problemática e a afirmação da importância e pertinência da continuação destes mesmos estudos.

O facto de acompanhar o doente/família ao longo de todas as etapas da doença renal crónica, no meu contexto profissional, possibilita-me explorar todas as suas dimensões

(física, psicológica, social, cultural e económica), entender a sua narrativa e experiência, estabelecer uma relação terapêutica e, assim, prestar cuidados individualizados e centrados na pessoa. Isto é, evoluir a disciplina de Enfermagem em direção à prática de excelência tão ambicionada pelos profissionais de saúde, obter ganhos em saúde e responder às necessidades dos doentes de forma individual, holística e inclusiva.

Em suma, terminado este percurso formativo verifico a importância de analisar o processo de transição do doente renal crónico para HD e ter um papel ativo no mesmo, atingindo assim os objetivos estabelecidos e as competências inerentes à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Intervenção em Nefrologia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2008). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Formasau.
- Alligood, M. R. (2018). Nursing Theorists: and their work. Elsevier.
- ANNA (2017). Contemporary Nephrology Nursing. Sandra M. Bodin Editor.
- Antas, A., Lima, C., Lima, A., & Leite, K. (2016). Nursing action in the prevention and progression of nephropaty. Temas em Saúde.
- Azevedo, R., Silva, A. L., Silva, S., Santos, C. S., & Monteiro, M. (2011). Aspetos Psicossociais. Manual de hemodiálise para enfermeiros (281-294). Fresenius Medical Care Portugal.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto Editora.
- Bodin, S. M. (2017). Contemporary Nephrology Nursing. American Nephrology Nurses Association.
- Brykeznski, K. A. (2004). Patrícia Benner: De Principiante a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem, 185-201. Lusociência.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2010). Diagnósticos de Enfermagem - Aplicação à prática clínica. ARTMED EDITORA LTDA.
- Chamney, M. J. (2007). Competency framework. Sweden: EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. Millenium, 201-219. <http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium40/14.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 17/2011 de 28/09/2011. Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Direção Geral da Saúde.

- EDTNA/ERCA. (2007). Chronic Kidney Disease: A Guide to Clinical Practice (Stages 1-3). Journal of Chemical Information and Modeling. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Feroze, U., Martin, D., Reina-Patton, A., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2010). Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iranian journal of Kidney Diseases*, 173-180. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20622304>.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 33-38.
- Fleischer, S. & Franch, M. (2015). Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. *Revista de ciências sociais – política*. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/25251>.
- Fluck, R., & Kumwenda, M. (2011). Renal Association Clinical Practice Guideline on vascular access for haemodialysis. *Nephron Clinical Practice*, c225–c240. <https://doi.org/10.1159/000328071>.
- Francisco, J. J., Cuenca, F., Azaña, S., Torres, J., López, M. J., Castillo, J. A., & Duarte, J. L. (2012). Impact of incident comorbidity on functional loss in elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *CANNT Journal*, 25–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22558680>
- Frazão, C., Delgado, M., Araújo, M., Silva, F., Sá, J. & Lira, A. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Rev Rene*. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400018
- Fresenius Medical Care (2017). BCM - Body Composition Monitor Innovation for better outcome. Fresenius Medical Care. <https://5.imimg.com/data5/SJ/UA/MY-8488004/electrode-cable-bcm-m351351.pdf>

- Glasscock, R. J., Warnock, D. G., & Delanaye, P. (2017). The global burden of chronic kidney disease: estimates, variability and pitfalls. *Nature Reviews*, 104– 114. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2016.163>.
- International Society of Nephrology (2021). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney International*. International Society of Nephrology.
- Koerich, M. S., Machado, R. R. & Costa, E. (2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enfermagem*, 4(1), 106-110.
- Lok, C. E., Allon, M., Moist, L., Oliver, M. J, Shah, H., & Zimmerman, D. (2006). Risk equation determining unsuccessful cannulation events and failure to maturation in arteriovenous fistulas. *Journal of the American Society of Nephrology*, 3204–3212.
- MacRae, J. M., Dipchand, C., Oliver, M., Moist, L., Lok, C., Clark, E., Miller, L. M. (2016). Arteriovenous access failure, stenosis, and thrombosis. *Canadian Journal of Kidney Health & Diseases*. DOI: 2054358116669126.
- Marcelino, P., Marum, S., Caramelo, N., Alves, C., Dias, C., & Alves, I. (2006). Guia Prático para a Abordagem da Insuficiência Renal em Cuidados Intensivos. Lusociência.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 472–479. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042>
- Meleis, A, et al. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sc*, 12-28.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Molzahn, A. E., Bruce, A., & Sheilds, L. (2008). Learning from stories of people with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nurses' Association*, 72, 13–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18372759>

- National Kidney Foundation. (2006). Clinical practice guidelines for vascular access. American Journal Of Kidney Diseases: The Official Journal Of The National Kidney Foundation, S176–S247. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16813989&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Oliveira FA, Almeida ARLP, Mota TA, Costa JR, Andrade MS, Silva RS (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. Rev Esc Enferm USP. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à Pessoa Doente Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Health topics - Chronic diseases. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL), Quality of Life Research, 153-159. Organização Mundial de Saúde.
- Parisotto, M. & Pancirova, J. (2015). Acesso Vascular: Canulação e Cuidado. Manual de Boas Práticas de Enfermagem para a fistula arteriovenosa. https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for*

Evidence Synthesis, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global.https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>)

Ponce, P. (2020). Manual de Nefrologia. Lidel – Edições técnicas, Lda.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da república, 2ª série (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

Santos, L., Prado, B., Castro, F., Brito, R., Maciel, S., Avelar, T. (2018). Qualidade de vida em transplantados renais. Psico-USF, 163-17.

Seeley, R., Trent, S., & Tate, P. (2001). Anatomia & Fisiologia. Lusodidacta.

Sheridan, S. (2012). The need for a comprehensive foot care model. Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 397–400. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23094341&lang=p t-br&site=ehost-live>

Smeltzer, S. C. ., & Bare, B. G. (2005). Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Guanabara Koogan.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021). Portuguese registry of dialysis and transplantation 2020. In Encontro Renal, 35º Congresso Português de Nefrologia/ 35º Congresso APEDT. Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2022). Relatório Anual 2021. Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Sousa, Miguel (2009) – Técnicas Dialíticas em Cuidados Intensivos- Quais os desafios na actualidade?. Nephro's, 31- 37.

Tattersall, J., Dekker, F., Heimbürger, O., Jager, K. J., Lameire, N., Lindley, E., Zoccali, C. (2011). When to start dialysis: updated guidance following publication of the Initiating Dialysis Early and Late (IDEAL) study. Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication Of The European Dialysis And Transplant

Association - European Renal Association, 2082–2086.
<https://doi.org/10.1093/ndt/gfr168>.

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência, 2005.

Thomas, N.. (2019). *Renal Nursing: care and management of people with kidney disease*. Wiley-Blackwell.

Toombs, S., Barnard & D., Carson, R. (1995) *Chronic illness from experience to policy*. Indiana University Press.

Van Loon ,M., Kessels, A., Van der Sande, F., Tordoir. J, (2009) Cannulation and vascular access-related complications in hemodialysis: factors determining successful cannulation. *Hemodial Int Int Symp Home Hemodial*, 498–504.

Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., Rodrigues, E. (2020). RENA Study: cross-sectional study to evaluate CKD prevalence in Portugal. *Nephron*. 479-487.

Wilson, B., Harwood, L., & Thompson, B. (2009). Impact of single needle therapy in new chronic hemodialysis starts for individuals with arteriovenous fistulae. *The Journal of the Canadian Society of Nephrology*, 23–28.

Yeh, S. & Chou, H. (2007). Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*, 182-190.

Zoboli, E. (2012). Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*.

APÊNDICES

APÊNDICE I
CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Período de Ensino Clínico	2022					2023		
	Set	Out	Nov	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
	26.09.2022 a			07.11.2022 a		03.01.2023 a		13.02.2023 a
	04.11.2022			17.12.2022		10.02.2023		07.05.2023
Campo de Ensino Clínico	Clínica HD			Unidade HD Hospitalar		Unidade DP		Elaboração do Relatório de Ensino Clínico

APÊNDICE II
PLANO DE ATIVIDADES

Atividades previstas para a Clínica de HD

Objetivos	Competências Comuns (domínios)	Competências Específicas de HD	Atividades
- Compreender a dinâmica da HD no contexto de uma unidade periférica; - Entender o processo de transição para HD, desde a escolha da TSFR à adaptação à HD; - Explorar as adversidades de adesão e adaptação ao regime terapêutico em HD; - Averiguar as complicações da HD enquanto TSFR em contexto de clínica; - Verificar a qualidade dos cuidados no contexto em questão.	Responsabilidade profissional, ética e legal	2.1- Cuidado ao doente durante uma sessão de hemodiálise 2.3- Rever com o doente a eficácia do plano terapêutico estabelecido	- Compreender a prática profissional, ética e legal nos cuidados prestados; - Garantir uma prática profissional em equipa multidisciplinar; - Promover o autocuidado centrado na pessoa aquando a prestação de cuidados de enfermagem; - Compreender o processo de tomada de decisão para HD como escolha de TSFR.
	Melhoria contínua da qualidade	2.1- Cuidado ao doente durante uma sessão de hemodiálise 2.2- Monitorização do tratamento hemodialítico 2.3- Rever com o doente a eficácia do plano terapêutico estabelecido	- Analisar as práticas de enfermagem na clínica de HD; - Detetar intercorrências durante o tratamento perceber como resolver as mesmas; - Perceber barreiras e obstáculos na gestão do regime terapêutico; - Preparar a sessão de HD; - Realizar a sessão de HD; - Realizar educação para a saúde no âmbito do regime terapêutico (acesso vascular, regime dietético e hídrico, regime medicamentoso); - Incentivar adesão ao regime terapêutico;
	Gestão de cuidados	2.6- Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de HD	- Compreender a gestão da clínica de HD junto do enfermeiro responsável - Compreender as dotações seguras da clínica de HD - Compreender a continuidade de cuidados no contexto em questão
	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	2.6- Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de HD	- Reconhecer potencialidades e limitações com ajuda de um enfermeiro experiente na área; - Trabalhar conhecimentos teórico-práticos na prática de cuidados; - Construir um poster e/ou folheto para a unidade hospitalar de HD para apoio ao doente em indução hemodialítica;

