



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Fábio Perfeito Soares Oliveira

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA
PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÓNICA EM DIÁLISE PERITONEAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM DOENÇA
RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE PERITONEAL

PROMOTING SELF-CARE IN PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY
DISEASE ON PERITONEAL DIALYSIS

Autor

Fábio Perfeito Soares Oliveira

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM
DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE
PERITONEAL

PROMOTING SELF-CARE IN PEOPLE WITH
CHRONIC KIDNEY DISEASE ON PERITONEAL
DIALYSIS

Orientador(es)

Igor Emanuel Soares Pinto

Autor

Fábio Perfeito Soares Oliveira

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças.”

Leon Megginson

AGRADECIMENTO

Ao meu orientador, Professor Doutor Igor Pinto, pelo apoio, dedicação e disponibilidade que permitiram um percurso mais enriquecedor;

Ao Enfermeiro Especialista António Sousa, pelo acompanhamento, pelas experiências proporcionadas e por mostrar que somos nós quem traçamos o nosso “caminho”;

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa pelos conhecimentos e motivação em nos tornarmos melhores, nomeadamente à Professora Doutora Liliana Mota por ser um agente facilitador em todos os processos;

À equipa do Serviço de Nefrologia pelo acolhimento e experiências proporcionadas, em particular à Nádia;

À minha equipa do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, por toda a motivação e colaboração no serviço;

Aos meus amigos que me ajudaram a manter a resistência neste percurso;

Ao meu avô que, com certeza, estará orgulhoso;

À minha família, à Sissi, ao Nando, ao Du e à Avó, pelo apoio e por estarem sempre presentes;

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, por estarem sempre ao meu lado e me manterem seguro e confiante;

Ao meu irmão, pelo amor, humor, companhia e disponibilidade nesta jornada;

À minha Enfermeira Mestre Jéssica Salas, meu amor maior, que me incentivou à entrada neste caminho, pelo abraço no desespero, pelos gestos de amor, por ser o meu suporte, por não me deixar desistir e por me fazer acreditar sempre, que o melhor está por vir.

RESUMO

As doenças crónicas são a principal causa de morbilidade e mortalidade no Mundo, em especial na Europa e em Portugal, com previsão para o crescimento deste cenário nos próximos anos. A Organização Mundial de Saúde refere que a gestão das doenças crónicas é um processo contínuo que decorre ao longo de anos ou décadas, implicando uma abordagem e organização de cuidados de saúde personalizados. A doença renal crónica é uma condição clínica progressiva e silenciosa, caracterizada por alterações funcionais e estruturais nos rins. Além de ter um impacto significativo na saúde pública global e dos seus tratamentos serem dos mais dispendiosos das doenças crónicas, a pessoa com doença renal crónica passa por um processo de transição saúde-doença, no qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica assume um papel central como facilitador desse processo. Uma das terapêuticas substitutivas da função renal é a diálise peritoneal, que é realizada pela própria pessoa e/ou cuidador através de um cateter inserido na cavidade peritoneal, permitindo à pessoa maior autonomia e segurança através dos ensinamentos, instruções e treino. Para o sucesso deste tratamento, a pessoa é confrontada com um regime terapêutico complexo, implicando mudanças e adaptações nos seus hábitos de vida, com o objetivo de ter a melhor qualidade de vida possível. Este relatório foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. A sua elaboração tem como principal objetivo retratar o processo de desenvolvimento das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crónica. Adotou-se uma abordagem descritiva, crítica e reflexiva das competências adquiridas e dos conhecimentos teórico-práticos, através da apresentação de dois estudos de caso. A sua análise crítico-reflexiva baseou-se na evidência científica disponível e na ontologia de enfermagem, tendo como referenciais teóricos a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, para a conceção de cuidados da pessoa em diálise peritoneal.

Palavras-chave: doença crónica; doença renal crónica; diálise peritoneal; autocuidado.

ABSTRACT

Chronic diseases are the leading cause of morbidity and mortality worldwide, particularly in Europe and Portugal, with projections indicating an increase in this trend over the coming years. The World Health Organization states that the management of chronic diseases is a continuous process that unfolds over years or even decades, requiring a personalized approach and organization of healthcare. Chronic kidney disease is a progressive and silent clinical condition characterized by functional and structural alterations in the kidneys. In addition to having a significant impact on global public health and being among the most expensive chronic diseases to treat, individuals with chronic kidney disease undergo a health-to-illness transition, in which the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations plays a central role as a facilitator of this process. One of the Renal Replacement Therapy techniques is peritoneal dialysis, which is performed by the patient and/or caregiver through a catheter inserted into the peritoneal cavity, enabling greater autonomy and safety through teachings, instructions, and training. For this treatment to be successful, the patient must adhere to a complex therapeutic regimen, requiring changes and adaptations to their lifestyle to achieve the best possible quality of life. This report was developed within the scope of the Professional Internship, as part of the curriculum of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations at the Northern Health School of the Portuguese Red Cross. The main objective of this report is to describe the process of developing both general and specific competencies of the Specialist Nurse in Nursing for People in Chronic Situations. A descriptive, critical, and reflective approach was adopted concerning the acquired competencies and theoretical-practical knowledge, through the presentation of two case studies. Their critical-reflective analysis was based on the available scientific evidence and nursing ontology, using Afaf Meleis's Transitions Theory and Dorothea Orem's Self-Care Theory as theoretical frameworks for the conception of care for the person undergoing peritoneal dialysis.

Keywords: chronic disease; chronic kidney disease; peritoneal dialysis; self-care.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVD's - Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM - Diabetes Mellitus

DP - Diálise Peritoneal

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

ENP - Estágio de Natureza Profissional

HD - Hemodiálise

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IGA - Imunoglobulina A

IPD - Informação Pré-Diálise

ISBAR - S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações

KDIGO - Kidney Disease | Improving Global Outcomes

MCQ - Melhoria Contínua da Qualidade

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NIGA - Nefropatia por Imunoglobulina A

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PSC - Pessoa em Situação Crónica

SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR - Terapêutica Substitutiva da Função Renal

UC - Unidade Curricular

UDP - Unidade de Diálise Peritoneal

UF - Ultrafiltração

UHDDP - Unidade de Hemodiálise e Diálise Peritoneal

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - CASO I	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	42
3.3. Medicação	42
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	43
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	44
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	47
3.5. Domínios	47
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	48
3.6. Conceção de Cuidados	49
3.7. Especificação das intervenções	55
3.8. Síntese relativa ao caso	58
4. CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - CASO II	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	62
4.3. Medicação	62
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	62
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	64
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	67
4.5. Domínios	67
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	67
4.6. Conceção de Cuidados	69
4.7. Especificação das intervenções	74
4.8. Síntese relativa ao caso	75
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

ANEXOS 107

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1. Tabela de Classificação da Doença Renal Crónica de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular e a Albuminúria (pág. 28)

Figura 1. Modalidades Terapêuticas na Doença Renal Crónica Terminal (pág. 30)

Figura 2. Teorias Constituintes da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado (pág. 39)

Figura 3. Pilares do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (pág. 80)

Figura 4. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (pág. 81)

Figura 5. Análise SWOT para o Estágio de Natureza Profissional (pág. 84)

Figura 6. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na àrea de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (pág. 87)

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as doenças crónicas como condições de saúde de longa duração, geralmente de progressão lenta. Estas patologias têm um impacto significativo na qualidade de vida, podendo levar a complicações graves e até à incapacidade. Em 2023, esta entidade reportou que 74% das mortes a nível global resultaram de doenças crónicas não transmissíveis, das quais 41% ocorreram em indivíduos com menos de 70 anos (WHO, 2023).

O envelhecimento da população e a crescente prevalência de doenças e comorbilidades contribuem para a crescente complexidade dos cuidados de saúde prestados a doentes crónicos. Este cenário exige uma reconfiguração dos sistemas de saúde, de forma a responder adequadamente às necessidades destes doentes.

Em Portugal, como em grande parte dos países do mundo, as doenças crónicas têm vindo a aumentar de forma acelerada, constituindo um problema de elevado impacto social e sendo responsáveis por mais de 80% das mortes (Regulamento n.º 429/2018). Em 2022, 44,7% da população portuguesa com idade superior a 16 anos era afetada por uma doença crónica ou apresentava um problema de saúde prolongado, sendo a prevalência mais elevada entre as mulheres (47%) e os idosos (71,1%), em comparação com os homens (42%) e a população com menos de 65 anos (35,6%), respetivamente. Segundo os dados da União Europeia de 2021, Portugal figurava entre os cinco países com a maior proporção de pessoas com doenças crónicas, com uma taxa estimada em 43,9% (INE, 2021).

As doenças crónicas têm um impacto profundo na vida das pessoas, afetando não só a saúde física, mas também o bem-estar psicológico e social. As mais prevalentes são as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a Diabetes Mellitus (DM), associada a doenças renais (OMS, 2023). A Doença Renal Crónica (DRC) é uma das condições crónicas mais significativas, tendo um impacto substancial na qualidade de vida das pessoas.

A DRC é uma patologia em crescimento global, afetando aproximadamente 10% da população adulta e causando cerca de 1,2 milhões de mortes anuais. Estima-se que, até 2040, a DRC se torne a quinta principal causa de morte a nível mundial (Chen et al., 2023). Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem as doenças mais prevalentes referidas no parágrafo anterior bem como o tabagismo, obesidade, idade superior a 60 anos e histórico familiar de DRC (Daugirdas et al., 2015). Além de representar uma significativa carga clínica e impacto social, exige tratamentos complexos, rigorosos e de longa duração (Despacho n.º 12635/2023, de dezembro de 2023).

Na Europa, mais de 64.000 mortes anuais são atribuídas a doenças renais, enquanto 8% a 10% da população global é afetada pela DRC (Despacho n.º 12635/2023, de dezembro de 2023).

Esta doença representa um desafio significativo para a saúde global, com impacto social e económico nas populações sendo que, em Portugal, estima-se que, aproximadamente, 21% da população apresenta DRC (Prata, 2021; Kovesdy, 2022). Sendo uma das principais causas de mortalidade e incapacidade entre 2009-2019 em Portugal, foi reconhecida no Plano Nacional de Saúde para 2021-2030 como um problema de saúde de magnitude elevada ou em crescimento (Direção-Geral da Saúde, 2022). De acordo com o relatório anual do Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia em 2022, cerca de 2.705 novos doentes iniciaram Terapêutica Substitutiva da Função Renal (TSFR), perfazendo no final desse ano, cerca de 21.357 de portugueses em tratamento dialítico ou transplantados (Galvão et al., 2023).

Dada a epidemiologia da DRC e o seu impacto nos sistemas de saúde, foram definidas estratégias a nível europeu, que incluem: o investimento na promoção da saúde renal e na prevenção ao longo de todo o percurso da pessoa com DRC; a promoção do acesso a terapias domiciliárias, ao transplante renal e à adoção de ferramentas digitais para telemonitorização clínica e gestão da informação; a investigação e inovação, com foco na obtenção de ganhos em saúde, assumindo esta área como uma prioridade para a União Europeia (Despacho n.º 12635/2023, de dezembro de 2023).

Pelo crescimento progressivo, impacto da doença na qualidade de vida das pessoas e pela sobrecarga que esta representa para o sistema de saúde, importa desenvolver competências de enfermagem especializadas para responder da melhor forma às necessidades dos cuidados de enfermagem inerentes à pessoa com DRC. Assim sendo, foi escolhida Unidade de Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP) (UHDP) como local de eleição para o desenvolvimento dessas competências com principal foco de atenção na DP. Esta é uma técnica de depuração extrarenal que utiliza o peritoneu como membrana semipermeável tendo em conta a estrutura da membrana peritoneal, o acesso peritoneal e as características físico-químicas das soluções de diálise (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023). Durante o procedimento, a cavidade peritoneal serve como reservatório para a solução de diálise, enquanto a membrana peritoneal funciona como um filtro para transporte de solutos e água. Esse processo baseia-se em três elementos fundamentais: a Membrana peritoneal (que permite as trocas de solutos e água); o acesso peritoneal (realizado por meio de um cateter); as Soluções de diálise (que promovem os processos de difusão, ultrafiltração e absorção) (Daugirdas et al., 2015). A técnica é utilizada como tratamento substitutivo da função renal em casos de DRC Terminal (DRCT) e pode ser adaptada para diferentes necessidades e modalidades, incluindo formas manuais e automáticas (APIR, 2018; OE, 2023; Thajudeen et. al., 2023).

A pessoa com DRC vivencia, ao longo do seu percurso de doença, mudanças significativas no estado de saúde, que desencadeiam processos de transição e aumentam a sua vulnerabilidade a riscos que podem comprometer o bem-estar. O modelo conceptual de Afaf Meleis foi desenvolvido para entender as mudanças e transições que ocorrem ao longo da vida, especialmente na área da enfermagem. Esta teoria é amplamente utilizada para orientar enfermeiros no que concerne a identificação, compreensão e intervenção durante a transição (Meleis et al., 2000).

Assim, surge a necessidade de definir transição, como um processo dinâmico que envolve mudanças no estado de saúde, no papel social ou na condição de vida da pessoa, podendo ser graduais ou abruptas, que afetam a identidade, o cotidiano e o bem-estar da pessoa. Estas transições podem ser de desenvolvimento, quando relacionadas com as fases da vida; situacionais, associadas ao ambiente e a uma situação de vida; de saúde/doença, relacionadas com condição de saúde da pessoa; bem como, organizacionais, apoiadas nas mudanças institucionais ou políticas (Meleis et al., 2000).

Deste modo, o enfermeiro desempenha um papel central nesse contexto, sendo o profissional de saúde que frequentemente auxilia as pessoas durante essas transições, facilitando o desenvolvimento de novas competências necessárias para lidar com as experiências de saúde/doença (Meleis, 2015).

As transições são processos dinâmicos que envolvem várias dimensões da experiência humana, como o contexto social, cultural e psicológico. O nível de conhecimento e a consciência da pessoa acerca das mudanças em curso são fatores cruciais para a eficácia do processo de transição. Deste modo, a consciencialização é considerada uma característica essencial desse processo, sendo indispensável para que a transição ocorra (Meleis, 2015). Assim sendo, destaca-se a importância do EE em gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação da doença aguda ou crónica e, com isto, fomentar estratégias que favorecem os processos de adaptação/transição situacional (Regulamento n.º 429/2018).

Como intervenções de enfermagem eficazes destaca-se a avaliação contínua, a educação para a saúde e a criação de ambientes de cuidado que promovam a confiança e a segurança do doente. A transição do estado de saúde para a doença crónica, como a DRC, representa um processo complexo do ponto de vista psicossocial e fisiológico. Com a introdução da DP enquanto TSFR, os doentes enfrentam uma nova transição, que pode afetar de forma significativa as rotinas diárias, a identidade pessoal e os papéis sociais. A gestão desta transição exige adaptação a novas responsabilidades, maior consciência da saúde e possíveis alterações na dinâmica familiar e profissional (OE, 2023; Sitjar-Suñer et. al., 2020; Uzdil et. al., 2023).

Além do modelo conceptual de Alaf Meleis, foi também utilizada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Esta define o autocuidado como a prática de atividades que os indivíduos realizam intencionalmente para manter sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. Segundo esta teoria, cada pessoa possui a capacidade de atender às próprias necessidades de autocuidado. No entanto, quando essa capacidade é insuficiente ou comprometida, surge um défice de autocuidado, que requer a intervenção da enfermagem para restaurar o equilíbrio e promover a independência da pessoa. A Teoria do Autocuidado de Orem é amplamente aplicada na prática de enfermagem, pois permite uma avaliação das necessidades e conceção de cuidados adequados (Orem, 2001)

A autora supracitada definiu três sistemas distintos: totalmente compensatório, aplicado quando a pessoa não consegue realizar o autocuidado; parcialmente compensatório, que envolve a necessidade de assistência em atividades de manipulação ou locomoção; e apoio-educação, no

qual a pessoa tem capacidade de aprender e desenvolver o autocuidado. Neste último, o papel do enfermeiro é fundamental para orientar e capacitar a pessoa, incentivando a sua autonomia na gestão da própria saúde. No contexto da DRC na pessoa em DP, a adesão ao tratamento reflete o grau de implementação do tratamento, incluindo restrições dietéticas e controlo da ingestão hídrica, entre outros aspetos (Silva et al., 2024; Petronilho, 2012). Ao adotar este referencial teórico, verifica-se que os objetivos do autocuidado estão alinhados com a prática dos cuidados de enfermagem, possibilitando a pessoa a assumir um papel ativo na promoção do autocuidado. O enfermeiro, como principal responsável pelo planeamento de cuidados, deve exercer um pensamento critico-reflexivo adequado para identificar as necessidades específicas, garantindo que as intervenções de enfermagem sejam eficazes e individualizadas.

O relatório final surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (PSC), pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). Este documento visa analisar e refletir o percurso efetuado entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025 na UHDDP de um hospital de Portugal, perfazendo um total de 384 horas de contacto em local de estágio.

A área de especialização de Enfermagem à PSC refere que os cuidados de enfermagem devem ser contínuos, oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e devem incidir sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico de modo a capacitar a pessoa/família/cuidador para a vivência da doença crónica bem como redefinir o projeto de saúde de acordo com as implicações desta na pessoa e qualidade de vida da mesma (Regulamento n.º 429/2018). Foi com base neste conceito que a prática clínica, ao longo do Estágio de Natureza Profissional (ENP), foi fundamentada, realizando intervenções diárias que permitissem o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica EEEMC, na área de Enfermagem à PSC (EEEMC-PSC).

Paralelamente, foram definidos um conjunto de objetivos específicos:

- Desenvolver capacidades de identificação das necessidades da pessoa no processo de transição e adaptação à sua nova condição;
- Desenvolver capacidades na promoção da autogestão do regime terapêutico do doente em programa de DP;
- Desenvolver competência de intervenção no âmbito da autogestão do regime de exercício físico na pessoa em DP;
- Desenvolver competências no controlo de sinais e sintomas decorrentes da doença na pessoa em DP;
- Desenvolver capacidades na prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados na pessoa em DP.

Desta forma, é fundamental que o futuro EE, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializada, compreenda as dinâmicas inerentes à sua prática. Os estágios desempenham um papel crucial nesse processo, pois proporcionam aprendizagens essenciais no contexto real da prestação de cuidados, facilitando a consolidação de conhecimentos e habilidades (OE, 2021).

Neste sentido, a prática e a formação têm como objetivo formar profissionais de enfermagem mais competentes e confiantes, baseando-se no Modelo de Aquisição de Competências de Benner (Benner, 2001). Esta autora, em 1984, desenvolveu este modelo adaptado à Enfermagem, cujo objetivo era a observação da prática clínica dos enfermeiros que trabalhavam em vários hospitais dos Estados Unidos da América e estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Assim, este modelo evidencia que a perícia clínica resulta da integração entre conhecimento teórico, experiência prática bem como a capacidade de tomar decisões em situações complexas, habilidades estas que são diferenciadoras no enfermeiro perito (Benner, 2001).

À luz do modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001), o estágio desempenha um papel fundamental na progressão do enfermeiro e proporciona um ambiente de aprendizagem que favorece a aquisição e o aperfeiçoamento de competências clínicas avançadas, tendo a oportunidade de aplicar o conhecimento teórico na prática clínica, desenvolver habilidades técnicas, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada na experiência, permitindo que o enfermeiro da especialidade transite do pensamento baseado em regras para uma abordagem mais intuitiva e holística do cuidado. A mesma autora enfatiza que a *expertise* na enfermagem não depende apenas do tempo de experiência, mas do envolvimento ativo na prática clínica e na reflexão sobre as situações vivenciadas. Dessa forma, o estágio supervisionado torna-se essencial para a formação do EE e permite o desenvolvimento de competências avançadas e capacidade de lidar com cenários complexos, promovendo um cuidado mais seguro, humanizado e eficiente (Benner, 2001).

O estágio deve ser entendido como um elemento central na transição de enfermeiro generalista para EE, refletindo no relatório final uma síntese crítica da organização, estruturação e atividades que compuseram o processo formativo. Por meio da sua elaboração, espera-se que os estudantes realizem uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada sobre todo o trabalho desenvolvido, analisando de forma criteriosa e fundamentada os detalhes e elementos que caracterizaram o estágio realizado (OE, 2021).

Para além da atribuição do título de EE, faz parte a obtenção do grau académico de Mestre. Segundo o artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018, a obtenção deste grau é concedida aos que demonstrem capacidade de possuir conhecimentos e capacidade de compreensão com base na sustentação, desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo. A obtenção do grau é conferida numa área de especialidade, podendo ser desdobrada em áreas de especialização diferentes.

O desenvolvimento do relatório final tem como principal objetivo descrever e fundamentar de forma crítico-reflexiva, o percurso realizado no contexto clínico, demonstrando, assim, a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC. Tem também como objetivo a apresentação de dois estudos de caso, centrados no tema deste relatório, a pessoa com DRC em DP.

O presente documento encontra-se dividido em cinco capítulos. Começando pela introdução na qual se encontra um breve enquadramento teórico da temática em estudo; segue-se a caracterização do contexto clínico; análise crítico-reflexiva dos estudos de caso; bem como, o contributo para o desenvolvimento de competências, incluindo as comuns e as específicas do EEEMC-PSC; por último, a conclusão, na qual é apresentada uma síntese final do relatório.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O estágio de natureza profissional (ENP) realizou-se na UHDDP integrada no Serviço de Nefrologia (SN) de um hospital de Portugal. Este engloba várias valências, nomeadamente, o internamento, a Unidade de Transplantes Renais (UTR), a Unidade de Hemodiálise (UHD), a Unidade de Diálise Peritoneal (UDP) e a Sala Técnica, desenvolvendo também, as suas atividades no Hospital de Dia e no Centro de Ambulatório. Este serviço dispõe ainda de um centro de HD numa unidade periférica vocacionada para o tratamento de doentes em regime de ambulatório residentes nessa área do concelho.

Para além da atividade assistencial, o SN possui uma grande atividade de formação pré-graduada, pós-graduada e de investigação, designadamente através do Grupo de Investigação e Desenvolvimento em Nefrologia e Doenças Infeciosas do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde em articulação com a Faculdade de Medicina.

Seguidamente faço uma breve descrição do SN, da UHD e da UDP, na qual foi realizado este estágio de contexto ambulatório, desenvolvidas as competências comuns e específicas do EEEMC-PSC bem como elaborados os estudos de caso presentes neste relatório.

O SN tem a capacidade de 13 camas, sendo 9 pertencentes à UTR e 4 ao internamento de Nefrologia. A UTR apresenta uma unidade com 4 camas em espaço aberto que permite uma vigilância e monitorização global de todos os doentes; duas salas com 2 camas; e uma de isolamento. A valência de TR integra o Centro de Referência de Transplante Renal e inclui a Unidade de Internamento de Transplante Renal e a Consulta de Transplante Renal, que engloba as consultas de Pré-Transplante Renal, de Dador Vivo e Pós-Transplante Renal.

O setor dos Acessos Vasculares (AV) inclui consultas de seguimento e monitorização, consultas de grupo multidisciplinares e respetivas intervenções técnicas. Estas últimas englobam: biópsias renais, biópsias ósseas, colocação de cateteres de HD, provisórios e tunelizados, e intervenções endovasculares.

A área da HD presta assistência às pessoas que já realizam TFSR e àqueles que a iniciam em regime de internamento, provenientes quer da consulta externa, quer do SU central. Para além destes, presta também assistência às pessoas internadas em serviços de medicina intensiva que não reúnam condições para se deslocar à sala de HD. Para além desta técnica, são efetuadas outras técnicas de depuração extracorporeal como a plasmaférese ou hemocarboperfusão. A unidade no pólo central dispõe de quatro salas de tratamento e funciona, de forma regular, em três turnos (08h00 às 14h00, 14h00 às 20h e 20h às 08h00) e apresentam níveis de lotação distintos, de acordo com o seu propósito:

- a sala A é composta por 10 postos de HD, nomeadamente: o posto 1 destina-se, exclusivamente, ao tratamento de pessoas portadores de Vírus da Hepatite C; o posto 2 destina-se, preferencialmente, à realização de tratamentos urgentes; os postos 3 a 4 destinam-se a pessoas com serologia vírica desconhecida; os postos 5 a 7 são reservados para aqueles que realizam tratamento em regime de internamento no hospital; e, por último, os postos 8 a 10 para tratamento de regime de ambulatório;
- a sala B é composta por apenas 1 posto que se destina, preferencialmente, ao tratamento de pessoas portadoras de infeção pelo Vírus da Hepatite B. Quando não existir este tipo de situações pode ser utilizada, se necessário, para o tratamento de pessoas que efetuaram terapêutica com iodo-131, de acordo com o protocolo em vigor do Serviço de Medicina Nuclear;
- a sala C também é composta por 1 posto de HD que se destina, preferencialmente, ao tratamento de pessoas portadoras de infeção pelo Vírus Imunodeficiência Humana. Na ausência destes, pode ser utilizada para o tratamento de casos com situações infecciosas que necessitem de medidas especiais de isolamento, como no caso da tuberculose;
- e, por fim, uma sala técnica que se destina exclusivamente ao tratamento dialítico de pessoas que necessitem de medidas de isolamento especiais como, por exemplo, infeção por *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*.

A UDP é constituída por três salas:

- A sala A é composta por dois postos, destinada a várias intervenções por parte do enfermeiro, nomeadamente, a monitorização dos sinais vitais, a monitorização do peso corporal, a realização de tratamento ao Orifício de Saída do Cateter (OSC) e às feridas cirúrgicas, a avaliação de edemas corporais, a realização das trocas e monitorização da UF. Nesta sala também é prestado apoio a doentes provenientes da urgência hospitalar;
- A sala B é destinada à consulta de DP com médico e enfermeiro, na qual é realizada a avaliação inicial da pessoa, definida a estratégia de tratamento mais adequada e, nas consultas seguintes é feita a reavaliação e ajustes necessários. Foi observado que o EE tem um papel preponderante na articulação entre a tríade médico-enfermeiro-pessoa, uma vez que o EE assume um papel de agente facilitador nesse processo. O EE avalia a capacidade da gestão do regime terapêutico e orienta a pessoa nesse sentido para além de perceber a existência das barreiras físicas, psicossociais e ambientais que possam colocar em causa a aprendizagem (OE, 2023);
- Por último, a sala C é destinada ao treino das pessoas que optaram pela DP como forma de tratamento. Neste local é realizada a capacitação da pessoa para o autocuidado, assegurando que esta se torne completamente autónoma, com conhecimento e capacidade na prevenção de complicações e na atuação perante as mesmas. Aqui são realizados vários ensinamentos que estão presentes no guia de DP (OE, 2023), que serão abordados posteriormente.

Na UDP são realizadas consultas programadas e não programadas, sendo as primeiras agendadas pelo enfermeiro consoante as necessidades individuais de cada pessoa, e as segundas quando existe uma situação de urgência que carece de avaliação profissional. A equipa também realiza visitas domiciliárias, sendo atribuído um enfermeiro responsável pela avaliação das condições necessárias e programa de ensino o que vai de encontro às recomendações da OE para o tratamento da pessoa em DP no domicílio (OE, 2023). A UDP dá, também, apoio ao internamento hospitalar, às pessoas que são acompanhadas e que optaram por esta técnica, seja numa fase inicial de capacitação, seja à pessoa que já utiliza esta técnica regularmente.

Relativamente aos recursos humanos, o SN é composto por uma equipa de enfermagem dedicada e experiente composta por quarenta e quatro elementos, sendo um deles o enfermeiro gestor. Dezassete possuem título de EE, nomeadamente oito na área da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro em Enfermagem de reabilitação, quatro em Enfermagem de Saúde Comunitária e um em Enfermagem em saúde mental.

A UDP funciona com quatro enfermeiros exclusivos, em regime de dias úteis, ou seja, de segunda a sexta-feira no turno da manhã e da tarde, sendo que neste último apenas se encontra um enfermeiro. Ao fim-de-semana, são os enfermeiros que estão alocados à HD que dão apoio aos doentes internados a realizar DP ou a situações de urgência. A enfermeira responsável pela UDP é a única com o título de EE e cada enfermeiro é responsável até vinte e cinco doentes, o que vai de encontro ao estabelecido pela OE (OE, 2023). Atualmente, o programa de DP abrange cerca de 80 pessoas, sendo que cada enfermeiro é responsável pelos seus doentes, no processo de capacitação e de tomada de decisão. No entanto, a boa relação de ajuda e de trabalho interdisciplinar, permite uma maior segurança dos cuidados prestados bem como contribui para a melhoria da qualidade dos mesmos.

3. CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - CASO I

Homem de 57 anos com diagnóstico de DRC por Nefropatia IgA, diagnosticado em 2010, autónomo nas AVD's e cognitivamente íntegro. Como antecedentes pessoais apresenta HTA e Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP). Por agravamento da função renal nos últimos dois anos, inicia TSFR, tendo optado por DP. Foi intervencionado a 07/03/2024 para colocação de cateter peritoneal. A 18/09/2024 foi realizada a exteriorização de cateter peritoneal. A 10/10/24 é submetido a correção de hérnia inguinal à direita. Inicia treinos de Diálise Peritoneal Automática (DPA) a 24/10/2024 na UDP.

3.1. Enquadramento teórico

Doença Renal Crónica - Definição, Fisiopatologia, Evolução e Tratamentos

A DRC é definida como uma condição progressiva caracterizada pela lesão renal ou redução das funções renais por um período igual ou superior a três meses, com implicações para a saúde. É classificada com base na causa, Categoria da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (G1-G5) e Categoria de Albuminúria (A1-A3) (Kidney Disease | Improving Global Outcomes [KDIGO], 2024).

Os rins são compostos por milhares de nefrónios, cuja função é a de filtração do sangue, reabsorvendo eletrólitos e eliminando o excesso de água e toxinas através da formação de urina (Seeley et al., 2001). Clinicamente, a DRC é definida pela presença de alterações renais, como albuminúria, hematúria ou anomalias estruturais; ou por TFG <60 mL/min/1,73 m² durante três meses ou mais (KDIGO, 2024). Esta deterioração progressiva compromete a capacidade do rim de exercer funções cruciais, nomeadamente de excreção de toxinas, de equilíbrio hídrico, de regulação de eletrólitos e de produção hormonal. Consequentemente, os doentes com DRC apresentam frequentemente diversas comorbilidades, principalmente complicações cardiovasculares, anemia, perturbações minerais e ósseas, bem como um aumento do risco de infeções (Donald et. al., 2018; Welch et. al., 2015).

A DRC evolui em cinco estadios, de acordo com o grau de lesão, progressão da doença e diminuição da TFG. A classificação da DRC é baseada na causa (doença glomerular, túbulo intersticial, vascular, congénita ou cística), albuminúria e na TFG. Previamente, o estadio da DRC era referente apenas à TFG; porém, o risco de degradação da função renal está estreitamente ligado à quantidade de albuminúria, de forma a que esta também foi incorporada na

classificação (KDIGO, 2024), conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela 1. Tabela de classificação da doença renal crónica de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular e a Albuminúria

KDIGO: Prognóstico da DRC por categorias de TFG e albuminúria

				Categorias de albuminúria persistente		
				Descrição e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal a ligeiramente aumentada	Moderadamente aumentada	Severamente aumentada
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
				Categorias de TFG (ml/min/1,73 m ²) Descrição e intervalo	G1	Normal ou elevada
G2	Ligeiramente diminuída	60–89				
G3A	Ligeiramente a moderadamente diminuída	45–59				
G3B	Moderadamente a severamente diminuída	30–44				
G4	Severamente diminuída	15–29				
G5	Falência renal	<15				

Cores: Verde: baixo risco (se não houver outros marcadores de doença renal, não há DRC); Amarelo: risco moderadamente aumentado; Laranja: risco elevado; Vermelho: risco muito elevado; TFG: Taxa de Filtração Glomerular.

Fonte: Traduzido e adaptado da Diretriz Prática Clínica para a Avaliação e Gestão da Doença Renal Crónica, de abril de 2024 (KDIGO, 2024)

A classificação combina a TFG (G1-G5) e os níveis de albuminúria (A1-A3) para avaliar o risco de progressão da doença renal, complicações associadas e mortalidade. Quanto menor a TFG e maior a albuminúria, maior o risco de progressão da DRC para estadios avançados, necessidade de terapia de substituição renal (diálise ou transplante) e eventos cardiovasculares (KDIGO 2024).