Atividades previstas para a Unidade de HD Hospitalar

Objetivos	Competências Comuns (domínios)	Competências Específicas de HD	Atividades
- Compreender a dinâmica da HD no contexto de uma unidade central; - Entender o processo de transição para HD, desde a escolha da TSFR à adaptação à HD; - Explorar as adversidades de adesão e adaptação ao regime terapêutico em HD; - Averiguar as complicações da HD enquanto TSFR em contexto hospitalar; - Verificar a qualidade dos cuidados no contexto em questão.	Responsabilidade profissional, ética e legal	2.1- Cuidado ao doente durante uma sessão de hemodiálise 2.3- Rever com o doente a eficácia do plano terapêutico estabelecido	- Compreender a prática profissional, ética e legal nos cuidados prestados; - Garantir uma prática profissional em equipa multidisciplinar; - Promover o autocuidado centrado na pessoa aquando a prestação de cuidados de enfermagem; - Compreender o processo de tomada de decisão para HD como escolha de TSFR.
	Melhoria Contínua da qualidade	2.1- Cuidado ao doente durante uma sessão de hemodiálise 2.2- Monitorização do tratamento hemodialítico 2.3- Rever com o doente a eficácia do plano terapêutico estabelecido	- Analisar as práticas de enfermagem na unidade hospitalar de HD; - Detetar complicações durante o tratamento; - Perceber barreiras e obstáculos na gestão do regime terapêutico; - Realizar sessão de HD; - Preparar sessão de HD; - Realizar educação para a saúde no âmbito do regime terapêutico (acesso vasculat, regime dietético e hídrico, regime medicamentoso); - Incentivar adesão ao regime terapêutico;
	Gestão de Cuidados	2.6- Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de HD	- Compreender a gestão da unidade hospitalar de HD junto do enfermeiro responsável; - Compreender as dotações seguras da unidade hospitalar de HD; - Compreender a continuidade de cuidados no contexto em questão.
	Desenvolvimentos das aprendizagens profissionais	2.6- Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de HD	- Reconhecer potencialidades e limitações com ajuda de um enfermeiro experiente na área; - Trabalhar conhecimentos teórico-práticos na prática de cuidados; - Construir um poster e/ou folheto para a unidade hospitalar de HD para apoio ao doente em indução hemodialítica;

Atividades previstas para a Unidade de DP

Objetivos	Competências Comuns (domínios)	Competências Específicas de DP	Atividades
- Compreender a dinâmica da DP enquanto TSFR exequível e a sua respetiva manutenção; - Entender a escolha da DP enquanto TSFR; - Explorar as adversidades de adesão e adaptação ao regime terapêutico em DP; - Averiguar as complicações da DP enquanto TSFR; - Apoiar a transição de DP para HD; - Verificar a qualidade dos cuidados no contexto em questão.	Responsabilidade profissional, ética e legal	3.1- Apoio ao doente submetido a DP através de cuidados individualizados 3.6- Apoio ao doente em transição de DP para HD	- Compreender a prática profissional, ética e legal nos cuidados prestados; - Promover o autocuidado centrado na pessoa em DP aquando a prestação de cuidados de enfermagem; - Compreender o processo de tomada de TSFR através da consulta de opções de modalidades terapêuticas.
	Melhoria Contínua da qualidade	3.3- Cuidado ao doente em DP 3.4- Ensino ao doente em DP 3.6- Apoio ao doente em transição de DP para HD	- Diagnosticar as necessidades do doente em DP; - Perceber as dotações seguras nos cuidados prestados; - Adquirir conhecimentos relativos aos procedimentos da consulta de DP; - Perceber barreiras e obstáculos na gestão do regime terapêutico; - Participar no processo de ensino/treino do doente/família/cuidador na realização da técnica de DP manual ou automática e identificação de intercorrências no tratamento; - Executar educação para a saúde ao doente/família/cuidador na gestão do regime terapêutico (regime dietético e hídrico, regime medicamentoso, cuidados ao cateter);
	Gestão de Cuidados	3.7- Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de DP	- Compreender a gestão da unidade de DP junto dos enfermeiros da unidade; - Criar relação terapêutica com o doente/família/cuidador e relação interpessoal com a equipa de DP; - Compreender a organização dos cuidados e recursos necessários e participar ativamente na mesma; - Compreender a continuidade de cuidados no contexto em questão.
	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	3.7- Analisar o processo de liderança em enfermagem na unidade de DP	- Reconhecer potencialidades e limitações com ajuda de um enfermeiro experiente na área; - Trabalhar conhecimentos teórico-práticos na prática de cuidados; - Construir um poster e/ou folheto para a unidade de DP para apoio ao doente/família/cuidador em transição para TSFR;

APÊNDICE III

PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise

Lara Matos¹

(1- Estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Intervenção Nefrológica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Resumo

Objetivo: Mapear o conhecimento disponível e atual sobre o papel do enfermeiro na capacitação do doente renal crónico em transição para hemodiálise.

Introdução: Uma transição tem um curso singular para cada pessoa e, por vezes, as suas condicionantes levam a uma vulnerabilidade passível de transformar esse processo em algo negativo e doloroso. O dia-a-dia da DRC é caracterizado por perdas e mudanças intensas em todas as áreas da vida e limita o modo de viver devido às diversas complicações fisiológicas decorrentes da evolução da doença.

Crítérios de Inclusão: Esta scoping review foca no doente renal crónico em estadio 5, adulto e em transição inaugural para hemodiálise.

Metodologia: Nesta scoping review foi definida como estratégia de pesquisa mapear estudos primários publicados e não publicados (literatura cinzenta). Selecionou-se estudos no idiomas de português, inglês e espanhol e definiu-se como horizonte temporal um período de cinco anos desde janeiro de 2017 a maio de 2022, assim como a faixa etária do adulto e idoso. Foi realizada a pesquisa de conceitos naturais através da EBSCOhost, nas bases de dados Medline Complete e CINHALL Complete, para fixação das palavras chave e termos indexados adequadas a utilizar e posteriormente a pesquisa em cada uma das bases de dados individualmente. Por fim, analisou-se as palavras chave, títulos e resumos dos artigos para seleção dos artigos para leitura integral.

Palavras-chave: chronic kidney failure; transitional care; renal replacement therapy; continuity patient care; dialysis

Introdução

Ser doente renal crónico implica repensar todo o estilo de vida e obriga a passagem por um processo de mudança e transição. A HD é a TSFR mais utilizada, sendo aquela que acarreta maior dependência e exigências a nível terapêutico, hídrico e dietético para além de mais recorrências aos serviços de saúde e consequentemente com elevado consumo de recursos altamente especializados e custos financeiros elevados (Oliveira et al, 2020).

Os doentes sob HD podem viver cerca de 25 a 30 anos, embora a esperança média de vida fique ainda muito aquém das expectativas. Esta oferece anos de vida, mas não a cura para a falência renal. Nos doentes mais idosos devido à maior prevalência de diversas comorbilidades com impacto no prognóstico, a sobrevida é ainda menor face à população geral com a mesma idade (DGS, 2012).

Dado isto, torna-se imperativo a adaptação ao tratamento dialítico possivelmente, pois o diagnóstico e tratamento da DRC levam a um processo de consideráveis mudanças na vida de uma pessoa antes considerada saudável, isto é, transformações significativas intituladas de processo de transição (Oliveira et al., 2020).

Em suma, a doença crónica, como a DRC, persiste ao longo do tempo e não desaparece. Não é um simples episódio discreto na vida da pessoa, mas uma questão permanente nesta

Segundo Fleisher e Franch (2015), envolve pensarmos num conjunto de relações de longa duração que vão sendo estabelecidas ao longo do tempo: com a doença, com os profissionais de saúde, com as redes de serviços, cuidados e cuidadores, com os medicamentos, etc. Dessa forma, o enfermeiro afirma-se como elemento fulcral em no ensino, apoio e suporte da pessoa vulnerável e em processo de saúde-doença de forma contínua até ao final da sua vida.

Metodologia

Para o estudo associado a este projeto será utilizada como metodologia de investigação uma revisão da literatura do tipo *scoping*, de forma a responder à questão de investigação proposta.

A revisão *scoping* pode ser utilizada para mapear os conceitos-chave que suportam o tema de estudo (Aromataris & Munn, 2020). Esta aplica princípios sistemáticos para revisão da literatura com os propósitos de: examinar a extensão, alcance e *scoping* da atividade de pesquisa; abordar uma questão ampla de revisão; incluir toda a pesquisa disponível, independentemente do desenho do estudo; fornecer uma descrição das evidências disponíveis sem avaliar a qualidade dos estudos revistos (Tricco et al. 2016, citado por Aromataris et al., 2020). Desta maneira, segue-se um protocolo de revisão *scoping*, que de acordo com as recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) permitirá definir os objetivos e a metodologia a utilizar na revisão *scoping* (Apêndice II).

CrITÉRIOS de Inclusão

Os **crITÉRIOS de inclusÃO** enunciados decorrem através da mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), de forma a definir as características das fontes a incluir nesta revisão **scoping**:

População: Doente Renal Crónico em Estadio 5, Adulto;

Conceito: Transição inaugural para hemodiálise

Contexto: Hemodiálise

Como **crITÉRIOS de exclusão** temos os estudos com doentes sem diagnóstico de DRC estadio 5, que tenham menos de 18 anos e que o contexto não seja a HD.

Estratégia de Pesquisa

Na realização deste protocolo de revisão *scoping*, os objetivos delineados foram identificar os estudos que demonstrem o papel do enfermeiro na capacitação do doente renal crónico em transição para hemodiálise e mapear os resultados obtidos nos estudos identificados. Como tal, foi definida como estratégia de pesquisa mapear estudos primários e secundários publicados e não publicados (literatura cinzenta). Selecionou-se estudos no idiomas de português, inglês e espanhol e definiu-se como horizonte temporal um período de cinco anos desde janeiro de 2017 a maio de 2022, assim como a faixa etária do adulto e idoso.

1ª Etapa - Pesquisa de conceitos naturais através da EBSCOhost, nas bases de dados *Medline Complete* e *CINHAL Complete*, para fixação das palavras chave e termos indexados adequadas a utilizar;

2ª Etapa- Pesquisa em cada uma das bases de dados escolhidas com as palavras chave e termos indexados estabelecidos;

3ª Etapa- Análise das palavras chave, títulos e resumos dos artigos para seleção dos artigos para leitura integral. Adicionalmente foi concretizada uma pesquisa livre de artigos complementares da temática em estudo.

As palavras chave utilizadas foram chronic kidney failure; transitional care; renal replacement therapy; continuity patient care; dialysis. Nos artigos encontrados não são explícitas as intervenções do enfermeiro na transição do doente renal crónico para hemodiálise, mas sim uma base dos fatores inerentes à transição e o que é necessário para a sua ocorrência de forma

linear, gradual e bem sucedida e a partir daí estabelecer o papel do enfermeiro na capacitação da pessoa.

	Linguagem	Linguagem Indexada	
	Natural	Medline Complete	CINHAL Complete
População	Adulto, Doente Renal Crónico	<i>“Kidney Failure, Chronic”</i>	<i>“Kidney Failure, Chronic”</i>
Conceito	Transição inaugural para Hemodiálise	<i>“Transitional Care Renal”</i> <i>“Replacement Therapy”</i> <i>“Continuity Patient Care”</i>	<i>“Transitional Care Renal”</i> <i>“Replacement Therapy”</i> <i>“Continuity Patient Care”</i>
Contexto	Hemodiálise	<i>“Dialysis”</i>	<i>“Dialysis”</i>

Quadro 1- Termos de Linguagem Natural e Indexada

Deste modo, de acordo com a estratégia de pesquisa explanada foram encontrados os seguintes resultados que se apresentam nas respectivas tabelas de acordo com a base de dados em questão.

Tabela 1- CINAHL Complete

Dos 67 artigos obtidos, após análise do título e background foram extraídos 3 artigos para análise.

População		Conceito		Contexto	
Termo de Indexação	Resultado da Pesquisa	Termo de Indexação	Resultado da Pesquisa	Termo de Indexação	Resultado da Pesquisa
<i>Kidney Failure, Chronic</i>	→ 30,358	<i>Transitional Care</i> <i>Renal Replacement Therapy</i> <i>Continuity Patient Care</i> AND	→4,207 OR →5,691 OR →16,478 = 25,632	<i>Dialysis</i> AND	→34, 841 = 67

Tabela 2- Medline Complete

População		Conceito		Contexto	
Termo de Indexação	Resultado da Pesquisa	Termo de Indexação	Resultado da Pesquisa	Termo de Indexação	Resultado da Pesquisa
<i>Kidney Failure, Chronic</i>	→ 123,924	<i>Transitional Care</i> <i>Renal Replacement Therapy</i> <i>Continuity Patient Care</i> AND	→8,452 OR →18,867 OR →20,878 = 47,303	<i>Dialysis</i> AND	→204,152 = 347

Dos **347** artigos obtidos, após análise do título e background foram extraídos **12** artigos para análise.

Concomitantemente, foi elaborada uma pesquisa livre com a obtenção de **7** artigos para análise. A estratégia de pesquisa utilizada permitiu selecionar os mesmos **7** artigos para serem analisados na revisão *scoping*.

Extração de Dados

Seguindo as recomendações do JBI, os resultados da revisão *scoping* serão apresentados em tabela, facilitadora do mapeamento dos dados extraídos. Nesta constarão detalhes específicos sobre os estudos (autor, ano, país, título e nível de evidência) e um sumário dos resultados apresentados em cada estudo.

Adicionalmente, a informação será completada com um resumo narrativo que inclua a discussão dos resultados e as conclusões ligadas aos objetivos e questão de investigação inicialmente estabelecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R. (Editor). (2018). Nursing Theorists: and their work. (9 th ed). Missouri: Elsevier;

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora;

Bodin, S. M. (Ed.). (2017). Contemporary Nephrology Nursing. (3rd ed.). New jersey: American Nephrology Nurses Association;

Brykeznski, K. A. (2004). Patrícia Benner: De Principiante a perito. IN A. M. Tomey & M. R. Alligood, Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (185-201). Loures: Lusociência;

Chamney, M. J. (2007). Competency framework. Sweden: EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association;

Direção-Geral da Saúde (2012). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 17/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 14/06/2012). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Lisboa: DGS;

Fleischer, S. & Franch, M. (2015). Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. Revista de ciências sociais - política; trabalho, 1(42). Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/25251>

ISN. (2021). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. Kidney International. Vol 99 (3S). International Society of Nephrology

Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company

Oliveira FA, Almeida ARLP, Mota TA, Costa JR, Andrade MS, Silva RS (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03581. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>

Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à Pessoa Doente Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>)

Ponce, P. (Coord.). (2020). Manual de Nefrologia. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da república, 2ª série (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>;

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021, Outubro). Portuguese registry of dialysis and transplantation 2020. In Encontro Renal, 35º Congresso Português de Nefrologia/ 35º Congresso APEDT. SPN, Edição Virtual;

Thomas, N. (Ed.). (2019). Renal Nursing: care and management of people with kidney disease. (5th ed.). Hoboken: Wiley-Blackwell;

Toombs, S., Barnard & D., Carson, R. (1995) Chronic illness from experience to policy. Bloomington: Indiana University Press

Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R. ... Rodrigues, E. (2020). RENA Study: cross-sectional study to evaluate CKD prevalence in Portugal. *Nephron*. 144, 479-487.

APÊNDICE IV
EXTRAÇÃO DE DADOS

	Título Autor Periódico Ano	Objetivos	Metodologia	Participantes e Contexto	Análise e Tratamento de Dados	Resultados e Conclusões
4B	<i>DEPRESSION, ANXIETY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONGST PATIENTS WHO ARE STARTING DIALYSIS TREATMENT</i> Ana Rebollo Rubio, Jose Miguel Morales Asencio, Ma Eugenia Pons Raventos Journal of Renal Care 2017	Analisar o HRQL e o status psicológico (ansiedade e depressão) no início da TSFR	Estudo transversal observacional Questionários	Amostra de 152 doentes em indução de TSFR numa clínica de HD em Málaga.	Análise estatística das respostas dos questionários	Cerca de 30% dos doentes experiencia, depressão e ansiedade aquando a indução dialítica e estas condições afetam tanto a componente física como emocional. Os índices de qualidade de vida destes doentes em comparação ao momento pré dialítico e doentes já em programa regular de hemodiálise são bastante alterados. Desta forma, é imperativo a atenção no cuidado a estes doentes durante as primeiras semanas após a indução dialítica. Uma avaliação metódica, rigorosa e compreensiva deve ser conduzida como parte do cuidado ao doente pré dialítico e estados de depressão e ansiedade devem ser endereçados inicialmente. Adicionalmente intervenções que assegurem suporte social como o envolvimento família e a educação em aspetos emocionais devem ser incluídas na consulta de opções pelos enfermeiros, de forma a aumentar os benefícios do início da TSFR e o processo de transição adequado e eficaz que tem inerente estas questões referidas.