A fisiopatologia da DRC é complexa e envolve um conjunto de mecanismos hemodinâmicos, inflamatórios e metabólicos que conduzem progressivamente à lesão dos nefrónios. De acordo com a KDIGO (2024), um dos principais fatores desencadeadores dessa progressão é a hipertensão intraglomerular, frequentemente resultante da hiperfiltração compensatória. Esse processo, ao longo do tempo, intensifica a perda da função renal, gerando um ciclo vicioso de lesão e disfunção.

O dano glomerular progressivo ocorre quando a pressão elevada na arteríola eferente promove proteinúria e lesão das células podocitárias, desencadeando um processo inflamatório que culmina em fibrose e destruição do tecido renal. Paralelamente, a ativação inflamatória e a fibrose intersticial desempenham um papel central na evolução da doença, uma vez que a

libertação de citocinas e fatores de crescimento estimula o acúmulo excessivo de matriz extracelular, agravando a insuficiência renal (KDIGO, 2024; Bello et. al., 2019).

A desregulação hormonal e metabólica contribui significativamente para a progressão da DRC. A ativação exacerbada do sistema renina-angiotensina-aldosterona promove a retenção de sódio, induz lesão vascular e agrava a HTA, criando um ambiente propício à disfunção renal acelerada. Perante este cenário, KDIGO (2024) enfatiza a necessidade de estratégias personalizadas para retardar a progressão da DRC, destacando a importância de intervenções precoces no controle da HTA, DM e hiperfosfatemia, fatores determinantes na progressão da doença (Palason et. al., 2024; Tkachuk, 2019).

À medida que a função renal se agrava, a capacidade de excretar produtos de degradação diminui, por exemplo, ureia e creatinina. Adicionalmente, a alteração do equilíbrio eletrolítico e ácido-base contribui para a hipercaliemia e acidose metabólica. A função endócrina do rim, especialmente a produção de eritropoietina e de vitamina D ativa, fica igualmente comprometida, o que precipita a anemia e perturbações ósseas e minerais (KDIGO, 2024). A compreensão destes mecanismos patogénicos é fundamental para o desenvolvimento de tratamentos direcionados e para a gestão de fatores que possam retardar a progressão da DRC.

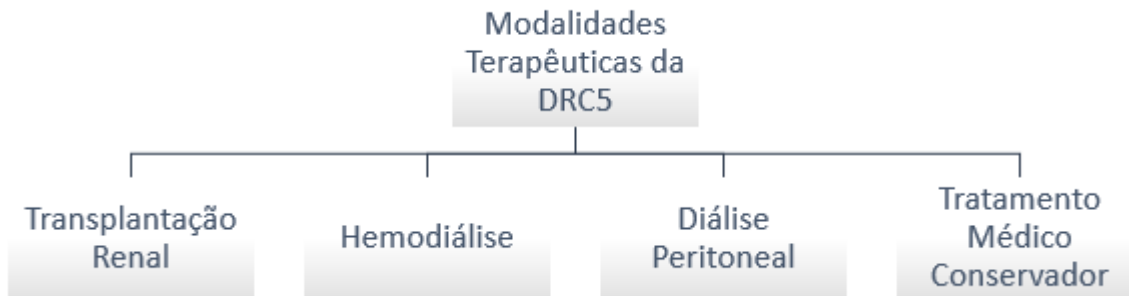
Nos estadios iniciais (1 e 2), os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar HTA ligeira e albuminúria (KDIGO, 2024). O estadio 3 é frequentemente considerado um ponto crítico, pois sintomas como fadiga, edema e HTA tornam-se mais evidentes. Nos estadios 4 e 5, também denominados DRC avançada ou terminal, a função renal fica seriamente comprometida, resultando em desequilíbrios metabólicos, urémicos e uma variedade de complicações sistémicas (CKD, 2025).

O tratamento da DRC é multifatorial e foca-se em abrandar a progressão da doença, gerir comorbilidades e tratar complicações. O controlo da Pressão Arterial (PA), sobretudo através de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos recetores da angiotensina (BRA) é fundamental para reduzir a proteinúria e retardar a perda de nefrónios. O controlo glicémico na nefropatia diabética também contribui para a desaceleração da progressão da DRC, enquanto a terapêutica de redução lipídica pode ajudar a diminuir o risco cardiovascular (APIR, 2018; Chen et. al., 2023; Dąbek et. al., 2023; Iatridi et. al., 2024).

A deteção precoce e as modificações do estilo de vida, incluindo intervenções dietéticas como redução de sódio, controlo de proteína alimentar e gestão cuidadosa de líquidos, são cruciais na abordagem não farmacológica da DRC. Planos alimentares adequados e personalizados podem aliviar a carga excretória do rim e regular parâmetros metabólicos, como os níveis de potássio e fósforo. A prática de atividade física, dentro do limite de cada pessoa, ajuda a preservar a massa muscular, a melhorar a saúde cardiovascular e a promover uma melhor qualidade de vida (Battaglia et. al., 2024; Kramer, 2019).

No caso da Insuficiência Renal Crónica (IRC) em estadio 5, designada, também por falência renal ou IRC terminal (IRCT), as modalidades terapêuticas são a TR, a HD, a DP e o tratamento médico-conservador (TMC) segundo a norma nº017/2011 de 28/09/2011 da Direcção Geral da Saúde (DGS), conforme ilustra a figura seguinte.

Figura 1. Modalidades Terapêuticas na Doença Renal Crónica Terminal



Fonte: Adaptado da norma nº 017/2011 de 28/09/2011

DRC em Fase Terminal

A DRC em fase terminal caracteriza-se por uma TFG abaixo de 15 mL/min/1,73 m² (KDIGO, 2024). Nesta fase final, os rins já não têm capacidade de satisfazer as necessidades metabólicas e homeostáticas do organismo. Em consequência, acumulam-se níveis elevados de toxinas urémicas, o que resulta num conjunto de manifestações clínicas como fadiga intensa, prurido, náuseas, edema e desequilíbrios eletrolíticos (Cupisti et. al., 2021; Fernandes et. al., 2022).

Durante a fase terminal da DRC são afetados vários sistemas orgânicos. As complicações cardiovasculares, incluem a hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca e aterosclerose acelerada, constituindo a principal causa de mortalidade nesta população (Schiffrin et al., 2007). Para além disso, os doentes apresentam, frequentemente, risco acrescido de infeções devido à disfunção imunitária, anemia (decorrente de produção insuficiente de eritropoietina) e alterações mineral e óssea, como o hiperparatiroidismo secundário (KDIGO, 2024).

Torna-se fundamental, nesta fase, o acompanhamento multidisciplinar, com o cuidado centrado no doente, com o objetivo de controlar eficazmente a sintomatologia e melhorar a qualidade de vida da pessoa com DRCT. O EE desempenha um papel fundamental na monitorização e capacitação da pessoa com DRC, garantindo a compreensão da sua condição e quais os cuidados a seguir na prevenção de complicações, assim como na redefinição do seu projeto de saúde.

Nefropatia Iga em Contexto da DRC

A nefropatia por Imunoglobulina A (IgA) (NlgA), também conhecida como doença de Berger, é uma das glomerulonefrites primárias mais comuns em todo o mundo e uma das causas

relevantes de progressão da DRC (Kronbichler et. al., 2023). Caracteriza-se pela deposição dominante de anticorpos IgA1 nos glomérulos. Apresenta um curso clínico variável, desde hematúria microscópica assintomática até glomerulonefrite rapidamente progressiva. Cerca de 30-40% dos doentes evoluem para DRC em fase terminal ao longo de 20 anos (Suzuki et al., 2011). Neste caso clínico, o doente foi diagnosticado em 2010, tendo a doença progredido até à fase terminal, durante 14 anos, apesar do estreito acompanhamento pela nefrologia.

A patogénese subjacente à NlgA implica um mecanismo em várias fases, que se inicia com a sobreprodução de IgA1 com deficiência de galactose. Estas moléculas de IgA1 anómalas são reconhecidas por autoanticorpos, formando complexos imunes que se acumulam no mesangio glomerular, desencadeando uma resposta inflamatória. A inflamação persistente leva à proliferação mesangial, à esclerose glomerular e à fibrose túbulo-intersticial, contribuindo para o declínio gradual da função renal (Knoppova et. al., 2021; Suzuki et al., 2011).

Clinicamente, os doentes podem apresentar hematúria macroscópica episódica associada a infeções respiratórias ou gastrointestinais, hematúria microscópica persistente e proteinúria. As estratégias de gestão centram-se na estratificação de risco como por exemplo, proteinúria persistente, função renal comprometida e HTA uma vez que estes fatores predizem a progressão da doença (Huang & Xu, 2021; Gutiérrez et. al., 2020). A terapêutica inicial muitas vezes inclui o controlo otimizado da pressão arterial, geralmente com IECAs ou BRAs. A imunossupressão, incluindo corticosteroides, pode ser considerada em doentes com características de alto risco ou com lesões inflamatórias ativas na biópsia renal, embora os protocolos de tratamento estejam em constante evolução (Kronbichler et. al., 2023).

Atualmente, a investigação tem explorado novas terapias que visam atuar nos mecanismos imunológicos e inflamatórios, procurando reduzir a formação ou a deposição de complexos contendo Gd-IgA1. O diagnóstico precoce e a intervenção efetiva podem ajudar a atrasar a progressão para DRC avançada e a melhorar os resultados renais a longo prazo em indivíduos com nefropatia por IgA (Huang & Xu, 2021; Gutiérrez et. al., 2020).

Técnica de Substituição da Função Renal: Diálise Peritoneal

A DP é uma das TSFR, para a qual se deve fazer uma avaliação da motivação e capacidade para o autocuidado da pessoa. É uma técnica que pode ser escolhida pelo doente, no entanto, também pode ser utilizada em crianças e em pessoas que não tenham acessos vasculares para HD. Contudo, existem também complicações e contra-indicações, nomeadamente fugas peritoneais, doença inflamatória/isquémica, intolerância a volumes intra-peritoneais, infeções da parede abdominal, desnutrição e obesidade mórbida (Milan et al, 2019). Neste caso clínico, o doente optou por esta modalidade de tratamento, enquanto aguarda por um possível transplante renal, estando na lista de espera. Preferiu esta técnica pela autonomia que lhe conferia, tendo sido avaliada a sua capacidade e não apresentando qualquer contra-indicação.

A seleção de doentes para a DP tem em conta fatores como estilo de vida, comorbilidades e preferências do próprio. Em muitos países europeus, têm sido promovidas estratégias para aumentar a utilização de DP como modalidade inicial, sempre que possível, visando melhorar a qualidade de vida e reduzir potenciais custos em saúde (APIR, 2018; OE, 2023; Thajudeen et. al., 2023).

Uma das vantagens principais da DP é a possibilidade de ser efetuada em casa, promovendo maior sensação de controlo e continuidade das atividades diárias. O EE tem um papel diferenciador no treino de DP, envolvendo a capacitação do doente para que ele possa realizar o procedimento de forma independente e segura bem como no incentivo à autogestão, permitindo à pessoa tomar decisões informadas, monitorizar a sua própria saúde e adaptar-se ao tratamento de forma eficiente, garantindo maior adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente melhores resultados clínicos. Além disso, o EE promove a autoconsciência da pessoa relativa à sua condição, bem como capacita no sentido da identificação de possíveis complicações. Esta abordagem melhora a qualidade de vida do doente e facilita a transição para a independência da DP (Silva et al., 2024)

A DP é uma técnica de depuração extra-renal que utiliza o peritoneu como membrana semipermeável tendo em conta a estrutura da membrana peritoneal, o acesso peritoneal e as características físico-químicas das soluções de diálise (OE, 2023). De acordo com Rodrigues (2009), a DP oferece uma longevidade comparável à HD, destacando-se por não ser dolorosa e não exigir o uso de agulhas ou manipulação de sangue. Além disso, episódios de hipotensão, palpitações e fraqueza, comuns no final das sessões de HD, são raros na DP. Por ser uma técnica contínua, a DP é considerada mais fisiológica, realizando a diálise ao longo de 24 horas, como os rins nativos. Além disso, preserva a função renal residual e evita o desgaste dos vasos sanguíneos do doente, que podem ser necessários em fases posteriores do tratamento. A autora ressalta que os resultados da DP tendem a ser mais eficazes quando os doentes ainda apresentam alguma função renal residual, sendo o cenário ideal o início da técnica como a primeira forma de TSFR. No entanto, doentes sem acesso vascular para HD podem recorrer à DP como alternativa (Rodrigues, 2009).

Durante a diálise, a cavidade peritoneal funciona como um reservatório à solução de diálise, e a membrana como um filtro de transporte (Daugirdas et al., 2015). Por difusão, osmose e ultra-filtração, os produtos tóxicos passam dos capilares sanguíneos, através da membrana peritoneal, para a solução de diálise que é introduzida na cavidade peritoneal (CARMO, 2011).

Durante o procedimento, a solução de diálise é introduzida na cavidade peritoneal através do cateter de DP; o tempo que a solução de diálise permanece no peritoneu, varia de acordo com o tipo de DP, o volume infundido, as características do doente e os objetivos de tratamento (Twardowski & Nolph, 2005). Após esse tempo, a solução é drenada, eliminando os tóxicos acumulados. A extensa rede capilar da membrana peritoneal permite a difusão de produtos de

excreção metabólica (ureia, creatinina) do sangue para o dialisado, bem como a ultrafiltração de fluidos em excesso através de gradientes osmóticos (APIR, 2018; OE, 2023; Thajudeen et. al., 2023).

O acesso à cavidade peritoneal realiza-se através do Cateter Peritoneal existindo várias técnicas de implantação do mesmo (Daugirdas et al., 2015). No entanto, apesar de não existir consenso na qual recomendar, referem que deve ser utilizada aquela que a equipa multidisciplinar estiver mais familiarizada. Segundo o mesmo autor, um grupo de investigadores encontra-se a rever as orientações face às várias técnicas de inserção do cateter DP, por forma a obter os melhores resultados e têm por base indicadores como a funcionalidade do cateter, falência da técnica, complicações pós-inserção, entre outros. A colocação ideal do cateter visa minimizar o risco de infeção, assegurar um fluxo adequado e maximizar o conforto do doente (Alvarez & Salman, 2009; Crabtree & Chow, 2017).

O Cateter Peritoneal é inserido cirurgicamente na cavidade abdominal e apresenta dois cuffs para melhor fixação, sendo o primeiro interno, fixado no músculo da parede abdominal e o segundo subcutâneo. Ao final da inserção, o cateter pode ser exteriorizado, pronto para uso imediato, ou interiorizado de forma subcutânea (Daugirdas et al., 2015). O OSC é a local pelo qual o CP é inserido na cavidade abdominal da pessoa, localizando-se na região abdominal, geralmente abaixo da linha umbilical (Twardowski & Nolph, 2005). A definição do OSC, deve ter em conta a existência de uma equipa dedicada e com experiência em DP composta por Nefrologista, Enfermeiro com competência em DP, preferencialmente EEEMC-PSC (OE, 2023). O correto manuseamento do OSC define o sucesso do tratamento, através da prevenção de complicações, como infeções ou obstruções (Twardowski & Nolph, 2005). O EEEMC-PSC atua na capacitação do doente, nomeadamente, na monitorização contínua para deteção precoce de sinais de infeção como rubor, exsudado e dor e, sobretudo, na prevenção das complicações.

A membrana peritoneal reveste a superfície das vísceras abdominais e a superfície interna da parede abdominal. É constituída por três camadas (mesotélio, tecido intersticial e endotélio capilar). A membrana peritoneal funciona como interface semipermeável para as trocas entre o sangue e o dialisante (Daugirdas et al., 2015). O transporte de solutos que ocorre através dos mecanismos de difusão, ultrafiltração e absorção está mais dependente da área de superfície capilar do que da área total do peritoneu (Daugirdas et al., 2015). Para a otimização das trocas, as soluções de DP variam na sua composição osmótica e eletrolítica. Frequentemente, utilizam-se soluções à base de glicose para criar um gradiente osmótico, embora existam soluções sem glicose (icodextrina ou aminoácidos) para situações clínicas específicas (Campbell et. al., 2015; Kramer, 2019).