4D	HOW PERCEIVED FEELINGS OF "WELLNESS" INFLUENCE THE DECISION-MAKING OF PEOPLE WITH PREDIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE Sandra Campbell-Crofts, Glenn Stewart 2017	Identificar os significados subjetivos do doente renal crónico aquando a decisão de transição para uma TSFR.	Estudo transversal observacional Entrevistas Semiestruturadas	Amostra de conveniência de 12 doentes em estadios 3B a 5 que frequentavam duas clínicas de pré-diálise em Sidney, Austrália.	Análise pelo método de iteração em três fases distintas.	As pessoas que vivem com o diagnóstico de DRC em estadio 5 são confrontadas com uma variedade de decisões complexas relacionadas com a saúde, sobre as quais têm pouca experiência de vida. As decisões de aceitar a TSFR são, na melhor das hipóteses, provisórias devido à crença equivocada de que a perspectiva de realmente precisar da TSFR é improvável ou pelo menos desnecessária até a um futuro longínquo. No entanto, a informação oferecida pelos médicos é altamente valorizada, assim como a oportunidade para o indivíduo escolher a modalidade que melhor se adapta às suas necessidades e valores pessoais (integral à noção de autonomia pessoal e autocuidado). Em última análise, o fator que detém o maior significado é a avaliação subjetiva do indivíduo sobre seu nível de bem-estar. A implicação deste estudo é que apenas no caso de o estado de saúde de alguém se tornar extremamente comprometido em algum momento no futuro, o doente consideraria uma terapia tão invasiva. Isso destaca a importância de reconhecer as percepções dos doentes sobre os seus sentimentos de bem-estar e garantir que eles tenham oportunidades amplas e contínuas de se envolver ativamente em todos os aspetos da sua educação e gestão da DRC.
----	---	---	---	---	---	--

4B	<i>COPING WITH KIDNEY DISEASE – QUALITATIVE FINDINGS FROM THE EMPOWERING PATIENTS ON CHOICES FOR RENAL REPLACEMENT THERAPY (EPOCH-RRT) STUDY</i> Lalita Subramanian, Martha Quinn, Junhui Zhao, Laurie Lachance, Jarcy Zee and Francesca Tentori 2017	Desenvolver um suporte à tomada de decisão aquando a transição para TSFR.	Estudo transversal observacional Entrevistas Semiestruturadas	Amostra de 181 participantes recrutados através da internet, redes sociais e em pessoa por uma equipa de assistentes pessoais em unidades e clínicas de HD no Michigan, EUA.	Análise através de um programa de melhoria contínua dos cuidados.	A insuficiência renal tem um sério impacto na vida dos doentes, tendo estes de lidar com stress físico, psicossocial e financeiro a longo prazo. Os doentes descrevem a forma como lidam com estes stressores e a análise destas respostas sublinham as complexas e reativas estratégias de coping que os doentes adotam nas variáveis exigências em diferentes estadios da doença e as opções de tratamento. Este estudo ilumina como a perceção da experiência vivida dos doentes renais crónicos pode empoderar outros com estratégias que encaixam nas suas necessidades individuais com o conhecimento de que estas já foram eficazes noutras situações. Entretanto, perceber tudo isto pode melhorar o apoio específico dado por sistemas de saúde e seus profissionais, de forma a que os doentes consigam lidar da melhor forma com os desafios de viver com doença renal crónica.
4D	<i>THE PROCESS OF TRANSITION TO HEMODIALYSIS: A GROUNDED THEORY RESEARCH</i> Parkhideh Hassani, Masoumeh Otaghi, Mansoureh Zagheri-Tafreshi, Alireza Nikbakht-Nasrabad 2017	Explorar o processo de transição para HD	Qualitativo: Grounded Theory Entrevistas Semiestruturadas	Amostra de 24 doentes, selecionada de forma intencional e teórica até a saturação dos dados, referenciados aos hospitais da Universidade de Ciências Médicas de Shahid Behesti no Irão	Análise de dados feita simultaneamente com a colheita de dados em três níveis de codificação aberta, axial e seletiva segundo o método de Strauss e Corbin (1998),	Na transição para hemodiálise é importante identificar o processo, fatores eficazes, assim como estratégias de gestão, de forma a levar a um cuidado mais especializado a estes doentes, intervenções de enfermagem apropriadas e a programas de ensino de preparação de doentes e respetivas famílias durante o processo de transição para hemodiálise. Conhecimento sobre este último, ajuda a informar e empoderar enfermeiros no reconhecimento das necessidades dos doentes em indução de hemodiálise e a cuidar deles neste processo. Adicionalmente, o aumento do conhecimento de enfermeiros gestores leva a um maior apoio do cuidado e de programas de educação para a saúde, os quais eficazes no processo de transição para hemodiálise, em conjunto com uma supervisão mais cuidada do doente- intervenção de enfermagem centrada na pessoa.

3E	PATIENT PERSPECTIVES ON THE OPTIMAL START OF RENAL REPLACEMENT THERAPY Shayna L. Henry, Corrine Munoz-Plaza, Jazmine Garcia Delgadillo, Nichole K. Mihara, Mark P. Rutkowski 2017	Caracterizar as experiências dos doentes em indução de TSFR	Qualitativo Entrevistas Semiestruturadas	Amostra de 168 doentes em estágio 5 em pré-indução de TSFR abordados pelo programa Kaiser Permanente na Califórnia, EUA.	Análise através de um programa de software e abordagem com metodologias dedutivas e indutivas.	A maioria dos doentes que transitaram para hemodiálise aceitaram este facto por motivos de sobrevivência, tendo preocupações acerca da sua qualidade de vida e dos domínios de controlo pessoal. Para além da experiência de um novo encargo, existem diferenças no distress emocional e qualidade de vida, que requerem um novo ajuste ao impacto psicológico da doença incluindo mudanças na autoimagem, relações sociais e empregabilidade. Desta forma, é importante explorar o quadro de referência do doente e perceber as razões da transição. Estas representações refletem-se depois nos <i>outcomes</i> do doente em hemodiálise. Existe a expressão de perda dos doentes como sinal da necessidade de apoio psicológico durante o processo de transição para um coping mais facilitado. Um follow-up psicossocial adaptado (como terapia cognitiva e comportamental) melhoram significativamente a depressão, qualidade de vida e adesão terapêutica. Estas poderão também empoderar os doentes ao negociarem o impacto físico e emocional da transição. Para além do mais, estas intervenções podem apoiar os doentes na gestão de questões de ansiedade e auto-estima. Contudo, esta abordagem requer perceber o quadro de referência do doente e os significados inerentes à transição, de forma a planear e gerir transições através de discussão regular com o doente e cuidadores. Estas discussões devem-se focar, para além da otimização da sobrevivência do doente, na experiência e definição pessoal do doente relativamente ao que a uma transição saudável diz respeito. A decisão de iniciar hemodiálise deve incorporar uma decisão partilhada, promovendo a autonomia do doente e ajudando a uma decisão informada.
----	---	--	--	---	---	--

5A	TRANSITIONS OF CARE MANAGEMENT IN CKD: CRITICAL THINKING AND IMPROVING STRATEGIES Isabel M Correia, Anabela S. 2018	Identificar os principais desafios nestes processos de transição, sensibilizando as áreas com necessidade de melhoria no atendimento ao doente e alcançar uma saúde mais abrangente e adequada gerenciamento do que um foco limitado na modalidade de tratamento da DRC.	Revisão sistemática da literatura			As transições no decorrer da doença renal crónica são períodos de grande vulnerabilidade, onde decisões críticas são tomadas e uma propensão elevada para <i>outcomes</i> pobre existe. Este facto deve ser contrariado através da antecipação do cuidado na transição. O tempo de referência e o <i>follow up</i> do nefrologista são fundamentais para reduzir a dificuldade em prever o início da TSFR. Existe também um importante papel do médico responsável no <i>follow up</i> do doente e respetivo ensino. A realidade da gestão da doença renal crónica é muitas vezes um cuidado desagregado com consequências no <i>follow up</i> do doente e qualidade de vida. Investir em programas de transição com equipas multidisciplinares e a coordenação do cuidado são fundamentais para ultrapassar essa dificuldade. A escolha de um elemento da equipa de saúde central, como um enfermeiro capaz de gerir a doença e a quem o doente seria atribuído, seria uma estratégia para a melhoria de <i>outcomes</i>. Este centralizador do cuidado iria gerir os requisitos da gestão da doença, estabelecer uma rede de comunicação entre diferentes médicos, vigiar o doente, promover adesão terapêutica e educar para futuras transições, evitando duplicação de procedimentos desnecessários. É essencial transmitir aos doentes perspetivas realistas da trajetória de tratamento, as quais focadas no planeamento de transições de tratamento, de forma a que o doente possa ter o seu processo de preparação e aceitação. Esta revisão dá ênfase às frequentes deficiências documentadas acerca dos vários períodos de transição da DRC, reconhecendo implicações clínicas, psicossociais e económicas. A pressão dos serviços de saúde na sustentabilidade económica é o motor para melhores soluções de gestão. Os desafios são vastos e as respostas não serão imediatas, mas em cada unidade, em cada processo, é importante começar, rever, otimizar e cada passo pode significar a mudança que é desejada.
----	--	--	-----------------------------------	--	--	---

4D	O PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA EM PACIENTES RENAI CRÓNICOS: CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM Francieli Aparecida de Oliveira, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida, Thaciane Alves Mota, Joice Requião Costa, Magna Santos Andrade, Rudval Souza da Silva 2020	Identificar as condições facilitadoras e dificultadoras do processo de transição saúde/doença num grupo de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico com base no referencial teórico da Teoria das Transições.	Estudo descritivo observacional Entrevistas Semiestruturadas	Amostra de 25 doentes selecionados por conveniência na Clínica de Nefrologia localizada na Região Piemonte Norte do Itapicuru, Brasil.	Análise e discussão dos dados com a técnica de análise de conteúdo e usada como metodologia.	Identificam-se as condições facilitadoras e dificultadoras do processo de transição saúde/doença nos doentes com o diagnóstico de DRC e, com base na Teoria da Transição categoriza-se os resultados e as principais evidências das transições de acordo com as dimensões pessoal, comunitária e social. Predominam condicionantes dificultadores na dimensão pessoal, facilitadores com relação a dimensão comunitária e no que toca a dimensão social os condicionantes foram equânimes. É possível concluir que o processo de transição vivido pelos pacientes com DRC é complexo e tem padrão múltiplo e simultâneo, o que proporciona melhor compreensão e percepção das experiências de transição destes. O conhecimento sobre estas condicionantes permite compreender como estes doentes percebem a sua transição e o que os impede de seguir para uma transição saudável, de modo a subsidiar o enfermeiro no pensamento crítico ao realizar o processo de enfermagem, facilitando o planejamento da assistência na seleção das Intervenções de Enfermagem.
----	--	--	--	---	---	---

APÊNDICE V

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Artigo	A Transição do Doente Renal Crónico para Hemodiálise
DEPRESSION, ANXIETY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONGST PATIENTS WHO ARE STARTING DIALYSIS TREATMENT Ana Rebollo Rubio, Jose Miguel Morales Asencio, Ma Eugenia Pons Raventos Journal of Renal Care 2017	• A depressão e ansiedade como condicionantes inibidoras do processo de transição para HD.; • Intervenções como o envolvimento da família para suporte social e educação para a saúde para gestão emocional.
HOW PERCEIVED FEELINGS OF “WELLNESS” INFLUENCE THE DECISION-MAKING OF PEOPLE WITH PREDIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE Sandra Campbell-Crofts, Glenn Stewart 2017	• Condicionantes inibidoras (medo, ansiedade, incerteza, significado de “bem estar”) e facilitadoras (educação para a saúde relativamente à TSFR) do processo de transição para HD; • Intervenções como educação para a saúde, empoderamento do doente na tomada de decisão e discussão de perceções do doente aquando o processo de transição.