As soluções de DP são compostos eletrolíticos (água e eletrólitos) que devem permitir funções dialisantes através de processos de transporte de água e solutos entra a membrana e a solução de diálise. Estas contêm sódio, cálcio, magnésio, cloro, lactato ou bicarbonato, variando na

concentração de glicose e devem preservar a função fisiológica da membrana peritoneal assim como proporcionar funcionalidade dialítica eficaz. A glicose é o agente osmótico presente nas soluções. Neste caso, o doente tem prescrito Physioneal Glicose 1,36% 13,6mg/ml, corresponde à cor amarela. Existem ainda o verde, com a concentração de 2,27% e o laranja com 3,86%. Contudo, existem soluções isentas de glicose, como a icodextrina e soluções com aminoácidos. As soluções devem permitir uma elevada clearance das toxinas, eliminação suficiente de água corporal, homeostasia, serem biocompatíveis e de fácil utilização (Daugirdas et al., 2015)

Segundo a OE (2023), as modalidades de DP são classificadas em duas principais: a Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) e a Diálise Peritoneal Automática (DPA). Na primeira, a DPCA, a mais frequente, o doente realiza as trocas de solução de diálise de forma manual, entre 3 a 4 vezes por dia utilizando a gravidade para infundir e drenar o líquido. Cada troca dura aproximadamente 20 a 30 minutos, e o líquido permanece na cavidade abdominal por um período que varia entre 4 a 10 horas (PONCE et. al, 2016)

Na segunda, a DPA, são considerados os diferentes regimes terapêuticos, de acordo com as necessidades da pessoa, sendo os ciclos realizados através de um mecanismo automático, denominado cicladora. A DPA é habitualmente realizada durante a noite, enquanto o doente dorme. A cicladora é programada para administrar a quantidade exata de solução de diálise prescrita pelo médico, permitindo maior liberdade durante o dia para atividades profissionais ou pessoais (PONCE et. al, 2016).

A escolha entre DPCA e DPA depende das necessidades individuais da pessoa, do seu estilo de vida e das recomendações médicas. Ambas as modalidades requerem um compromisso com a higiene das mãos e do ambiente rigorosa e a adesão ao regime terapêutico para garantir a eficácia do tratamento e prevenir infeções (SPN, 2025)

O EE desempenha um papel fundamental na capacitação e adaptação no processo saúde-doença do doente no âmbito do autocuidado, ao promover a autonomia da pessoa nas duas modalidades. Na UHD onde foi realizado ENP, são efetuados ensinamentos e treino em aspetos comuns quer na DPCA, quer na DPA, como a preparação do ambiente, a seleção e preparação do material necessário, a identificação dos diferentes dialisantes e as suas propriedades, uso apropriado da máscara, higienização e desinfeção das mãos, realização dos registos em folha própria, realização de cuidados ao OSC bem como a avaliação de sinais de infeção e de hipervolemia.

Na DPCA é realizado ensino no âmbito da conexão do cateter ao saco dialisante, eliminação de ar da tubuladura a meio da permuta, realização da desconexão do cateter ao saco de dialisante e avaliação das características e peso do efluente; na DPA é realizado ensino no âmbito do manuseamento e montagem adequada da *homechoice*, realização da conexão do cateter à linha do doente, realização da desconexão do cateter à linha do doente, recolha e registos em folha própria, cuidados com o cartão da *homechoice*, resolução de alarmes durante o

tratamento bem como interrupção do tratamento em situações urgentes.

A DP exige comprometimento de adesão de vários cuidados, nomeadamente de técnica asséptica rigorosa para evitar complicações como a peritonite, por exemplo. Outras dificuldades potenciais incluem a falência progressiva da membrana peritoneal, o desenvolvimento de hérnias e infeções relacionadas com o cateter (APIR, 2018; Li et al., 2016; OE, 2023). As complicações podem inviabilizar o tratamento, sendo uma das causas de transição para a HD. As principais complicações podem ser mecânicas e infecciosas (OE, 2023).

As complicações mecânicas dizem respeito à disfunção do cateter DP e/ou alterações decorrentes da realização da técnica, nomeadamente, a alteração do volume de fluxo de líquido peritoneal, a falência da ultrafiltração e a fuga de líquido peritoneal (OE, 2023). Segundo o mesmo autor, existem outras complicações associadas à DP, nomeadamente a exteriorização do cuff externo, a perfuração intestinal, a comunicação pleuro-peritoneal, hérnias, hemoperitoneu, dor, dor lombar, corte acidental ou rutura do cateter peritoneal.

Quanto às complicações infecciosas, são as mais frequentes na técnica de DP e que implicam muitas vezes a saída desta técnica. As estratégias de ensino para o autocuidado da pessoa em DP visam a sua capacitação na prevenção, deteção e gestão de sinais e sintomas relacionados com a infeção. As complicações envolvem as infeções do OSC do cateter peritoneal, do túnel subcutâneo e as peritonites (OE, 2023). Quanto às infeções do OSC são realizados ensinamentos relativamente à avaliação do rubor, de exsudado, dor e alterações do aspeto. Relativamente à peritonite é importante salientar que são sinais e sintomas a cólica abdominal, diarreia, vómitos, febre e efluente não transparente. Quanto ao aumento de líquidos no organismo é avaliado pelo aumento da TA, aumento de peso, edemas nos membros inferiores e dispneia (OE, 2023).

O EE desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações na DP, sendo o profissional-chave no acompanhamento contínuo da pessoa e na promoção do autocuidado. Além de garantir que o doente está capacitado para os cuidados, como a higiene adequada, o manuseio do cateter, a preparação do ambiente e a monitorização de sinais de infeção ou hipervolemia, é, também, responsável por identificar precocemente possíveis complicações e intervir de forma eficaz. Estabelece uma relação de confiança com o doente e promove a adesão ao regime terapêutico, reduzindo riscos como a peritonite, obstrução do OSC e desequilíbrios eletrolíticos, o que resulta em melhores resultados clínicos e na melhoria da qualidade de vida em DP, tendo um impacto significativo na vida da pessoa (Silva et. al, 2024)

A falência da técnica de DP diz respeito a qualquer complicação que leva a pessoa a não conseguir continuar com DP. As causas são a infeção, os problemas de funcionamento do cateter, redução da clearance de solutos e/ou ultrafiltração; fuga de líquido, hérnias, problemas psicológicos e/ou situação clínica da pessoa, risco e/ou diagnóstico de peritonite esclerosante encapsulante, hemoperitoneu e/ou patologia intra-abdominal (OE, 2023).

Gestão do Regime Terapêutico

Dada a particularidade da doença crónica e a necessidade da autogestão do regime terapêutico, diariamente, ao longo da vida, a pessoa e família/cuidador adota uma grande parte da responsabilidade, quer na autogestão, quer no autocuidado. O conceito de autogestão (*self-management*) é amplamente utilizado em programas educativos direcionados à pessoa em situação crónica (Sousa et al., 2022; Lorig & Holman, 2003). Por sua vez, a CIPE refere que a autogestão é uma atividade realizada pelo próprio, que engloba a autogestão dos sintomas e da doença (ICN, 2019). Deste modo, a autogestão está associada às habilidades da pessoa, articulando com a família e profissionais de saúde, a gestão de sintomas, tratamentos, alterações no estilo de vida e as consequências (Richard & Shea, 2011). Cristóvão (2016), refere que os enfermeiros assumem um papel crucial no apoio à pessoa com DRC, na gestão do regime terapêutico e orientação sobre o autocuidado relacionado com as suas mudanças. A gestão eficaz da DRC assenta num regime terapêutico abrangente, nomeadamente, regime medicamentoso, dietético e de exercício físico.

A adesão ao regime medicamentoso é uma das áreas prioritárias na prática de cuidados de enfermagem, sendo considerada um fator essencial para a promoção da saúde, recuperação e reabilitação dos doentes. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), a adesão é definida como a ação autoiniciada do paciente para seguir as orientações médicas de forma rigorosa, tomando os medicamentos conforme prescrição, mudando comportamentos para melhorar a saúde e procurar os medicamentos nas datas indicadas. Além disso, está frequentemente associada ao apoio da família, ao conhecimento sobre os medicamentos e o processo da doença, à motivação do doente e à relação de confiança com os profissionais de saúde. Esses fatores são fundamentais para garantir que a pessoa cumpra o regime terapêutico corretamente, promovendo a eficácia do tratamento e a manutenção da saúde (Martins et. al, 2022)

As intervenções dietéticas desempenham um papel fundamental, particularmente na gestão da DRC, dadas as suas variadas restrições. Exige, por parte do doente, adaptações nutricionais específicas com vista à melhor gestão possível da doença e prevenindo complicações. Os DRC apresentam necessidades nutricionais específicas devido à perda contínua de proteínas pelo dialisado e risco de alterações hidroeletrólíticas. Uma dieta bem ajustada permite manter o equilíbrio nutricional, evitando desnutrição, sobrecarga hídrica e alterações metabólicas, como a hiperglicemia e a hiperfosfatemia. O EE tem um papel fundamental na orientação e monitorização da adesão do doente ao plano alimentar, colaborando com nutricionistas, se necessário, na adaptação das recomendações às necessidades individuais (Silva & Pereira, 2025).

O plano alimentar para pessoas em DP deve priorizar um adequado consumo proteico para compensar as perdas durante o processo dialítico, preferindo proteínas de alto valor biológico,

como ovos, carnes magras e laticínios. O controle do fósforo e do potássio na dieta é essencial para prevenir complicações ósseas e cardiovasculares, exigindo restrição de alimentos como enlatados, refrigerantes, leguminosas e frutas ricas nesses minerais. Além disso, a ingestão de sódio e líquidos deve ser ajustada para evitar retenção hídrica e HTA, sendo recomendada a moderação no consumo de sal e a preferência por temperos naturais. A personalização do plano alimentar, considerando a evolução clínica e os exames laboratoriais do doente, é uma estratégia essencial para otimizar os resultados (Cristóvão, 2016).

Embora ainda não exista muita evidência científica sobre o exercício físico na DRC, particularmente na DP, Menezes (2020) refere que a prática de exercício físico nestes doentes, pode melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde, como a capacidade aeróbica melhorando a capacidade cardiovascular e reduzindo o risco de doenças associadas. O fortalecimento muscular previne a perda de massa magra, associada a sarcopenia, comum nestes doentes. Estudos sugerem que exercícios aeróbicos, como caminhada e ciclismo, combinados com treino de resistência leve a moderado, realizados durante cerca de 30 a 60 minutos, 3 vezes por semana, são seguros e eficazes. Embora não exista muita evidência, recomenda-se que exercícios mais intensos sejam realizados sem solução dialisante na cavidade peritoneal, enquanto atividades leves podem ser feitas de qualquer forma. O fortalecimento da musculatura abdominal também pode ser benéfico, potencialmente reduzindo o risco de hérnias e fugas, embora mais pesquisas sejam necessárias (Menezes, 2020).

Neste contexto, existem fatores que podem influenciar a adesão ao exercício físico. A pessoa com DRC apresenta comumente fadiga, fraqueza e limitações físicas que podem dificultar a realização de um programa de exercícios, sendo fundamental que estes sejam adaptados às condições individuais da pessoa (Menezes, 2020). Por outro lado, estratégias motivacionais são fundamentais para garantir a adesão da pessoa ao programa de atividade física. A educação em saúde, o incentivo à prática de exercícios em grupo e o uso de tecnologias, como aplicativos para monitorização da atividade física, são abordagens eficazes para melhorar o engajamento (Castro, 2023). O enfermeiro tem um papel preponderante na avaliação inicial, na realização de ensinamentos e capacitação, na motivação sob a forma de elogio, na adaptação de exercícios e na avaliação de resultados.

Neste caso em particular, foi aconselhado ao doente instalar uma aplicação no telemóvel para monitorização da atividade, como forma de registo e de automotivação, com indicação para caminhada de pelo menos 3 vezes por semana durante 30min, com a realização de alguns exercícios de força muscular realizados no final da caminhada. Foram entregues uns panfletos com alguns exemplos de exercícios passíveis de serem feitos em casa (ANEXO I).

Assim, a sinergia entre o regime medicamentoso, regime alimentar e de exercício físico a par de um acompanhamento contínuo constitui a base de uma abordagem integrada e holística que visa otimizar a qualidade de vida da pessoa com DRC em DP.

Impacto da DRC na Pessoa: Transição Saúde-Doença, Autocuidado e o Papel do Enfermeiro

O EE desempenha um papel crucial no processo de adaptação e autocuidado da pessoa com DRC em início de DP, sendo fundamental, quer para a promoção da autonomia, quer para o sucesso do tratamento. A teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis fornecem um quadro teórico robusto para compreender as necessidades e desafios da pessoa em DP, orientando a prática de enfermagem e a interação com a pessoa. A integração destas duas teorias no cuidado à PSC, na transição para DP, permite ao enfermeiro proporcionar um apoio efetivo, de capacitação do doente para uma gestão ativa e responsável da sua saúde, promovendo, assim, uma transição bem-sucedida para o tratamento a longo prazo.

Neste estudo de caso, o doente vai iniciar DP, pelo que estará presente uma transição de um estado de saúde para uma condição crónica, na qual terá que integrar novas alterações, comportamentos e terapêuticas, com a exigência de tratamento diário, que requer adaptação a um novo regime de cuidado. A teoria de Meleis destaca que as transições podem ser transformadoras, ou seja, elas têm o potencial de mudar a vida do indivíduo. Nesse contexto, a transição pode ser vista como um processo complexo, que envolve o impacto físico do tratamento, o medo do desconhecido e a necessidade de adaptação a uma nova rotina de cuidados. De acordo com Meleis (2015), a transição é uma mudança que pode ser positiva ou negativa, dependendo do suporte que o indivíduo recebe durante esse processo.

Meleis (2015) enfatiza que há diversos fatores que influenciam a transição tais como, a perceção da mudança, o conhecimento prévio, os recursos disponíveis e o suporte social. Neste caso, o doente encontra-se motivado para a DP, contudo com algum receio pelo desconhecido. No entanto, o facto de ter suporte profissional permite uma adaptação mais facilitada. O EE desempenha um papel crucial na transição, ajudando a pessoa a lidar com as mudanças emocionais e práticas associadas ao tratamento, por essa razão, o EE tem um papel preponderante na identificação das necessidades desta, assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica, tendo como objetivo a facilitação do processo saúde/doença, decorrente desta última (Regulamento nº429/2018).

As etapas da transição incluem a Pré-transição, com a necessidade de preparação emocional e prática; a Transição, relativa ao início da DP, na necessidade de obter conhecimentos e capacidades para realizar a técnica e adaptar-se a novas rotinas, convivendo com as mudanças físicas e emocionais; e a Pós-transição, na qual o doente já está adaptado à DP, no entanto, continua a necessitar de monitorização contínua e apoio, embora já apresente compreensão do processo e maior controlo sobre a sua situação.

Desta forma, segundo a Meleis (2015), o papel do enfermeiro é crucial em cada fase da transição. O enfermeiro deve ajudar a pessoa a entender e a navegar por esse processo de mudança, promovendo a adaptação e oferecendo suporte emocional. O enfermeiro desempenha

um papel de facilitador da transição e as ações devem ser baseadas nos princípios da promoção do conhecimento e educação, suporte emocional e psicológico e facilitação da adaptação prática bem como na promoção da autonomia e confiança.

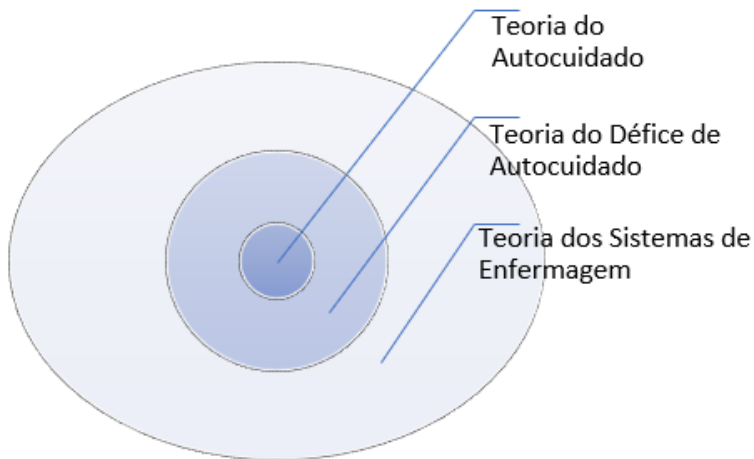
Estas intervenções implicam ensinamentos de forma individualizada, estratégias de escuta ativa, capacitação na DP durante o processo bem como a promoção da autonomia do doente de forma a desenvolver confiança para a realização dos cuidados de forma independente (Meleis, 2015).