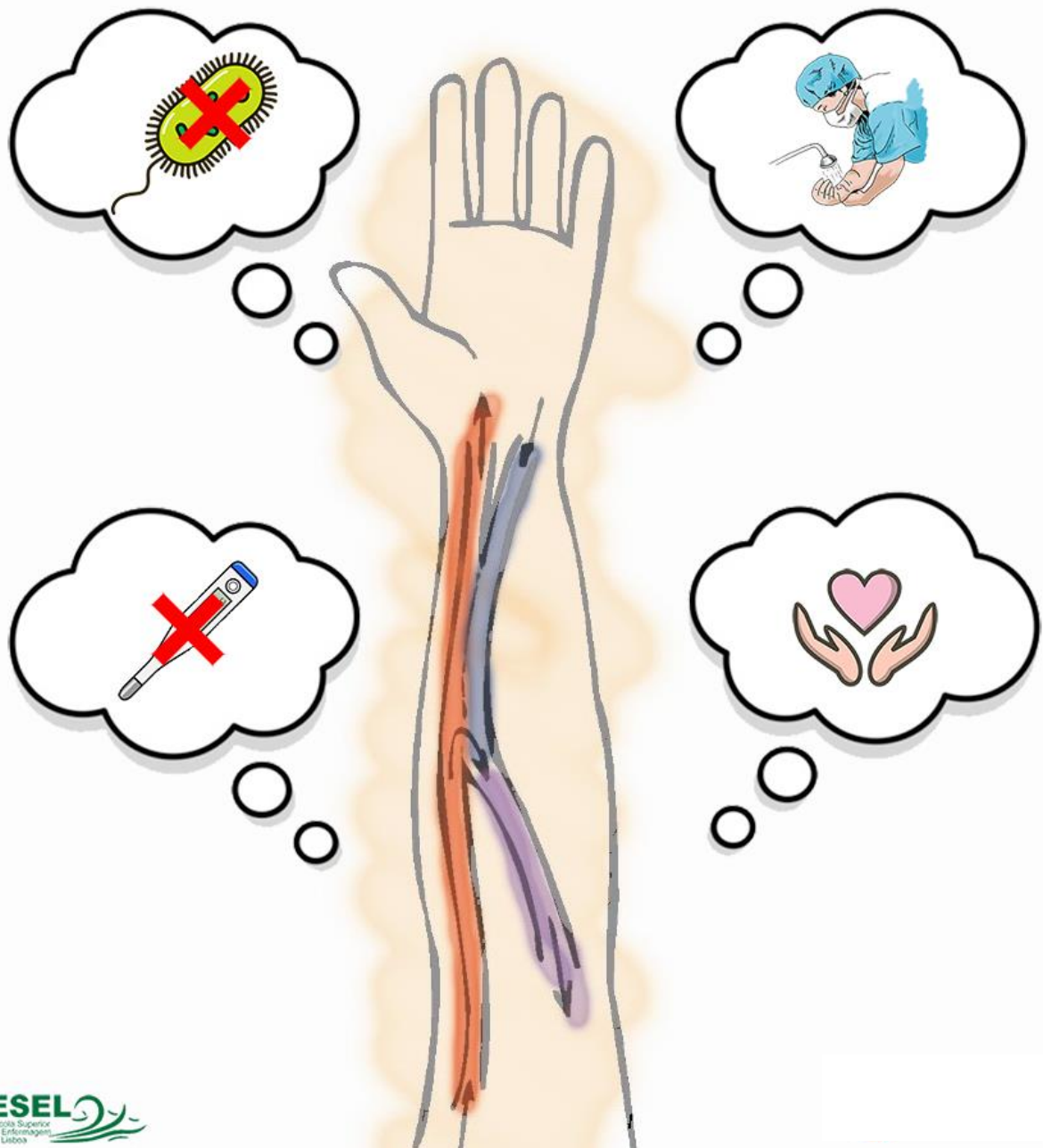
<i>COPING WITH KIDNEY DISEASE – QUALITATIVE FINDINGS FROM THE EMPOWERING PATIENTS ON CHOICES FOR RENAL REPLACEMENT THERAPY (EPOCH-RRT) STUDY</i> Lalita Subramanian, Martha Quinn, Junhui Zhao, Laurie Lachance, Jarcy Zee and Francesca Tentori 2017	• Condicionantes inibidoras (restrições hídricas, dietéticas e de deslocação, perda de controlo, dependência de outros, estigma social, depressão, fadiga, problemas financeiros, impacto laboral e social) e facilitadoras (suporte social a nível emocional) do processo de transição para HD;
<i>THE PROCESS OF TRANSITION TO HEMODIALYSIS: A GROUNDED THEORY RESEARCH</i> Parkhideh Hassani, Masoumeh Otaghi, Mansoureh Zagheri-Tafreshi, Alireza Nikbakht-Nasrabad 2017	• Condicionantes inibidoras (fatores pessoais-características pessoais, experiências prévias, fatores de risco; fatores sociais- falta de apoio da equipa de saúde, falta de colaboração da família e amigos, falta de apoio da comunidade e de interação com outros doentes; fatores económicos- rendimentos insuficientes, custos pessoais e médicos associados à HD) e facilitadoras (fatores pessoais-características físicas, mentais, sociais e espirituais; fatores sociais- apoio da equipa de saúde, colaboração da família e amigos, apoio da comunidade e interação com outros doentes) do processo de transição para HD; • Trajetória do processo de transição para HD (saudável vs. não saudável); • Intervenção a nível do aumento dos apoios, dos programas de educação para a saúde e da supervisão centrada no doente.
<i>PATIENT PERSPECTIVES ON THE OPTIMAL START OF RENAL REPLACEMENT THERAPY</i> Shayna L. Henry, Corrine Munoz-Plaza, Jazmine Garcia Delgadillo, Nichole K. Mihara, Mark P. Rutkowski 2017	• Condicionantes inibidoras (medo, ambivalência, perda da “vida normal”, restrições e limitações implicadas pela TSFR) e facilitadoras (preparação prévia e durante o processo de transição a nível educacional e emocional) do processo de transição para HD;

TRANSITIONS OF CARE MANAGEMENT IN CKD: CRITICAL THINKING AND IMPROVING STRATEGIES Isabel M Correia, Anabela S. 2018	• Condicionantes inibidoras do processo de transição para HD (referenciação e diagnóstico tardio, insuficiências no processo de consentimento informado, falta de um planeamento adequado da transição, complicações associadas com a maior taxa de CVC na indução em HD, risco de mortalidade nos doentes mais idosos e com co morbilidades, falta ou escassez de apoio social e familiar, impacto cognitivo, hemodinâmico e funcional da HD); • Intervenções sugeridas para endereçar as condicionantes inibidoras referidas (apoio da equipa multidisciplinar e promoção da gestão adequada da doença; cuidado coordenado; inclusão de um elemento na equipa de saúde, tal como um enfermeiro, para educação para a saúde; apoio psicológico).
O PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA EM PACIENTES RENAI CRÓNICOS: CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM Francieli Aparecida de Oliveira, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida, Thaciane Alves Mota, Joice Requião Costa, Magna Santos Andrade, Rudval Souza da Silva 2020	• Condicionantes inibidoras (pessoais: desespero, tristeza, choque/pânico, medo, raiva, negação, omissão, pavor, abandono de si, perda de independência, dependência financeira, desconhecimento, desejo de morrer, tentativa de suicídio; comunitárias: rejeição/abandono por familiares e amigos, sentir-se um fardo, distanciamento do convívio familiar e comunitário; e sociais: sentimentos de impotência, perda da autonomia, incapacidade laboral) e facilitadoras (pessoais: autoaceitação, crença religiosa, confronto, choro, resiliência; comunitárias: sentir-se cuidado/amado, aproximação/cuidado familiar, apoio familiar na tomada de decisão, rede de amigos, religião, tratamento HD; e sociais: equipa de enfermagem, escuta ativa, orientações e informações/esclarecimentos, atividades coletivas de educação para a saúde) do processo de transição para HD.

APÊNDICE VI

POSTER “SENSIBILIZAÇÃO PARA A HIGIENIZAÇÃO DO MEMBRO COM ACESSO VASCULAR”

Higienizar para Cuidar





Rentabilize o seu
tempo de espera



Traga roupa larga
e de fácil acesso



Peça ao enfermeiro
ou auxiliar por ajuda,
se necessitar

Mesmo tomando banho diário é importante a higienização do membro com movimentos circulares e sabão neutro para remoção de microorganismos presentes na pele, por isso...