A DP é uma técnica que tem como principal objetivo ser realizada autonomamente pelo doente no domicílio. Sendo uma modalidade, na qual o conceito principal é o autocuidado, faz parte da gestão da doença: a execução de procedimentos de diálise; os cuidados ao OSC de DP; o regime terapêutico; o regime dietético e de exercício físico; o controlo da ingestão hídrica; a gestão de comorbilidades e uma monitorização diária, que inclui PA, peso e o despiste de complicações. A motivação e a capacidade para o autocuidado da pessoa, família e/ou cuidador são critérios determinantes ao regime terapêutico na pessoa em DP (OE, 2023)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define autocuidado como um processo dinâmico e contínuo, no qual o indivíduo se envolve ativamente para manter e melhorar sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. O conceito também inclui a capacidade do doente de tomar decisões informadas sobre sua saúde, com a intenção de prevenir a doença, promover a saúde e gerir condições crónicas. A OMS (2024), refere o autocuidado como a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com a doença e deficiências com ou sem apoio de um profissional de saúde.

Assim sendo, destaca-se a importância do EE na promoção do autocuidado na pessoa em DP e do referencial teórico de Orem (2001). A autora, tal como apresentado na Introdução, desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado que engloba três teorias que se relacionam (Figura 2): A Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Figura 2. Teorias Constituintes da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado



Fonte: Traduzido e adaptado de Nursing: concepts of practice (Orem, 2001)

O autocuidado é um componente essencial para o sucesso da DP. Exige a participação ativa do doente nas atividades de promoção do bem-estar, prevenção de complicações e manutenção da eficácia do tratamento. Neste contexto, o doente é capacitado para o autocuidado nomeadamente, da lavagem das mãos, dos cuidados com o cateter peritoneal, da execução da DP de forma asséptica, da monitorização dos parâmetros e do reconhecimento precoce de sinais de infeção (Gomes et. al., 2019; OE, 2023; Zhang & Cai, 2023).

A capacitação dos doentes da técnica de DP e na resolução de problemas é fulcral para fortalecer a autoeficácia e a confiança. O enfermeiro desempenha um papel determinante ao fornecer formação personalizada, apoio psicossocial e acompanhamento contínuo. A autonomia do autocuidado, não só permite a otimização dos resultados clínicos como prolonga a vida útil do cateter peritoneal. Além disso, permite aumentar a sensação de controlo e melhora a qualidade de vida do doente (Li et. al., 2016; Karkar & Wilkie, 2023; Novais, 2024; OE, 2023).

O modelo colaborativo na autogestão da doença enfatiza a parceria entre doentes e profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, para promover a autonomia e o controlo eficaz das condições crónicas. Este modelo baseia-se na tomada de decisão compartilhada, onde o doente é incentivado a compreender sua condição, adotar comportamentos saudáveis e utilizar estratégias para a gestão da doença diariamente. Os enfermeiros desempenham um papel essencial na educação para a saúde, suporte emocional e monitorização contínua, facilitando a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações (Silva et al., 2024).

A aplicação do modelo colaborativo inclui abordagens como consultas estruturadas, uso de tecnologias digitais para monitorização remota e programas de apoio interpares. Essas estratégias fortalecem a comunicação entre doentes e profissionais de saúde, permitindo ajustes personalizados no regime terapêutico conforme necessário. Além disso, o envolvimento do doente na definição de metas realistas e no acompanhamento de indicadores clínicos, como níveis de glicemia ou pressão arterial, contribui para um autocuidado mais eficaz e sustentável.

A colaboração ativa entre enfermeiro-doente melhora os resultados clínicos e a qualidade de vida, reduzindo a sobrecarga dos serviços de saúde (Moreira et al., 2022).

O EE, nesse contexto, atua como facilitador do processo de autogestão, utilizando técnicas motivacionais e intervindo para superar barreiras individuais e sociais à adesão ao tratamento. A abordagem centrada no doente valoriza as suas preferências e experiências, promovendo uma parceria efetiva e respeitosa. É fundamental para garantir a continuidade dos cuidados e fortalecer a capacidade dos doentes em lidar com sua condição de forma independente, resultando em melhores resultados em saúde e maior satisfação com o tratamento. A autogestão de uma doença crónica requer que a pessoa tenha confiança e habilidades para adotar comportamentos que lhe permitam integrar a doença em sua vida, convivendo com ela da forma mais saudável e plena possível (ESEP, 2021)

A adesão ao tratamento pode ser comprometida por diversos fatores, como a complexidade dos regimes terapêuticos e a falta de compreensão sobre a sua condição de saúde (Petronilho, 2012). O papel do enfermeiro no regime medicamentoso é particularmente importante, visando a identificação e resolução de discrepâncias nos regimes de medicação, essencial para garantir a segurança e eficácia do tratamento. A implementação de protocolos de revisão sistemática da medicação, orientados por EE, tem demonstrado reduzir significativamente os erros de medicação e melhorar a adesão terapêutica (Silva e Pereira, 2025). Programas que incluem educação individualizada, suporte familiar e estratégias de simplificação dos esquemas terapêuticos contribuem para uma melhor adesão terapêutica (Carmaneiro, 2021). A utilização de ferramentas como lembretes eletrónicos e o envolvimento ativo das pessoas no seu plano de cuidados são estratégias igualmente recomendadas.

O enfermeiro deve deter conhecimento dos processos fisiopatológicos, das modalidades de tratamento, particularmente da DP e das especificidades farmacológicas. Este conhecimento, aliado a competências avançadas de comunicação, possibilita a compreensão das necessidades individuais e dos fatores emocionais e culturais que influenciam a experiência do doente. Ao promover a consciência sobre a condição de saúde, o enfermeiro encoraja o envolvimento ativo do doente na tomada de decisão, bem como a identificação precoce de sinais de complicações.

A relação estabelecida entre enfermeiro e doente deve basear-se na cooperação mútua, onde ambos partilham objetivos e responsabilidades. Nesta perspetiva, o enfermeiro tem um papel de agente facilitador, assegurando que o doente participe de forma ativa no planeamento de cuidados, quer a nível da gestão de sintomas, quer no cumprimento terapêutico (Neto, 2016; Silva et. al., 2024). Esta parceria reforça a confiança e o sentimento de segurança, essenciais sobretudo nos períodos de transição, como o início da TSFR (Azevedo, 2024; Meleis, 2011; Neto, 2016).

O empoderamento e autonomia do doente fazem parte dos objetivos de enfermagem, incentivando a pessoa a assumir um papel ativo na autogestão da sua condição crónica (Meleis,

2011; Neto, 2016). Através de métodos educativos individualizados como demonstrações práticas, simulações e materiais de apoio, o enfermeiro reforça não só as competências técnicas, mas também a capacidade de tomada de decisão diária (Meleis, 2011; Neto, 2016; Paquete, 2019). A autonomia consolida-se à medida que o doente compreende as repercussões das intervenções (alimentares, farmacológicas, de exercício físico) na evolução da DRC, tornando-se mais capaz de gerir a própria saúde (Berghetti et. al., 2023; Meleis, 2011; Neto, 2016).

Para além de servir como fonte de conhecimento e facilitador da relação terapêutica, o enfermeiro assegura a comunicação entre equipa multidisciplinar e o doente. Esta coordenação de cuidados é fulcral para garantir a continuidade de cuidados e prevenir lacunas no acompanhamento clínico e na redução do risco de complicações (Azevedo, 2024; Neto, 2016; Pereira, 2024).

A Teoria das Transições sublinha que a adaptação à doença crónica implica alterações não só a nível físico, mas também emocional e social (Meleis, 2011; Neto, 2016). O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica reconhece que viver com DRC exige a reorganização de papéis familiares e sociais, a adoção de novas rotinas e a gestão de emoções. Por isso, as suas intervenções vão além do ensino de técnicas de autocuidado, envolvendo estratégias que fomentam a reflexão sobre a experiência pessoal de cada doente, a definição de objetivos a longo prazo e a construção de resiliência perante os desafios inerentes à condição crónica (Berghetti et. al., 2023; Meleis, 2011; Neto, 2016).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 58 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 09:00:00	Lisinopril 2,5mg	
2024-10-24 09:00:00	Alopurinol 100mg	
2024-10-24 09:00:00	Finasteride 5mg	
2024-10-24 09:00:00	Losartan 50mg	
2024-10-24 09:00:00	Dapaglifozina 10 mg	
2024-10-24 09:00:00	Sinvastatina 20mg	
2024-10-24 09:00:00	Physioneal 35 Glucose 1,36% p/v/13,6 mg/ml Solução para Diálise Peritoneal	
2024-10-24 09:00:00	Physioneal 35 Glucose 2,27% - Solução para Diálise Peritoneal	
2024-10-24 09:00:00	Extraneal (icodextrina 7,5%) Solução para Diálise Peritoneal	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para toda a medicação prescrita, inicialmente deve ser avaliado com o doente se existem défices de conhecimento ou a não adesão ao regime terapêutico (Deglin & Vallerand, 2003).

Alopurinol 100mg – prescrição relacionada com a DRC. É utilizada para retardar a progressão da DRC. Indicado na profilaxia da gota e da litíase renal. As reações adversas podem ser exantemas (incluindo formas graves, síndromes de Steven Johnson e Lyell), vasculites, hepatite, nefrite intersticial, alterações da visão e do paladar, parestesias, neuropatia, alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica, anemia aplástica). Deve ser tomado 1x dia, preferencialmente à mesma hora, sendo recomendado a ingestão adequada de líquidos (Prontuário Terapêutico, 2025).

Dapaglifozina 10mg – prescrição relacionada com a redução da progressão da DRC e a diminuição da incidência de eventos adversos renais. Trata-se de um fármaco indicado para o tratamento da DMII para melhorar o controlo da glicemia, contudo, tem sido utilizado em pessoas com DRC dados os benefícios associados (Ribeiro et. al, 2024)

Finasterida 5mg – Prescrição relacionada com o antecedente pessoal de HBP. Trata-se de um inibidor da 5-alfa-reductase de tipo II indicado em caso de hiperplasia benigna da próstata. Indicado também na alopecia androgénica. As reações adversas podem ser inibição da libido, ginecomastia, disfunção erétil e diminuição do volume do ejaculado (Prontuário terapêutico, 2025). Torna-se importante uma atenção especial ao estado psicológico do doente a fim de atuar precocemente caso apresente sintomatologia depressiva e/ou ansiosa.

Lisinopril 2,5mg – prescrição relacionada com o antecedente pessoal de HTA. Trata-se de um IECA. Os IECASs são anti-hipertensores de 1ª linha. São os modificadores do eixo renina angiotensina mais antigos e de experiência clínica mais vasta. O seu interesse não se esgota na HTA. Têm sido utilizados com sucesso no tratamento da IC, da disfunção ventricular pós-enfarte e na prevenção da nefropatia e retinopatia diabéticas. Via oral: 10 a 60 mg/dia. A dose inicial

recomendada é de 10 mg/dia na HTA e de 2,5 a 5 mg/dia na IC

Losartan 50mg - prescrição relacionada com o antecedente pessoal de HTA. Pertence a um grupo de medicamentos antihipertensores, do grupo antagonistas dos recetores de angiotensina II. A angiotensina II é uma substância produzida no organismo que se liga aos recetores nos vasos sanguíneos, levando ao seu estreitamento. Esta situação leva a HTA. O losartan previne assim a ligação da angiotensina II a estes recetores, levando a um relaxamento dos vasos sanguíneos, que por sua vez normaliza a pressão arterial. Os efeitos laterais e reações adversas, são: no sistema nervoso central (cefaleias, fadiga e tonturas); sistema cardiovascular (hipotensão); sistema gastrointestinal (diarreia, hepatite medicamentosa); e sistema genitourinário (função renal comprometida). Aspectos a vigiar em enfermagem: avaliar a pressão arterial e o pulso periodicamente durante a terapêutica; monitorizar a frequência das prescrições médicas para determinação da adesão à terapêutica; avaliar no doente os sinais de angioedema (Deglin & Vallerand, 2003).

Sinvastatina - prescrição relacionada com a DRC. Anormalidades no metabolismo lipídico são comuns em pacientes com DRC em tratamento conservador, em diálise ou após o transplante renal. Estes pacientes apresentam um perfil lipídico tipicamente trombogénico, com predomínio de elevação dos níveis de triglicéridos e redução do HDL-colesterol. A sinvastatina melhora a hemodinâmica renal, com aumento do fluxo plasmático renal e da TFG. Trata-se de uma estatina, antilipídico. A hipercolesterolemia é um importante fator de risco das doenças cardiovasculares ateroscleróticas.

Soluções de DP As soluções de DP são referentes às soluções indicadas para o procedimento, Physioneal e Extraneal. Os sacos de solução de DP Physioneal são compostos por glicose (varia entre 1,36%; 2,27%; 3,86% dado ser o agente osmótico utilizado) e por outras substâncias ativas em quantidades iguais (Na⁺: 132mmol/l; Ca⁺⁺: 1,75mmol/l; Mg⁺⁺: 0,25mmol/l; Cl⁻:101mmol/l; HCO₃⁻: 25mmol/l; C₃H₅O₃⁻: 10mmo/l) (Baxter, 2019). Por sua vez, a Extraneal (icodextrina 7,5%), é apresentada sob a forma de saco de 2 litros e é indicada para o uso de uma vez por dia como parte do tratamento de DP, ao invés de trocas prolongadas, particularmente em doentes com baixa ultrafiltração com soluções de glicose (Baxter, 2015).

Compete ao enfermeiro ensinar ao doente acerca de cada solução de DP, nomeadamente na sua diferenciação (as cores facilitam a perceção), qual a estratégia a ser utilizada e capacitar no sentido da sua manipulação. Estas intervenções tem um impacto significativo na gestão da DP, monitorização dos parâmetros e na prevenção de complicações.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: Cateter peritoneal.

24-10-2024 09:00 - Ausência de dor.

24-10-2024 09:00 - Ausência de calor.

24-10-2024 09:00 - Ausência de rubor.

24-10-2024 09:00 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 09:00 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 09:00 - Otimizar cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter intraperitoneal

31-10-2025 09:00 - Ausência de dor [MANTEVE].

31-10-2025 09:00 - Ausência de calor [MANTEVE].

31-10-2025 09:00 - Ausência de rubor [MANTEVE].

31-10-2025 09:00 - Ausência de tumefação [MANTEVE].

31-10-2025 09:00 - Ausência de exsudado [MANTEVE].

24-10-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para otimizar cateter intraperitoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal: facilitador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre sinais de infeção peritoneal [FIM]

31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para otimizar

cateter intraperitoneal [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para otimizar cateter intraperitoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Capacidade para otimizar cateter intraperitoneal: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir a otimizar cateter intraperitoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Treinar a otimizar cateter intraperitoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal

31-10-2025 09:00 - Autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Treinar a otimizar cateter intraperitoneal

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

24-10-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal.

31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal.

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: diálise peritoneal

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre diálise peritoneal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Capacidade para executar diálise peritoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre diálise peritoneal [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre diálise peritoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Conhecimento sobre diálise peritoneal: facilitador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre diálise peritoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar diálise peritoneal [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar diálise peritoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Capacidade para executar diálise peritoneal: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Instruir diálise peritoneal [FIM] 31-10-2025 09:00

- 24-10-2024 09:00 - Treinar diálise peritoneal [FIM] 31-10-2025 09:00
24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: dialise peritoneal
31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de autogestão da dialise peritoneal.
31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com a autogestão da dialise peritoneal.

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Acesso para diálise peritoneal

O Cateter Peritoneal, também chamado de Cateter Tenckhoff é inserido cirurgicamente na cavidade abdominal e apresenta dois cuffs para melhor fixação, sendo o primeiro interno, fixado no músculo da parede abdominal e o segundo subcutâneo. Ao final da inserção, o cateter pode ser exteriorizado, pronto para uso imediato, ou interiorizado de forma subcutânea (Daugirdas et al., 2015). Neste caso, o Cateter Peritoneal manteve-se interiorizado até ao início da DP.

Os cuidados com o cateter Peritoneal são da responsabilidade da pessoa (ou família/cuidador), uma vez que os procedimentos associados ao mesmo são realizados no seu domicílio. Neste sentido, o papel do enfermeiro é fundamental para a capacitação da pessoa relativamente à otimização e manutenção do cateter. As intervenções de enfermagem envolvem a instrução e treino relativamente à rigorosa higienização das mãos antes de manusear o cateter ou de procedimentos relacionados com a DP; os cuidados específicos com OSC (manutenção deste local limpo e seco), assim como os cuidados de limpeza diários com solução de NaCl 0,9%, seguido de penso estéril (Mushahar et al., 2017). A pessoa tem de estar capacitada e consciencializada numa perspetiva de vigilância dos sinais de infeção e informar prontamente os mesmos à equipa de DP. Outros cuidados a ter com o cateter como a importância de evitar o trauma, o uso de roupas soltas e a evicção à submersão do cateter em água, devem ser instruídos pelo enfermeiro (Mushahar et al., 2017).

3.5. Domínios

Início

24-10-2024 09:00
24-10-2024 09:00
24-10-2024 09:00
24-10-2024 09:00
24-10-2024 09:00

Domínios

Sensações somáticas
Volume de líquidos
Autogestão do regime medicamentoso
Padrão alimentar
Padrão de exercício

Fim

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Sensações somáticas: As sensações somáticas correspondem às percepções transmitidas pelos neurónios presentes nas terminações nervosas de ossos, músculos e pele, abrangendo experiências corporais como a temperatura, a dor ou o prurido (Akinrodeye & Lui, 2022). Neste caso, o doente encontra-se no pós-operatório de correção de hérnia inguinal. Esta foi identificada na primeira tentativa de DP, tendo sido intervencionado em contexto de urgência a 10/10/2024. Por esse motivo apresenta dor no abdómen inferior do lado direito à mobilização, pelo que a intervenção do enfermeiro é baseada na promoção do autocontrolo da dor através do ensino sobre o alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.

Volume de líquidos: A ingestão de líquidos é um fator fundamental para a pessoa com DRC. Em DP, geralmente, não é necessária a restrição hídrica numa fase inicial (Ikizler et al., 2020). É frequente apresentarem sede, boca seca e/ou redução espontânea de saliva. Estes sintomas estão associados à ingestão de sódio, depleção de potássio, aumento dos níveis de ureia no sangue, elevação da glicemia, altos níveis de angiotensina, além dos fatores psicológicos (KDIGO, 2024). Neste caso, o doente apresenta edemas moderados a nível maleolar e refere sede. Apesar do conhecimento sobre o regime da ingestão de líquidos ser facilitador, apresenta potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos bem como para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos.

Autogestão do regime medicamentoso: As pessoas com DRC frequentemente seguem regimes medicamentosos complexos (Burnier et al., 2015; Chiu et al., 2009). Capacitar a pessoa para a correta preparação e administração da medicação, além de fornecer informações sobre os medicamentos e efeitos secundários ou complicações, pode reduzir o risco de má adesão ou uso incorreto dos fármacos (Martins et al., 2017). Perante a complexidade do regime terapêutico, o foco de atenção dos enfermeiros carece de englobar os fatores de vulnerabilidade e resiliência individual, no sentido de facilitar a vivência de uma transição saudável e de promover o desenvolvimento da capacitação para a autogestão (Bastos, 2015). Neste caso, o doente nem sempre organiza a medicação conforme horário, por esquecimento, mantém a PA alta e irá iniciar DP, pelo que terá de ser capacitado relativamente às soluções dialisantes. No entanto, apresenta potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso, para melhorar a consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da PA e potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos.

Padrão alimentar: A gestão da DRC, através do regime dietético e medicamentoso, torna-se um grande desafio para o doente e família, principalmente no início da TSFR. Ao clarificar esse processo de doença, pretende-se a consciencialização com resultado nas alterações do comportamento de autocuidado da pessoa. O regime alimentar do DRC inclui a diminuição da ingestão diária de potássio (máx. 30 mEq/dia) de sódio (70 a 80 mEq/dia) e de fósforo (1000mg/dia) (Ferreira, 1997 cit. por Machado, M., 2009). O doente deve ser informado acerca dos alimentos que contêm mais potássio, fósforo e sódio e as estratégias para reduzir a sua ingestão nas refeições, como limitar o consumo de alimentos processados, uma vez que sua biodisponibilidade é de 100% em comparação com fontes orgânicas (Cristóvão, 2016). Neste caso, o doente apresenta um excesso de ingestão de potássio, sal e líquidos face ao regime dietético aconselhado. No entanto, apresenta potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea bem como para melhorar a consciencialização da relação entre a dieta e a retenção de líquidos.

Padrão de exercício: Manter uma atividade física regular é recomendado para melhorar o bem-estar mental e fortalecer o sistema músculo-esquelético (Bennett et al., 2022). A falta de prática de exercícios físicos causa alterações, como fadiga e diminuição da resistência. Apesar de ainda não existir muita evidência científica, a atividade física em doentes com DRC tem sido estudada nos últimos anos e tem sido progressivamente implementada nesta população como intervenção terapêutica, sendo que a literatura refere que combinar exercício físico aeróbio com exercícios de resistência promove melhores resultados (Radu, 2020). Dado que neste caso o doente não faz qualquer tipo de exercício, a intervenção será no âmbito de melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime de exercício e melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da PA.

Sondas, drenos e cateteres: Para a diálise, seja DP ou HD, é necessário que a pessoa tenha um acesso adequado. Na DP, o acesso é realizado através de um cateter peritoneal, inserido cirurgicamente na cavidade abdominal, sendo o cateter de Tenckhoff o mais utilizado (Daugirdas et al., 2015). Uma vez que a DP é realizada de forma autónoma no domicílio, implica que o doente seja capacitado no manuseamento do mesmo bem como na prevenção de complicações (Mushahar et al., 2017).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Manifesta dor.

24-10-2024 09:00 - Dor

- 24-10-2024 09:00 - Localização da dor
- 24-10-2024 09:00 - Abdómen Inferior
- 24-10-2024 09:00 - Intensidade da dor - 2.
- 24-10-2024 09:00 - frequência da dor - intermitente.
- 24-10-2024 09:00 - duração da dor - aguda.
- 24-10-2024 09:00 - dor de tipo - pontada.

24-10-2024 09:00 - Determinar evolução da dor

- 24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da dor
- 31-10-2025 09:00 - Localização da dor
- 31-10-2025 09:00 - Abdómen Inferior
- 31-10-2025 09:00 - Intensidade da dor - sem dor.

24-10-2024 09:00 - Promover autocontrolo: dor

- 24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

- 24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM] 31-10-2025 09:00
- 31-10-2025 09:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].
- 24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM] 31-10-2025 09:00
- 24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor
- 31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da dor.
- 31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da dor.

31-10-2025 09:00

- 31-10-2025 09:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Volume de líquidos

24-10-2024 09:00

- 24-10-2024 09:00 - Sinal de Godet
- 24-10-2024 09:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).
- 24-10-2024 09:00 - Peso: 62.00 Kg.

24-10-2024 09:00 - Edema

- 24-10-2024 09:00 - Localização do edema
- 24-10-2024 09:00 - Membro inferior

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

- 24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.
- 24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento

próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [FIM]

31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [FIM]

31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [FIM]

31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [FIM]

31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos

31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de autogestão da retenção de líquidos.

31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com a autogestão da retenção de líquidos.

31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Sinal de Godet

31-10-2025 09:00 - Membro inferior: Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

31-10-2025 09:00 - Peso: 61.00 Kg.

31-10-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

31-10-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

31-10-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 129 mmHg.

31-10-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

Autogestão do regime medicamentoso

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

24-10-2024 09:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

24-10-2024 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

24-10-2024 09:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

24-10-2024 09:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

24-10-2024 09:00 - Administra a medicação pela via adequada.

24-10-2024 09:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

24-10-2024 09:00 - Dispositivo: Tensímetro - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

24-10-2024 09:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

24-10-2024 09:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

24-10-2024 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]

31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso
31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

24-10-2024 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-10-2024 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-10-2024 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

24-10-2024 09:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

24-10-2024 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

24-10-2024 09:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

24-10-2024 09:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-10-2024 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

24-10-2024 09:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

24-10-2024 09:00 - Autogestão do regime dietético

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: regime dietético

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 31-10-2025 09:00

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

31-10-2025 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

31-10-2025 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

Padrão de exercício

24-10-2024 09:00

24-10-2024 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

24-10-2024 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

24-10-2024 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

24-10-2024 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

24-10-2024 09:00 - Autogestão do regime de exercício

24-10-2024 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício

24-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

24-10-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre exercício físico

24-10-2024 09:00 - Ensinar sobre exercício físico desaconselhado

24-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

31-10-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

24-10-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

24-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

31-10-2025 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

31-10-2025 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

31-10-2025 09:00

31-10-2025 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 2 horas.

31-10-2025 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 3 horas.

31-10-2025 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

31-10-2025 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 150 Minutos .

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Ensinar que deve realizar a toma da medicação a horas certas
- Ensinar sobre o uso de aplicativos móveis no telemóvel para alertas de medicação
- Ensinar sobre organizadores de comprimidos como caixas semanais ou diárias
- Disponibilizar contacto 24h para eventuais dúvidas

Ensinar sobre resposta à medicação

- Explicar as concentrações diferentes das soluções de DP
- Explicar que quanto maior a percentagem de glicose mais líquido será removido
- Ensinar sobre a vigilância de edemas, PA, peso e respetiva gestão

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Ensinar que não pode fumar, tomar café, comer ou fazer exercício 30min antes da avaliação (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que deve estar em ambiente tranquilo e com pouco ruído (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que o ambiente deve estar com uma temperatura confortável (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que deve descansar entre 3-5min antes da avaliação (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que não pode falar durante a avaliação (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que deve estar sentado de costas apoiado na cadeira, de pernas não cruzadas, de pés no chão e braço nu descansado na mesa, no ponto médio do braço ao nível do coração (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021) (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que deve realizar duas avaliações com um intervalo de um minuto entre elas (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)
- Ensinar que deve realizar a avaliação antes da toma da medicação (Sociedade Portuguesa Hipertensão, 2021)

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Ensinar sobre identificação do sinal de Godet

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Ensinar ao doente sobre os solutos de diálise

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Explicar mecanismo de atuação dos anti-hipertensores
- Explicar a importância de monitorizar a TA diariamente e realizar o registo
- Ensinar sobre a gestão da medicação em caso de hipo ou hipertensão

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Monitorização diária do peso e respetivo registo (no mesmo horário e balança)

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Planear exercício físico
- Adaptar exercício físico à condição física
- Sugerir exercícios variados
- Orientar para grupos de apoio
- Orientar para o profissional do exercício físico

Ensinar sobre exercício físico

- Ensinar sobre os benefícios do exercício físico na DRC (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Ensinar sobre exercício físico desaconselhado

- Ensinar que alguns desportos estão contra-indicados, nomeadamente os de contacto físico pelo risco de traumatismo e os aquáticos pelo risco de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Ensinar que o exercício deve ser efetuado de acordo com tolerância
- Ensinar que deve iniciar caminhadas de cerca de trinta minutos

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

- Através da automonitorização da TA e a alteração da dieta

Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

- Através da automonitorização da TA e a autoadministração a horas certas da medicação

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Disponibilizar panfletos
- Aconselhar a visitar o site da APIR
- Fornecer contacto disponível da DP

Ensinar sobre sinais de infeção peritoneal

- Ensinar sobre sinais inflamatórios do OS do cateter peritoneal, nomeadamente, presença de exsudado purulento e rubor da pele (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Ensinar sobre características da urina (côr, cheiro e transparência)
- Ensinar que urina turva e/ou disúria pode indicar infeção
- Ensinar que urina avermelhada pode ter presença de sangue
- Ensinar que urina espumosa pode indicar proteinúria

Ensinar sobre diálise peritoneal

- Abordar os tópicos seguintes:
 - -Noções gerais de DP
 - -Manutenção da assépsia e prevenção de infeção
 - -Procedimentos de DPCA
 - -Procedimentos de DPA
 - -Cuidados com o OS do cateter peritoneal
 - -Identificação de complicações
 - -Realização de medições e registos
 - -Agendamento de entregas de material de DP e logística associada
 - -Tratamento medicamentoso da DRC
 - -Alimentação e equilíbrio hídrico
 - -Exercício físico e desporto
 - -Sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Avaliar evolução da dor

- Através da escala numérica da dor

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre posicionamento durante o levantar

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Ensinar que os anti-hipertensores podem causar hipotensão como reação adversa (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2021)
- Explicar a importância da automonitorização da pressão arterial (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2021)

Avaliar evolução do autocontrolo da dor

- Através da aplicação de estratégias não farmacológicas e feedback da sua eficácia

Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

- Através de observação direta

3.8. Síntese relativa ao caso

Por agravamento da função renal, este doente iniciou treino de DPA no dia 24/10/2024. Foi optada esta modalidade por se encontrar no pós-operatório de hérnia inguinal, para minimização do risco de reaparecimento. O treino decorreu até ao dia 31/10/2024, tendo desenvolvido todas as capacidades necessárias para a realização do procedimento no domicílio.

Os ensinamentos, instruções e treinos foram diariamente realizados durante 8 dias, período que o doente necessitou para ficar autónomo no seu autocuidado. Na UDP, este processo de capacitação do doente e/ou da família/cuidador integra uma das atividades desenvolvidas para a realização de DP de forma autónoma no domicílio. Tanto na indução da DPCA como na DPA, a equipa de enfermagem elaborou um guia de ensino sob a forma de *checklist* de forma a assegurar que todos os temas essenciais no processo de capacitação para o autocuidado sejam devidamente abordados.

O ensino é geralmente realizado pelo mesmo enfermeiro ao longo do processo, garantindo a continuidade e coerência. Trata-se de um processo individualizado, que respeita o ritmo de aprendizagem de cada pessoa, promovendo um ensino adaptado às suas necessidades específicas. A padronização do ensino e do treino, através da utilização de uma *checklist*, é considerada fundamental para o sucesso de um programa de DP (Figueiredo et al., 2016).

Ao longo deste período de treino, o doente mostrou-se cada vez mais empenhado e motivado, encontrando-se completamente envolvido no processo. O próprio ficou cada vez mais interventivo, colocando questões pertinentes a cada dia.

As sessões deste caso são relativas à primeira consulta, no qual foram identificados os domínios e diagnósticos para intervenção e à segunda consulta, na qual foi avaliada a eficácia dos mesmos.

O doente em questão encontra-se numa transição de saúde-doença, o que implica várias modificações no dia-a-dia, nomeadamente em termos de gestão do tempo, da vida laboral e familiar bem como de aceitação da sua nova condição de saúde. Contudo, o doente apresenta motivação para aprender e está empenhado na aquisição de novas capacidades.

Uma vez que o doente já foi diagnosticado com DRC em 2010, ao longo deste tempo já foi adquirindo algum conhecimento, pelo que foi efetuada uma intervenção avançada sobretudo no potencial para melhorar o conhecimento bem como no potencial para melhorar a consciencialização.

Face ao caso exposto e relacionando o enquadramento teórico, foram selecionados os domínios das Sensações Somáticas, do Volume de Líquidos, da Autogestão do regime medicamentoso, do Padrão Alimentar e do Padrão de Exercício. Esta seleção, no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem, centra-se na capacitação para a autogestão e na promoção da qualidade de vida da pessoa. O EE destaca-se por otimizar o conhecimento da pessoa e a sua consciencialização sobre a condição, o que facilita a adesão ao regime terapêutico e as mudanças no estilo de vida. Assim, a seleção destes domínios, reflete a necessidade de um acompanhamento individualizado, que contemple a gestão dos sintomas, a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, o uso correto da medicação e estratégia de DP, a adequação alimentar e a incorporação da atividade física.