**Higienize o
membro do acesso
vascular antes do
tratamento!**



APÊNDICE VII

**APRESENTAÇÃO DO TEMA “A TRANSIÇÃO DO DOENTE RENAL CRÓNICO PARA
HEMODIÁLISE”**

13º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de intervenção
em Enfermagem Nefrológica

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

A Transição para Hemodiálise

Enfª. Lara Matos

Professora
Eulália Novais

Dezembro, 2022



Índice

01

Introdução

02

A Teoria das
Transições

03

A Transição para
Hemodiálise

04

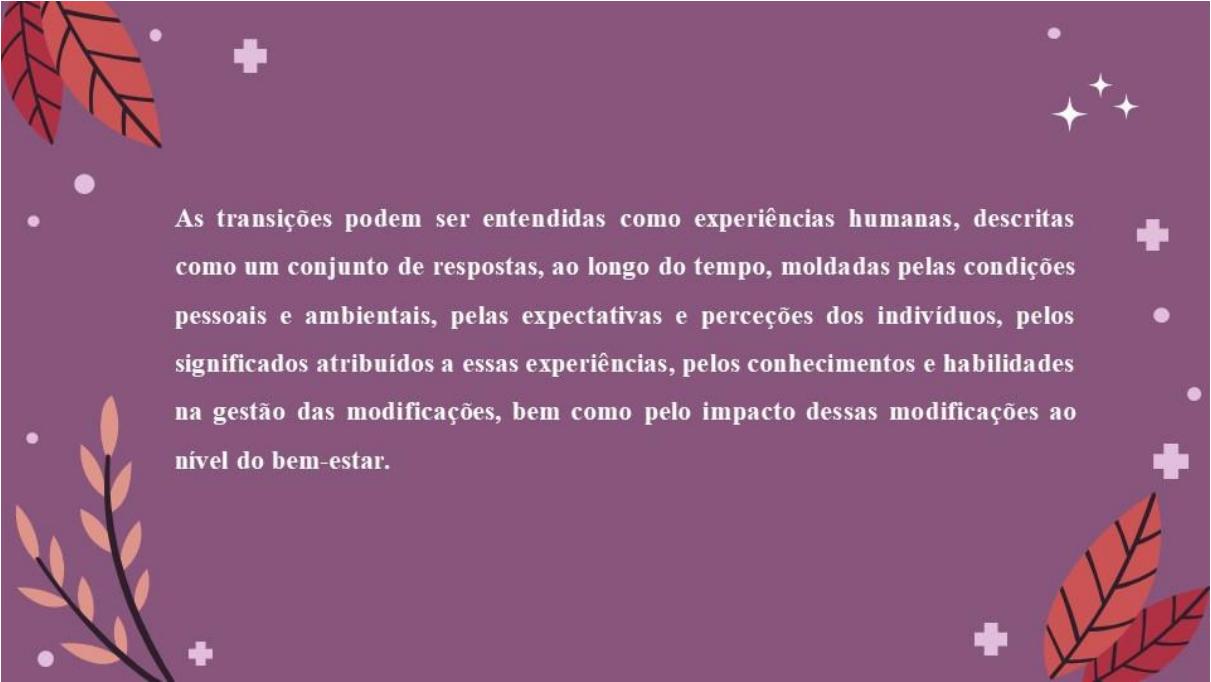
O Papel do Enfermeiro
na Transição



De acordo com a OE (2020) a transição do doente renal crónico para uma TSFR deve ser acompanhada de uma tomada de decisão esclarecida e informada.

Os enfermeiros devem prestar cuidados «*ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*», promovendo neste a autonomia e independência no autocuidado.

This slide has a purple background with red autumn leaves in the corners, small white plus signs, and white starbursts. On the right side, there is an illustration of a red kidney with its associated vessels, held gently in an open, light-skinned hand. The text is positioned on the left side of the slide.

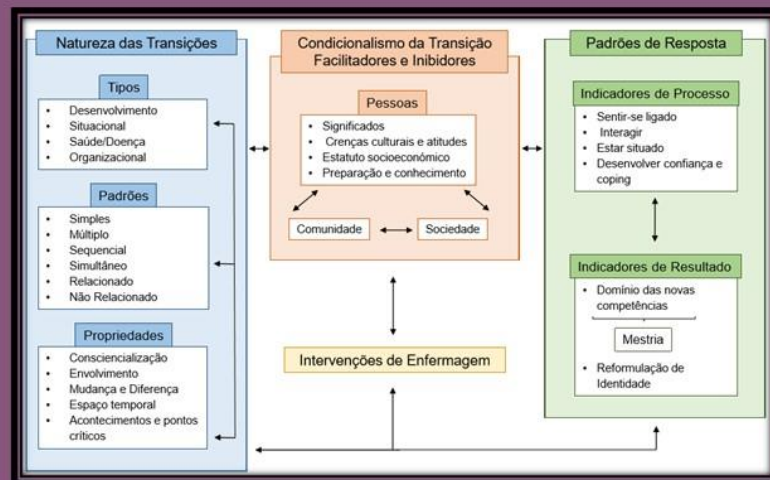


As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como um conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto dessas modificações ao nível do bem-estar.



A Teoria das Transições

Meleis (2010)





Uma transição tem um curso singular para cada pessoa e, por vezes, as suas condicionantes levam a uma vulnerabilidade passível de transformar esse processo em algo negativo e doloroso. O dia-a-dia da DRC é caracterizado por perdas e mudanças intensas em todas as áreas da vida e limita o modo de viver devido às diversas complicações fisiológicas decorrentes da evolução da doença.

O enfermeiro ao desempenhar um papel na educação para a saúde, na sensibilização dos seus pares e de outros profissionais de saúde, no desenvolvimento de estratégias educativas e promotoras da saúde na DRC, torna-se fundamental no processo de transição do doente renal crónico para HD.





Indução em HD

Perda de
Independência

Conciliação com estilo de vida, sentimento de perda de controle (restrições), dependência de outros, mudanças do estado de saúde e funcional

Medo, Ansiedade,
Depressão

Referências prévias (sentença de morte), dor/ desconforto, agulhas, sangue e aparência física, estigma social

Fadiga

Tratamento de 4h, 3x semana e extenuante fisicamente, "fardo" financeiro e de terapêutica

Papel do Enfermeiro

Suporte
Social

Suporte
Familiar

Educação para a
Saúde

Preparação e decisão de HD
Promoção da autonomia e tomada de
decisão (percepções)

O enfermeiro é o pilar do
cuidado holístico e
centrado na pessoa!



Obrigada!



Referências Bibliográficas

Alligood, M. R. (Editor). (2018). Nursing Theorists: and their work. (9 th ed). Missouri: Elsevier;

Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>;

Benner, P. (2001). De Iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora;

Bodin, S. M. (Ed.). (2017). Contemporary Nephrology Nursing. (3rd ed.). Newjersey: American Nephrology Nurses Association;

Brykeznski, K. A. (2004). Patrícia Benner: De Principiante a perito. IN A. M. Toney & M. R. Alligood, Excelência e poder na prática clínica de enfermagem(185-201). Loures: Lusociência;

Chamney, M. J. (2007). Competency framework. Sweden: EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association;

Direção-Geral da Saúde (2012). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 17/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 14/06/2012). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Lisboa: DGS;

Fleischer, S. & Franch, M. (2015). Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. Revista de ciências sociais - política; trabalho, 1(42). Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/25251>

ISN. (2021). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. Kidney International. Vol 99 (3S). International Society of Nephrology

Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company

Referências Bibliográficas

Oliveira FA, Almeida ARLP, Mota TA, Costa JR, Andrade MS, Silva RS (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03581. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>

Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à Pessoa Doente Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Ponce, P. (Coord.). (2020). Manual de Nefrologia. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da república, 2ª série (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>;

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021, Outubro). Portuguese registry of dialysis and transplantation 2020. In Encontro Renal, 35º Congresso Português de Nefrologia/ 35º Congresso APEDT. SPN, Edição Virtual;

Thomas, N. (Ed.). (2019). Renal Nursing: care and management of people with kidney disease. (5th ed.). Hoboken: Wiley-Blackwell;

Toombs, S., Barnard & D., Carson, R. (1995) Chronic illness from experience to policy. Bloomington: Indiana University Press

Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R. ... Rodrigues, E. (2020). RENA Study: cross-sectional study to evaluate CKD prevalence in Portugal. Nephron. 144, 479-487.

APÊNDICE VIII

REVISÃO DA LITERATURA “ A TRANSIÇÃO DE DP PARA HD”

A Transição do Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal para Hemodiálise

A doença renal crónica (DRC) é um importante problema de saúde pública, com uma prevalência crescente, custos e *outcomes* clínicos negativos como a diminuição da qualidade de vida, a progressão para a insuficiência renal terminal e aumento da mortalidade. Melhorias globais no tratamento e *outcomes* da DRC já foram atingidos, mas a ameaça da sobrevivência limitada com necessidade de maiores cuidados e custos ainda prevalece, existindo várias insuficiências e problemas identificados nos diferentes estadios da DRC e no processo de transição inerente.

Na trajetória de tratamento, mudanças de modalidade terapêutica são comuns e devem ser antecipadas, pois períodos de transição são caracterizados por um estado de maior vulnerabilidade do doente, maior taxa de eventos adversos e tomadas de decisão críticas. O doente frequentemente troca as modalidades terapêuticas, por isso é fundamental investigar o melhor processo de transição no decorrer da DRC, com melhor sobrevivência e menor comorbilidade.