Deste modo, foram identificados compromissos ao nível do Volume de Líquidos, com a identificação dos diagnósticos: edema, potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos e potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos. A nível do regime medicamentoso foram identificados os diagnósticos: potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso, potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea assim como o potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos. Foram também identificados compromissos a nível do regime dietético, com a identificação dos diagnósticos: potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea e potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a retenção de líquidos. Relativamente ao regime de exercício foram identificados os diagnósticos: potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício e potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea.

Durante o processo de capacitação foi observada uma evolução positiva nos domínios selecionados, o que evidencia o papel do EE neste contexto.

Inicialmente foi trabalhada a área do conhecimento, nomeadamente acerca da DP, como a HTA, medicação, alimentação e exercício. Detetou-se que o doente nem sempre cumpria a medicação prescrita, por esquecimento. Neste sentido, foram definidas estratégias, nomeadamente a colocação de alarmes no telemóvel a horas certas com os respetivos lembretes. Relativamente à alimentação incidiu-se, sobretudo, na remoção de sal no padrão alimentar bem como na evicção de alimentos processados. Quanto ao exercício, foram explicados, numa fase inicial, os benefícios para a saúde. A intervenção do EE incidiu sobre o potencial para melhorar o conhecimento, mas sobretudo, no potencial para melhorar a consciencialização acerca de todos os aspetos acima descritos.

À data da segunda consulta, o doente encontra-se autónomo na realização da DP, com conhecimento suficiente para a autogestão do regime medicamentoso, dietético e de exercício físico. Nesta consulta foi possível avaliar a diminuição da PA e a diminuição do edema maleolar bilateral, o que se traduz em ganhos em saúde e efetividade no trabalho desenvolvido.

Em concordância com o que foi referido anteriormente, a relação terapêutica desenvolvida pelos enfermeiros e disponibilidade da equipa 24h, permite o desenvolvimento de parcerias com doente e família/cuidador, proporcionando ganhos no seu projeto de saúde individual.

4. CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO - CASO II

Mulher de 55 anos, com diagnóstico de DRC G4/G5 secundária a amiloidose por Fibrinogénio associada a variante patogénica genética. Autónoma nas AVD's. Vive com o marido e filha. Natural de França, a viver em Portugal há 15 anos. Como antecedentes apresenta HTA desde os 40 anos de difícil controlo e dislipidemia. Em contexto da HTA não controlada apresenta, por vezes, cefaleias e vómitos. Como antecedente cirúrgico, realizou em 2013 histerectomia por fibroma uterino. Por agravamento da função renal, inicia treino DPCA a 15/11/2024 na UDP.

4.1. Enquadramento teórico

No primeiro caso foram abordados vários tópicos, nomeadamente a definição da DRC, a sua etiologia e epidemiologia bem como a transição saúde doença na DRC. Uma vez que estes tópicos também são fundamentais para este segundo caso, não serão abordados novamente neste subcapítulo.

DRC Secundária a Amiloidose por Fibrinogénio

A Amiloidose refere-se a um grupo heterogéneo de doenças caracterizadas pela deposição extracelular de fibrilas amiloides. Quando estas fibrilas derivam do fibrinogénio (variante da cadeia A α), a condição denomina-se amiloidose por fibrinogénio, por vezes referida como amiloidose AFib. Esta forma rara de amiloidose hereditária pode conduzir a um envolvimento renal significativo, manifestando-se sob a forma de proteinúria, síndrome nefrótica e progressão para DRC (Gillmore et al., 2016).

A fisiopatologia centra-se no enovelamento incorreto (misfolding) de moléculas de fibrinogénio com mutações hereditárias na cadeia A α do gene FGA. As proteínas mal enoveladas agregam-se em fibrilas amiloides insolúveis, depositando-se em vários órgãos, sobretudo nos rins, fígado e baço. No rim, a acumulação de fibrilas amiloides nos glomérulos compromete a capacidade de filtração, conduzindo eventualmente a lesão renal irreversível (Delrue et. al., 2024; Merlini, 2017).

Do ponto de vista clínico, os doentes apresentam frequentemente proteinúria, que pode evoluir para hipoalbuminémia e edema. Com o passar do tempo, ocorre progressão da DRC.

A avaliação laboratorial, a biópsia renal com coloração de vermelho do Congo e técnicas específicas de imunohistoquímica ou proteómicas confirmam o diagnóstico. Testes genéticos

permitem identificar a mutação envolvida (Gillmore et al., 2016).

As estratégias de tratamento visam reduzir a produção de amiloide e gerir as complicações relacionadas com a DRC. O controlo adequado da pressão arterial, o uso de inibidores do SRAA para minimizar a proteinúria e a utilização de diuréticos para controlar o edema são elementos fundamentais de cuidados de suporte (Delrue et. al., 2024; Merlini, 2017). Dada a natureza progressiva da amiloidose por fibrinogénio, o diagnóstico precoce e uma abordagem multidisciplinar são essenciais para otimizar os resultados (Gillmore et al., 2016).

No caso desta doente, a DRC já se encontra num estado avançado pelo que inia TSFR, nomeadamente a DP. Foram utilizados os mesmos referenciais teóricos do caso anterior, para a conceção de cuidados, nomeadamente, a Teoria das Transições de Alaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Orem.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-15 09:00:00	Lercanadipina 20mg	
2024-11-15 09:00:00	Irbesartan 300mg	
2024-11-15 09:00:00	Empaglifozina 10mg	
2024-11-15 09:00:00	Sulfato ferroso	
2024-11-15 09:00:00	Atorvastatina 40mg + Ezetimibe 10mg	
2024-11-15 09:00:00	Epoitina 2000UI semana	
2024-11-15 09:00:00	Egostar 1cp/mês	
2024-11-15 09:00:00	Physioneal 35 Glucose 1,36% - Solução para Diálise Peritoneal	
2024-11-15 09:00:00	Physioneal 35 Glucose 2,27% - Solução para Diálise Peritoneal	
2024-11-15 09:00:00	Physioneal 35 Glucose 3,86% - Solução para Diálise Peritoneal	
2024-11-15 09:00:00	Extraneal (icodextrina 7,5%) Solução para Diálise Peritoneal	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Atorvastatina 40mg + Ezetimiba 10mg prescrição realizada face ao antecedente de dislipidemia. Fármaco pertence ao grupo das Associações fixas de estatinas e ezetimiba (inibidor seletivo da absorção do colesterol). Estas associações combinam dois fármacos antidislipidémicos com mecanismos de ação complementares, destinados a doentes com elevado risco, quando o recurso a uma estatina isoladamente não permite controlar os níveis lipídicos. A opção por uma associação fixa tem como objetivo melhorar a adesão dos doentes ao tratamento (Infarmed, 2024)

Egostar 1cp/mês, colecalciferol, também denominada vitamina D3. Prescrito no âmbito de alterações analíticas, nomeadamente deficiência de Vit.D. É utilizado na prevenção e tratamento da deficiência em Vitamina D. Como reações adversas podem ocorrer Hipercalemia e hipercaleiúria (pouco frequentes); prurido, exantema e urticária (raros). Explicar à doente a importância da exposição solar, em cerca de 15 a 20min, diariamente, como tratamento complementar (Infarmed, 2024)

Empagliflozina 10mg prescrição relacionada com a redução da progressão da DRC e a diminuição da incidência de eventos adversos renais. Pertence ao grupo dos Inibidores do cotransportador-2-sódio-glucose (SGLT2), sendo indicada no tratamento da DMII como complemento da dieta e do exercício físico em doentes com idade superior a 18 anos ou em doentes em que a metformina é inapropriada. Pode usar-se em associação com outros medicamentos antidiabéticos. As reações adversas podem ser infeções urinárias, hipoglicemia e infeções genitais. Este fármaco deve ser utilizado com precaução na dose, quando a função renal está comprometida, devido ao mecanismo de ação do mesmo (Infarmed, 2024)

Epoetina 6000U.I., antianémico, prescrito para o tratamento da anemia associada à insuficiência renal crónica. Estimula a eritropoiese. Mantém e pode aumentar a contagem dos glóbulos vermelhos, diminuindo a necessidade de transfusão sanguínea. O enfermeiro deve monitorizar a tensão arterial antes e ao longo da terapêutica e referenciar HTA grave ao médico. Pode ser necessária terapêutica anti hipertensora adicional. Monitorizar sinais de anemia (fadiga, dispneia, palidez). Durante 2 semanas após uma alteração da posologia e regularmente até serem atingidos os valores desejados e a dose de manutenção tenha sido determinada (Vallerand et al.,2016).

Irbesartan 300mg prescrição associada ao antecedente pessoal de HTA. É um antagonista dos recetores da angiotensina, é também utilizado como antihipertensor de primeira linha. No entanto, é também utilizado com sucesso, no tratamento da insuficiência cardíaca ou em doentes (cl clinicamente estáveis), com disfunção ventricular pós enfarte, especialmente quando

há intolerância aos IECAs. Podem também ter utilidade (em doses próximas das anti-hipertensoras) na prevenção e retardamento da progressão da nefropatia diabética. As reações adversas podem ser o seu uso podem ocorrer reações adversas tais como cefaleias, tonturas, astenia, dores musculares e hipercaliemia (Infarmed, 2024). Deve ser explicado à doente a importância da monitorização da TA no domicílio.

Lercanadipina 20mg prescrição associada ao antecedente pessoal de HTA. É um bloqueador da entrada de cálcio, antiarrítmico. Os bloqueadores da entrada do cálcio são anti-hipertensores de primeira linha. Além da indicação principal que é a HTA, podem também ser utilizados no tratamento da angina de peito (de esforço e espástica). As reações adversas podem ser cefaleias, tonturas, edemas, rubor, astenia e náuseas. O efeito hipotensor deste medicamento é potenciado pela ação de outros anti-hipertensores. (Infarmed, 2024). Deve ser explicado à doente a importância da monitorização da TA no domicílio.

Sulfato Ferroso prescrição realizada no âmbito de alterações analítica, nomeadamente, anemia. Fármaco pertencente ao grupo de Compostos de Ferro por Via Oral, são utilizados no tratamento de anemias ferropénicas. Como reações adversas podem causar náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia. Fezes escuras. A administração excessiva a longo prazo pode causar hemossiderose (Infarmed, 2024). Deve ser explicada à doente que este medicamento deve ser tomado após as refeições.

Soluções de Diálise já referido no caso anterior.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

15-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Características do dispositivo: Cateter Peritoneal.

15-11-2024 09:00 - Ausência de dor.

15-11-2024 09:00 - Ausência de calor.

15-11-2024 09:00 - Ausência de rubor.

15-11-2024 09:00 - Ausência de tumefação.

15-11-2024 09:00 - Ausência de exsudado.

15-11-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

15-11-2024 09:00 - Otimizar cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de

inserção do cateter intraperitoneal

26-11-2024 09:00 - Ausência de dor [MANTEVE].

26-11-2024 09:00 - Ausência de calor [MANTEVE].

26-11-2024 09:00 - Ausência de rubor [MANTEVE].

26-11-2024 09:00 - Ausência de tumefação [MANTEVE].

26-11-2024 09:00 - Ausência de exsudado [MANTEVE].

15-11-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Capacidade para otimizar cateter intraperitoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção peritoneal: facilitador [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Ensinar sobre sinais de infeção peritoneal [FIM]

26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso face a sinais de infeção peritoneal [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para otimizar cateter intraperitoneal [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da capacidade para otimizar cateter intraperitoneal [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Capacidade para otimizar cateter intraperitoneal: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Instruir a otimizar cateter intraperitoneal [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Treinar a otimizar cateter intraperitoneal [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal

26-11-2024 09:00 - Autoeficácia para otimizar cateter intraperitoneal:

necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-11-2024 09:00 - *Treinar a otimizar cateter intraperitoneal*

15-11-2024 09:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados*

15-11-2024 09:00 - *Elogiar o desempenho do cliente*

15-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal*

26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal.

26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal.

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: diálise peritoneal

15-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre diálise peritoneal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Capacidade para executar diálise peritoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Autoeficácia para executar diálise peritoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre diálise peritoneal [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre diálise peritoneal [FIM]* 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre diálise peritoneal: facilitador [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - *Ensinar sobre diálise peritoneal [FIM]* 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar diálise peritoneal [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da capacidade para executar diálise peritoneal [FIM]* 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Capacidade para executar diálise peritoneal: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - *Instruir diálise peritoneal [FIM]* 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - *Treinar diálise peritoneal [FIM]* 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar diálise peritoneal

15-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para executar diálise peritoneal*

26-11-2024 09:00 - Autoeficácia para executar diálise peritoneal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-11-2024 09:00 - *Treinar diálise peritoneal*

15-11-2024 09:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados*

15-11-2024 09:00 - *Elogiar o desempenho do cliente*

15-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão: diálise peritoneal*

26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de autogestão da dialise peritoneal.

26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com a autogestão da dialise peritoneal.

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

O acesso para DP foi abordado no enquadramento do caso anterior.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-11-2024 09:00	Volume de líquidos	
15-11-2024 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
15-11-2024 09:00	Padrão alimentar	
15-11-2024 09:00	Padrão de exercício	
15-11-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
15-11-2024 09:00	Conservação de energia	
15-11-2024 09:00	Autoconceito	
15-11-2024 09:00	Emoção	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Volume de líquidos: Como referido no caso anterior, a ingestão de líquidos é um fator preponderante na gestão da DRC, sendo necessária, muitas vezes restrição hídrica e intervenção relativa à ingestão de sal. Neste caso em particular, a doente apresenta edema moderado dos membros inferiores, mais localizados a nível a nível maleolar e sensação de cansaço fácil. Esta doente apesar de ter conhecimento sobre o regime de ingestão de líquidos e autovigilância da retenção de líquidos, necessita de consciencialização relativamente à relação entre a ingestão de líquidos e retenção de líquidos.

Emoção: Receber um diagnóstico de doença crónica implica mudanças significativas na vida da pessoa. Além do diagnóstico, a necessidade de um tratamento contínuo pode gerar sentimentos de ansiedade (Ibapina et al., 2016). Sobre o processo mental da pessoa em TSFR, são referidos por diversos autores várias emoções, como medo, ansiedade, choque, insegurança, angústia, culpa e raiva, como resposta ao novo estilo de vida que deve ser adotado. Estes sentimentos

podem ter um impacto negativo na autoestima e levar a uma resistência na adesão ao tratamento, prejudicando o estado clínico da pessoa (Metrogos et al., 2021).

Neste caso, a doente apresenta sinais de ansiedade, pelo medo do desconhecido e do risco de complicações associadas. Além disso, manifesta autoestima mais baixa associada à autoimagem pela presença do cateter DP no corpo, de forma permanente. Desta forma, torna-se necessário promover o autocontrolo relativo à ansiedade e a consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade.

Aucoconceito: Este domínio surge associado à autoimagem, pela presença do cateter DP, como referido acima. Segundo Townsend (2011), o autoconceito é formado pela autoestima, imagem corporal e identidade pessoal. A autoestima, por sua vez, diz respeito ao nível de valorização que o indivíduo atribui a si mesmo, às suas escolhas e às suas competências. Por sua vez, a autoimagem corresponde à percepção que o indivíduo tem de si mesmo, englobando a sua opinião pessoal, bem como a autoestima e a imagem corporal (Sampaio e Sequeira, 2020 citado por Pereira, 2022). ICN (2019) refere que a autoimagem é o conceito ou imagem mental de si próprio. Neste caso, foi identificado o autoconceito associado à alteração da autoimagem, sendo necessária intervenção por parte do enfermeiro no processo de adaptação e promoção do autocuidado relativamente à autonomia da pessoa. Além disso, são ensinadas estratégias para lidar com o CP, por forma a melhorar a autoestima e a relação com os outros, nomeadamente com o cônjuge. Desta forma, surge a necessidade de promover o autocontrolo relacionado com o autoconceito e melhorar a consciencialização sobre o autoconceito e estratégias promotoras do mesmo.