Assim, diferentes opções de técnica de substituição da função renal (TSFR) estão disponíveis para os doentes com DRC em estadio terminal. Ao longo dos anos, a procura da melhor técnica tem progressivamente levado ao entendimento de que os doentes utilizarão diferentes modalidades em diferentes períodos da sua doença e este paradigma traz então novas questões relativas à sequência e *timing* das diferentes modalidades, qual a estratégia mais otimizada de planeamento e respetiva aplicação nas transições referidas. Isto vai de encontro ao cuidado integrado, que considera os caminhos de tratamento ao invés das técnicas em isolado, ou seja, coordena e planeia as transições com extrema importância para a sobrevivência do doente e a diminuição da sua morbilidade, assim como a consideração pelas perspetivas dos doentes, dos cuidadores e profissionais de saúde neste processo de transição.

Como já referido, as transições no decorrer da DRC são períodos de grande vulnerabilidade, em que decisões críticas são tomadas e têm alta probabilidade de *outcomes* negativos. Este facto é importante ser reconhecido para uma antecipação da

transição dos cuidados. A referenciação precoce e o *follow up* são fundamentais na redução da dificuldade em prever a necessidade de instituição de uma TSFR e existe também um papel importante no cuidado primário do médico no *follow up* clínico e na educação para a saúde.

Nesta vertente, muitos doentes não reconhecem a transição para hemodiálise (HD) como uma decisão real. A sua perceção é de que a HD é necessária para a prevenção de morte iminente ou a transição não foi propriamente decisão sua. Estes descrevem uma transição aguda com base em medo e ansiedade e que o potencial para transplante lhes dá por vezes esperança em fugir desta realidade, ou seja, a HD torna-se uma solução apenas temporária e uma parte limitada da sua vida.

Nesta transição os doentes são confrontados com ajustes inesperados e expectativas pessoais em mudança. Estes descrevem a perda de tempo não só em tratamento como em deslocações, espera e recuperação do próprio tratamento. Reconhecem que tiveram de existir mudanças nas suas vidas e que efeitos futuros poderiam ocorrer. Contudo, na forma de adaptação, vivência e experiência (*coping*) existem diferenças.

A transição para HD envolve mudanças e um certo grau de perda de controlo em diferentes domínios. Primeiro, experienciam um substancial leque restrito de responsabilidade e autogestão; depois o início de HD significa uma mudança no horário diário e por fim, uma mudança no ambiente familiar. Os doentes referem sentir-se “abandonados” quando estão perante esta transição, pois perdem contacto com o seu nefrologista de referência, sentem uma falta de conexão com a equipa de diálise e têm uma oscilação emocional entre o mundo renal (estar em diálise) e a sua casa (dias sem diálise) pela necessidade de irem ao hospital.

Em contradição ao sentimento de já não estarem mais no controlo, sentirem-se assoberbados e com independência limitada, alguns doentes referem uma maior segurança interna e fonte de apoio, isto é, ganharam novamente controlo com o alívio da responsabilidade de tratamento. Este paradoxo de controlo depende de a HD **(Holvoet et al, 2020):**

1. Se ajustar ao estilo de vida do doente (articulação) do tratamento no padrão de atividades diárias, interesses e estilo de vida diário, ou seja, a percepção do doente relativamente à intrusão da nova modalidade de tratamento);
2. Ter alguma referência prévia (HD como ameaçadora e algo impingido na sua vida a dado momento do futuro);
3. Experimentar alguma mudança do estado de saúde (experiência de melhoria do estado de saúde em geral vs manutenção/agravamento com início de HD);
4. Ter algum nível de cuidado necessário e requerido (sentimento e significado de uma maior dependência e insuficiência, -por vulnerabilidade acrescida, ser tratado como objeto, sentimento de ser esquecido e vergonha- vs um sentimento de suporte e rede de apoio com um aumento da atenção profissional);
5. Possuir *insight* perante as razões para a transição (sentimento de não participação na tomada de decisão e não reconhecimento das suas preferências, principalmente perante *outcomes* não discutidos vs orgulho e confiança nas decisões tomadas e compreensão da necessidade de transição, ou seja, uma preparação eficaz para a transição para HD).

Menos de 50% dos doentes permanecem em diálise peritoneal (DP) mais de 2 a 3 anos após o início da técnica, com uma grande proporção a ser transitada para HD. Os fatores de risco variam consoante a duração da técnica, mas também fatores relacionados com o doente como género, raça, índice de massa corporal, diabetes, privação social, número de episódios de peritonite, nível de educação e disfunção do cateter de DP, foram associados com um maior risco de falha da técnica (**Chan et al, 2019**).

A transição de DP para HD é mais frequente porque a primeira assenta apenas num único acesso e capacidade do doente (se não for assistido) e os doentes em DP transitam para HD por diversas razões, tais como: infeções recorrentes, diálise inadequada por perda de função renal residual e disfunção do peritoneu. Esta transição deve ser antecipada e planeada dado que o início abrupto de HD acarreta um maior risco de mortalidade, sendo assim importante para estes doentes possuírem um acesso vascular construído e maturado. Por outro lado, a transição de DP para HD pode também ser problemática, principalmente quando existe uma falha imprevisível e aguda da técnica de

DP (infecções refratárias ou cirurgias abdominais de urgência), implicando a colocação de um catéter venoso central (CVC) para HD.

Prever o *timing* da falha da técnica de DP não é fácil e torna-se numa preocupação dos nefrologistas, pois um acesso vascular leva um certo período de tempo desde ser construído a estar maturado. Para além disto, o *timing* da transição de DP para HD poderá ter impactos diferentes, isto é, transições precoces devido a episódios infecciosos raramente afetam a sobrevivência global, mas transições tardias associadas a complicações metabólicas poderão ter um impacto negativo só por si.

Os *outcomes* do doente após falha da técnica de DP são tipicamente pobres, pois o intervalo de transição é caracterizado por complicações que requerem hospitalização e podem levar iminentemente à morte. Desta forma, uma previsão precisa do “prazo de validade” da técnica da DP pode permitir uma transição mais segura e planeada para HD. Em especial atenção, a transição de doentes para hemodiálise domiciliária (HDD) pode diminuir o “fardo” psicossocial inerente à transição e facilitar o tratamento mais frequente, benéfico em casos de doentes em sobrecarga hídrica, hipertensos ou em insuficiência cardíaca.

Planear esta transição pode melhorar outcomes e de acordo com Boissinot et al. mencionado no estudo de **Kansal et al. (2019)**, os doentes com uma transição planeada e bem gerida tinham menos probabilidade de hospitalização e um acesso vascular construído e pronto a utilizar antes da falha da técnica de DP.

A transição particular para HDD foi associada a menor risco de morte e maior incidência de transplante renal do que na transição para HD em clínica/hospital. Os fatores relacionados a este acontecimento incluem uma transição mais planeada (construção de uma fístula arteriovenosa, com menores riscos infecciosos e trombóticos em relação a um cateter central) e os benefícios cardiovasculares de uma HD intensiva (diminuição da hipertensão, atenuação da hipertrofia ventricular, redução da taxa de ultrafiltração e redução do intervalo de dois dias entre sessões associado a maiores riscos de morte e hospitalização), pois doentes que transitam HD muitas vezes fazem-no abruptamente e iniciam a técnica através de um acesso venoso central, o qual com maiores riscos relativamente a um fístula arteriovenosa (FAV). Adicionalmente, doentes em DP já estão habituados à realização da técnica no domicílio e uma prescrição

expansiva da HHD após falha da técnica de DP requererá uma antecipação deste acontecimento e um planeamento da resposta clínica.

De acordo com Nadeau -Fredette et al. referido por **Correia e Rodrigues (2018)**, a sobrevivência da técnica e do doente daqueles em HDD, anteriormente em DP, é semelhante aqueles que nunca realizaram DP antes de iniciarem HHD. Estes resultados encontram-se a favor de um modelo de “diálise domiciliária integrada” e da transição de DP para HHD.

Em oposição, uma transição de HD para DP é menos frequente e pode ser devida a uma referenciação tardia ou pouca educação pré dialítica, mas também resultado de complicações relacionadas com a HD, tais como dificuldades no acesso vascular e/ou hipotensão severa ou refratária.

De acordo Nessim et al, também referido por Correia e Rodrigues (2018), doentes que transitam de HD para DP no primeiro ano de técnica têm um maior risco de morte e falha de DP do que aqueles que iniciam DP como primeira técnica dialítica. Isto pode ser devido a uma perda mais rápida da função renal no início do período de HD, maior dificuldade em adaptar-se à autogestão da DP após um período de dependência de HD ou pela presença de patologia severa.

Shrestha et al também em Correia e Rodrigues (2018) avaliou a qualidade de vida dos doentes em HD, em DP e em tratamento médico conservador e descobriu que os doentes em DP têm uma melhor qualidade de vida, especialmente na área da saúde mental, possivelmente porque percecionam um maior grau de independência com esta. Apesar disto, é necessário considerar os riscos (peritonites, obstrução do cateter, peritonite esclerosante vs infeção do cateter e sépsis) e o custo-eficácia de cada modalidade perante o doente antes da escolha. Comparativamente à população em geral, a depressão e diminuição da qualidade de vida é prevalente em doentes em HD.

Dado isto, as principais áreas a melhorar na transição entre modalidades terapêuticas, nomeadamente de DP para HD, são:

1. Abolição de gestão separada das modalidades de diálise que promovem interrupção de cuidados e em última instância transições entre HD e DP;

2. Educação do doente no processo de transição: antecipação e promoção da literacia em saúde e autodeterminação durante o processo;
3. Programas educacionais preventivos para doentes em transição programada de DP para HD, tendo como alvo a autonomia do cuidado em HD e o modelo de “diálise domiciliária integrada”;
4. Revisão de alvos terapêuticos, de forma a integrar a perceção de qualidade de vida, fragilidade, saúde mental e reabilitação, tal como proposto em grupos internacionais;
5. Avaliação para construção de acessos vasculares em doentes com alto risco de falha da técnica de DP;
6. Promoção, sempre que possível, de uma transição planeada entre modalidades com foco na adesão terapêutica e bem-estar do doente, incluindo mudanças cognitivas, emocionais e físicas.

A maioria dos doentes que transita de DP para HD sente que a aceitação da transição se deve à necessidade de sobrevivência, apesar das preocupações não endereçadas sobre a qualidade de vida e domínios de controlo pessoal. Para além de experienciar este novo fardo, existem também diferenças importantes em termos do *distress* emocional e qualidade de vida nas diferentes TSFR, isto é, em adição às exigências da doença e respetivo tratamento, os doentes são obrigados a ajustar os impactos psicossociais da doença, como mudanças na autoimagem, relações sociais e empregabilidade.

A transição de uma técnica para outra pode ser comparada à aplicação específica do processo de mudança que ocorre no mundo dos negócios. A mudança é gradual, bem definida, com passos distintos e com propriedades específicas e “armadilhas”. Tipicamente, os diferentes passos podem ser distinguidos como situação recorrente, fase de luto, fase de “novo começo” e a nova situação. A natureza, apreciação e perceção destas diferentes fases terão um impacto no resultado final e na aceitação de uma nova situação.

Por exemplo, pode ser teorizado que um doente em DP bem-sucedida que tenha de transitar para HD devido a uma diverticulite perfurada, sem grande oportunidade de refletir nesta mudança, poderá encarar esta transição como uma perda enquanto um doente em DP já por vários anos, com um aumento do regime de restrição global devido

a uma diminuição da função renal residual, poderá encarar a transição para HD como um alívio de um fardo já existente.

As perdas expressadas pelos doentes são uma evidência da necessidade de suporte psicossocial de forma a facilitar o *coping* durante a fase de transição para HD, tal como um *follow up* com terapia cognitiva e comportamental, que melhora significativamente a depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento experienciada pelos doentes.

Desta forma, calcula-se que o entendimento de emoções e percepções do doente neste contexto pode auxiliar o profissional de saúde a apoiar o doente holisticamente, resultando em *outcomes* melhorados. Em geral, uma mudança bem-sucedida requererá um alerta para a necessidade de mudança, a tendência para o apoio da mudança, conhecimento suficiente naquilo que será a mudança e a vontade e capacidade de a implementar.

Nas TSFR, isto implica que os doentes devem ser sensibilizados desde o início de que a transição pode ser necessária a certo ponto do seu percurso, que razões/motivos poderão existir para tal e quais as opções nesse caso. Em suma os doentes devem ser informados desde o início e empoderados para suportar a transição. A existência de profissionais de saúde suficientes e com competências adequadas deve ser uma realidade de forma a apoiar doentes neste processo de transição, pois a maioria das pessoas tem uma tendência inerente a recusar a mudança. Isto pode ser uma tentativa de bloquear ou negar a mudança (objeção passiva), culpar o outro pelos problemas que surgem ou mesmo comportamento agressivo (objeção ativa). Este último pode ser direcionado a família, cuidadores ou profissionais de saúde, mas também à doença ou a si próprio e, por isso, é importante reconhecer e clarificar esses sentimentos de revolta para evitar o seu progresso e conflito.

Existem estratégias de *coping* positivas para explorar as vantagens da nova situação e como eventuais problemas podem ser transformados em oportunidades. Na maioria dos casos, é importante evitar retratar a nova situação como boa comparativamente à anterior. A maioria dos doentes provavelmente sentem-se confortáveis com a antiga situação e por isso retratá-la como menos positiva pode danificar a nossa credibilidade e confiança e emoções dentro desta objeção ou resistência são perda de controlo, incerteza

sobre o futuro, surpresa, percepção de falhanço, medo de falhar numa nova situação, medo de que a mudança seja um passo para o “abismo”.

No caso da transição entre TSFR, a mudança atual pode também frequentemente “desenterrar” experiências prévias do processo de doença. Mais uma vez, é importante numa fase inicial da transição apresentar tal como uma parte de um processo planeado, sendo otimizar a sobrevivência uma das considerações aquando a escolha da TSFR. Consequentemente, ao providenciar evidência ao doente de que a transição não prejudicará os *outcomes* ou mesmo, a dado ponto, melhorará a sobrevivência, é determinante na forma como os doentes percecionam o processo de transição.

Desta forma, a manutenção de relações e a minimização da disrupção do estilo de vida são importantes na seleção de uma modalidade terapêutica em domicílio. Assim sendo, é expectável que uma transição para um tratamento fora do domicílio tenha um impacto negativo nestes aspetos e vá igualmente contribuir para uma negativa percepção do doente e cuidadores. A falta de poder de decisão é um dos elementos a favor de modalidades terapêuticas no domicílio, sendo os doentes mais independentes e com preferência em tomarem as suas próprias decisões. Por exemplo, não tomar uma decisão devido a uma contraindicação médica em continuar o tratamento de forma domiciliária, poderá ter um impacto negativo nestes doentes.

Concomitantemente, não podemos afirmar que uma transição da técnica de DP para HD, especialmente uma abrupta ou forçada (sem opção de escolha), não terá impacto da percepção de participação na própria vida. Neste contexto, é de interesse comparar experiências, sentimentos e atitudes entre doentes imediatamente após a transição e aqueles com algum período pós transição.

Assumindo que não existe diferença na participação do próprio na sua vida, quer em DP ou HD, então assumimos que essa percepção do doente melhora novamente para aquilo que era previamente à transição (acomodação/adaptação). Transitar de uma modalidade para a outra pode ter um grande impacto no bem-estar e estilo de vida dos doentes e dos seus cuidadores. Existe pouco conhecimento sobre os fatores que levam à transição dos doentes e à experiência dos seus cuidadores como bem-sucedida, stressante ou malsucedida.

Desta maneira, dado que a realidade da gestão da DRC é muitas vezes um cuidado desintegrado, com consequências deletérias no *follow up* e qualidade de vida do doente, investir em programas de transição com equipas multidisciplinares e coordenação de cuidados é fundamental para ultrapassar esta última dificuldade. A escolha de um profissional de saúde central, como um enfermeiro capacitado para a gestão da doença e a quem o doente ficaria atribuído seria uma estratégia para melhorar *outcomes*. Este cuidado centralizado iria gerir os requisitos da doença, estabelecer uma rede de comunicação entre diferentes profissionais, vigiar o doente, promover a adesão ao tratamento, educar para futuras transições e evitar procedimentos desnecessários em duplicado. É fundamental transmitir aos doentes uma perspetiva realística da trajetória de tratamento, que deve ser focada no planeamento das transições de tratamento para que os doentes consigam realizar um processo de preparação e aceitação à mudança.

Desta forma, dá-se ênfase às deficiências frequentes e documentadas nos vários períodos de transição na DRC e reconhece-se as suas implicações económicas, psicossociais e clínicas. A pressão da sustentabilidade económica dos serviços de saúde é o motor para uma gestão melhor de soluções. Existem desafios em vista e as respostas não serão imediatas, mas em cada unidade e processo é importante começar, rever e otimizar, pois cada passo pode significar a mudança desejada e necessária.

Neste âmbito, existem poucos dados sobre como os doentes e os seus cuidadores percecionam tal transição, quais as suas ideias e emoções e como é que lidam com as mesmas. Simultaneamente, esta pode também ter impacto nos profissionais de saúde envolvidos no processo, no sentido em que ao mesmo tempo uma variedade de emoções, perceções, motivações e crenças dos profissionais pode conduzir, atrasar ou impedir a transição e levar a que os doentes não recebam o tratamento que responda às suas necessidades nessa altura.

Perceber estes mecanismos é essencial e um importante primeiro passo para melhorar os processos do cuidado neste sentido e podemos concluir que para além dos *outcomes* médicos da própria transição, outros fatores irão influenciar a experiência do doente em bem-sucedida ou não. Perceber estes fatores associados e emoções, perceções e mecanismos intrínsecos é então relevante para a melhoria da abordagem e gestão da transição no cuidado de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Chan, C., & al, e. (2019, Junho 26). TRANSITION BETWEEN DIFFERENT RENAL REPLACEMENT MODALITIES: GAPS IN KNOWLEDGE AND CARE-THE NTEGRATED RESEARCH INITIATIVE. *Peritoneal Dialysis International*, pp. 4-12.
- Correia, I. M., & Rodrigues, A. S. (2018, Setembro 10). Transitions of care management in CKD: critical thinking and improving strategies. *Port J Nephrol Hypert*, pp. 233-244.
- Halvoet, E., & al, e. (2020). Patients' experiences of transitioning between different renal replacement therapy modalities: A qualitative study. *Peritoneal Dialysis International Vol.40*, pp. 548-555.
- Kansal, S., & al, e. (2019). SURVIVAL AND KIDNEY TRANSPLANT INCIDENCE ON HOME VERSUS IN-CENTER HEMODIALYSIS, FOLLOWING PERITONEAL DIAYLISIS TECHNIQUE FAILURE. *Peritoneal Dialysis International Vol.39*, pp. 25-34.