Conservação de Energia: A pessoa com DRC, experimenta, com frequência, dificuldades relacionadas à tolerância à atividade, a pessoa não possui energia suficiente, seja física ou emocional, para realizar as atividades quotidianas necessárias ou desejadas (Silva et al., 2016). A intolerância à atividade nestes doentes pode ser exacerbada pela ingestão inadequada de líquidos e sal. O excesso de líquidos pode causar edema, dificuldade respiratória e sobrecarga cardiovascular, o que limita a capacidade para realizar atividades físicas (KDIGO, 2024). Além disso, o consumo elevado de sal contribui para a retenção de líquidos e o aumento da PA, agravando a capacidade funcional da pessoa, o que aumenta o risco de complicações como insuficiência cardíaca e HTA (NKF, 2020). Neste caso, a doente apresenta cansaço para esforços.

Autogestão do regime medicamentoso, Padrão alimentar e Padrão de exercício físico: estes domínios referentes à autogestão do regime terapêutico já foram referenciados no caso anterior relativamente ao enquadramento. Neste caso em particular, apesar de semelhante, a doente beneficia de melhorar o conhecimento e a consciencialização relativamente à relação entre o regime medicamentoso e o controlo da PA; à relação entre o regime medicamentoso e a retenção de líquidos, a par da promoção da autogestão; à relação entre a dieta e o controlo da PA bem como da relação entre a dieta e a retenção de líquidos; à

relação entre o exercício físico e a tolerância à atividade e a sua autogestão.

Sondas, drenos e cateteres: como referido no caso anterior, esta doente também ira iniciar DP, pelo que será capacitada nesse sentido.

4.6. Conceção de Cuidados

Volume de líquidos

15-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Sinal de Godet

15-11-2024 09:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

15-11-2024 09:00 - Peso: 64.10 Kg.

15-11-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-11-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

15-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 164 mmHg.

15-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 89 mmHg.

15-11-2024 09:00 - Edema

15-11-2024 09:00 - Localização do edema

15-11-2024 09:00 - Membro inferior

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

15-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador.

15-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador.

15-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Sinal de Godet

26-11-2024 09:00 - Membro inferior: Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

- 26-11-2024 09:00 - Peso: 63.50 Kg.
26-11-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
26-11-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
26-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 148 mmHg.
26-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 83 mmHg.

Conservação de energia

15-11-2024 09:00

- 15-11-2024 09:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

15-11-2024 09:00 - Intolerância à atividade

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício

- 15-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.
15-11-2024 09:00 - Capacidade para executar regime de exercício: facilitadora.
15-11-2024 09:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar

regime de exercício [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

- 15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar regime de exercício [FIM] 26-11-2024 09:00*
26-11-2024 09:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: facilitadora [MELHOROU].
15-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 26-11-2024 09:00
15-11-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 26-11-2024 09:00
15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício
26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.
26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

Autoconceito

15-11-2024 09:00

- 15-11-2024 09:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

15-11-2024 09:00 - Autoconceito comprometido

15-11-2024 09:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

- 15-11-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
15-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

- 15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o*

autoconceito [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

26-11-2024 09:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

26-11-2024 09:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

Emoção

15-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Ansiedade

15-11-2024 09:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

15-11-2024 09:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

Autogestão do regime medicamentoso

15-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

15-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]

26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

15-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 5.

15-11-2024 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

15-11-2024 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

15-11-2024 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

15-11-2024 09:00 - Autogestão do regime dietético

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime dietético

15-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 26-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

26-11-2024 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

26-11-2024 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

26-11-2024 09:00

26-11-2024 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

26-11-2024 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

26-11-2024 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

Padrão de exercício

15-11-2024 09:00

15-11-2024 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

15-11-2024 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 12 horas.

15-11-2024 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 45 Minutos .

15-11-2024 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 150 Minutos .

15-11-2024 09:00 - Autogestão do regime de exercício

15-11-2024 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício

15-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade

26-11-2024 09:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

15-11-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

15-11-2024 09:00 - Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade

15-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre sinais de infeção peritoneal

- Ensinar sobre sinais inflamatórios do OS do cateter peritoneal, nomeadamente presença de exsudado purulento e rubor da pele (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Ensinar sobre diálise peritoneal

- Abordar os tópicos seguintes:
 - -Noções gerais de DP
 - -Manutenção da assépsia e prevenção de infeção
 - -Procedimentos de DPCA
 - -Procedimentos de DPA
 - -Cuidados com o OS do cateter peritoneal
 - -Identificação de complicações
 - -Realização de medicações e registos
 - -Agendamento de entregas de material de DP e logística associada
 - -Tratamento medicamentoso da DRC
 - -Alimentação e equilíbrio hídrico
 - -Exercício físico e desporto
 - -Sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023)

Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter intraperitoneal

- Através de observação direta

4.8. Síntese relativa ao caso

Por agravamento da função renal, esta doente iniciou treino de DPCA no dia 15/11/2024 que decorreu até dia 26/11/2024, no qual já se encontrava completamente autónoma no autocuidado. À semelhança do caso anterior, esta doente também se encontrava motivada para o início da DP, apesar de manifestar alguma ansiedade relativa ao medo do procedimento e das complicações como também alteração da auto-imagem por apresentar o cateter de diálise na região abdominal. Além disso, apresentava, também, cansaço fácil. Durante o treino foi realizada a capacitação da doente para o autocuidado em DP, através da checklist.

Face ao exposto foram selecionados os seguintes domínios: Volume de Líquidos, Autogestão do regime medicamentoso, Padrão Alimentar, Padrão de Exercício, Conservação de Energia, Autoconceito e Emoção.

Neste contexto, a doente, devido à evolução da DRC ao longo dos anos, já possui vários conhecimentos sobre a mesma. Desta forma, a intervenção do EE foca-se, essencialmente, na consciencialização, na capacitação e em estabelecer uma relação terapêutica eficaz. O EE desempenha um papel fundamental neste processo, garantindo espaço e tempo adequado à pessoa e contribuindo no seu processo de adaptação à nova condição. A intervenção avançada visa melhorar o conhecimento, reforçar positivamente a doente e facilitar o acesso a informações importantes, com o objetivo de empoderar a pessoa na tomada de decisão, a aderir ao regime terapêutico e a melhorar a qualidade de vida.

O empowerment é um processo pelo qual a pessoa desenvolve competência, confiança e autonomia para tomar decisões informadas e exercer controlo sobre a sua própria vida. No contexto da saúde e enfermagem, envolve capacitá-los para assumir um papel ativo no seu cuidado, promovendo a tomada de decisões conscientes e a gestão eficaz da sua condição de saúde. Este processo é alcançado através dos ensinamentos, partilha de informação, treino, fortalecimento das competências com vista à promoção da autonomia e autogestão. O empowerment é essencial para melhorar a adesão ao regime terapêutico e a qualidade de vida, uma vez que os indivíduos se tornam protagonistas do seu próprio processo de cuidado (WHO, 1998).

Neste sentido, foram selecionados e trabalhados os domínios do volume de líquidos, autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar, padrão de exercício, conservação de energia, autoconceito, emoção e sondas, drenos e cateteres.

O papel do EE foi evidenciado através da capacitação da doente e da evolução positiva de todos

os domínios identificados. No dia 26/11/2024, a doente além de se encontrar autónoma no autocuidado na DP, apresentava melhoria do seu estado geral, nomeadamente, na redução dos edemas dos membros inferiores, na melhoria da PA assim como, ainda que reduzido, na diminuição do peso corporal. Além do referido os níveis de ansiedade diminuíram ao estar e sentir-se autónoma no autocuidado, bem como se encontrava consciencializada relativamente à sua autoimagem.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Na área da saúde, o termo competência pode ser definido como um conhecimento que permite a um profissional exercer uma atividade de forma segura. Além do elevado grau de conhecimento e percepção, demonstra também um conjunto de capacidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais que permitem dominar uma determinada área, quer a nível teórico, quer a nível prático (WHO & ICN, 2009).

Para Benner (2001), a prática dos cuidados atinge um nível de excelência quando o profissional é capaz de, através da aprendizagem experiencial, atingir a perícia profissional. A autora refere ainda que a aquisição de competências, por parte dos enfermeiros, decorre de um processo com diferentes estádios, permitindo-lhe tornar-se num perito com uma vasta experiência, demonstrando um desempenho eficiente, com uma percepção holística de cada situação, definindo assim a sua ação.

Os cuidados de Enfermagem assumem, cada vez mais, um maior valor e exigência técnica/científica, tornando a especialização uma realidade cada vez mais ampla entre os enfermeiros, conforme previsto no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. A aquisição de Competências Comuns do EE representa as competências desenvolvidas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, através da sua alta aptidão de conceção, gestão e supervisão assim como através da prática profissional especializada no campo de ação da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº140/2019). Deste modo, as Competências Comuns do EE “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Como tal, foi com base neste conceito que foram desenvolvidas e realizadas atividades que permitiram o desenvolvimento das competências acima referidas, razão pela qual, seguidamente, serão apresentados os quatro domínios que integram as competências comuns do EE.

Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal é de extrema importância no âmbito da atuação dos enfermeiros, pois permite a garantia da qualidade dos cuidados prestados às pessoas/famílias/cuidadores bem como à integridade profissional.

Os enfermeiros devem seguir os princípios éticos e legais, assim como cumprir as normas e regulamentos pela qual a prática de enfermagem se rege. No Decreto-Lei n.º 161/96, que estabelece o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e no Código de Deontologia Profissional de Enfermagem, estão definidos os princípios éticos e deontológicos basilares para a prática de enfermagem, tornando esses documentos fundamentais para o exercício ético e seguro da profissão.

O artigo 8.º do REPE refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos”. Deste modo, é fundamental que a pessoa com DRC tenha direito à informação para que, de forma esclarecida, opte pela TSFR que mais se adequa à sua vida.

Assim, é esperado que o EE apresente uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, ostentando uma conduta de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, e assim garantir uma prestação de cuidados com base nos direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019). O código da profissão defende que as intervenções de enfermagem devem ser executadas com o cuidado pela dignidade e liberdade da pessoa e que se deve determinar em valores como: a igualdade, a liberdade, o bem comum, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade, assim como uma prática competente e o aperfeiçoamento profissional (Lei nº156/2015).

O reconhecimento de cada indivíduo como um ser irrepitível é fundamental para a humanização dos cuidados de enfermagem, em consonância com os princípios de “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e “Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”, conforme expresso no artigo 110.º - Da humanização dos cuidados, alíneas a) e b), da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015, p. 86).

Durante o ENP, foi com base nos princípios acima referidos, que foram desenvolvidas as competências relacionadas com este domínio. Garantir um ambiente terapêutico foi fundamental para que a pessoa pudesse se expressar e colocar todas as questões relativas quer ao processo de DP em si, quer acerca da dinâmica familiar. Neste sentido, o enfermeiro assume particular importância no estímulo da autoconfiança, autonomia e comportamentos de autocuidado da pessoa ou do seu cuidador (OE, 2016). O ambiente e a relação terapêutica facilitaram o estabelecimento de uma parceria de cuidados, que permitiu a identificação das necessidades da pessoa, bem como a compreensão do seu contexto familiar.

As necessidades identificadas permitiram a elaboração de um plano de cuidados personalizado de acordo com as preferências da pessoa, assim como foram registadas as intervenções realizadas no seu processo de enfermagem, necessárias à continuidade de cuidados, como é descrito na alínea d) do Artigo 83.º da Deontologia Profissional de Enfermagem.

Todas as informações obtidas foram tratadas com sigilo profissional, com abstenção de juízos de valor. Nesse contexto, foram consideradas as necessidades individuais, as crenças e valores por

forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Relativamente à estrutura física, a existência de uma sala adequada para a realização do treino em DP, permitiu a abordagem acima referida, estando apenas presentes a pessoa e família, eu e o enfermeiro atribuído à pessoa, o que permitiu à pessoa sentir-se livre de constrangimentos. O ambiente propício, calmo, sereno, com preservação da privacidade da pessoa e com tempo necessário para realizar ensinamentos e treino diariamente, permitiu desenvolver as potencialidades da pessoa de forma a ficar autónoma no seu autocuidado. Desta forma, a informação foi transmitida através dos ensinamentos, mas também reforçada através do preenchimento de checklist.

Deste modo, o dever da informação tem um papel fundamental, permitindo o empenhamento da pessoa/família/cuidador nos cuidados, concedendo-lhes o direito à autodeterminação, assim como o respeito e direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº156/2015). Assim sendo, as intervenções desenvolvidas tiveram como fundamento o respeito pela pessoa, dignidade e respetiva vontade, com capacidade para tomar decisões autónomas conscientemente, o que vai de encontro à Lei de Bases da Saúde, que defende que todas as pessoas têm o direito de receber informação de forma “adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” assim como “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei” (Lei nº95/2019, p.56).

Todas as reflexões realizadas ao longo do estágio permitiram fomentar o profissionalismo e responsabilidade para uma prática de enfermagem especializada centrada na pessoa, valorizando a autonomia da pessoa, a sua autodeterminação e respeito. Como tal, ao longo deste percurso, foram utilizadas estratégias de comunicação verbal e não-verbal nos cuidados prestados com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança e empatia com a pessoa cujo objetivo deve permitir o envolvimento, negociação e uma parceria de cuidados e assim respeitar as crenças, valores e capacidades da pessoa no seu processo de transição saúde-doença (OE, 2017).

Melhoria Contínua da Qualidade

Requer-se nesta competência que o EE colabore na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, participe na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional, mobilize conhecimentos e habilidades, garantindo a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) assim como oriente projetos institucionais na mesma área (Regulamento nº140/2019).

Embora não haja uma definição universalmente consensual, a qualidade em saúde pode ser compreendida como uma medida orientada para a otimização dos resultados clínicos, fundamentada na aplicação dos conhecimentos profissionais mais atualizados e validados cientificamente (OMS, 2020). Segundo a mesma fonte, esta conceção visa promover impactos positivos em saúde, tanto no âmbito individual quanto populacional, destacando a relevância da Prática Baseada na Evidência (PBE) e do saber técnico-científico dos profissionais de saúde

(OMS, 2020).

A competência de MCQ vai de encontro ao Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 que tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (PNSD, 2021), conforme evidenciado na figura abaixo.

Figura 3. Pilares do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026



Fonte: Adaptado do Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro

Por sua vez, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 destaca como foco principal a garantia do acesso à saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos, em todas as faixas etárias e, deste modo, potencializar o financiamento da saúde, o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção dos profissionais. Também é referido no mesmo, que é fundamental garantir um investimento contínuo na qualidade, na educação, na capacitação e na criação de contextos de trabalho adequados para os profissionais de saúde, a fim de promover a satisfação no desempenho das suas funções e, desta forma, reduzir ou prevenir situações de burnout e abandono profissional (DGS, 2021).

A excelência no exercício profissional dos enfermeiros é reconhecida como um dos fatores que contribuem significativamente para a qualidade em saúde. A gestão adequada da informação resultante dos cuidados de enfermagem permite avaliar de forma eficaz os ganhos em saúde alcançados pela população (OE, 202)

A OE (2023) refere que, na DP, existem indicadores clínicos como a eficácia dialítica e as infeções relacionadas com o cateter peritoneal que são reconhecidos nacional e internacionalmente, contudo, a definição dos indicadores de qualidade no contexto da prática

de enfermagem, tornou-se um desafio. Segundo o mesmo autor, os indicadores de qualidade de enfermagem refletem como os enfermeiros contribuem para a saúde da população, através do planeamento, atuação e avaliação da sua prática profissional de forma autónoma. A avaliação da qualidade deve ter em consideração a complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e intangibilidade dos cuidados, superando a dependência do contexto e a interação entre estrutura, processo e resultados.

Estes indicadores de qualidade podem ser agrupados de acordo com o modelo de Donabedian em indicadores de estrutura, processo e resultado. Os primeiros referem-se à estrutura da UDP, o espaço físico bem como os recursos humanos e materiais; os segundos, monitorizam a ação, quais os cuidados prestados ao doente/família; os terceiros, dizem respeito aos resultados alcançados, ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2023).

Relativamente à prática de Enfermagem, a OE (2017) elaborou os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) (Figura 4), nomeadamente na área de especialização de Enfermagem à PSC, no qual enuncia a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem bem como a segurança nos cuidados especializados como aspetos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros e na procura da qualidade dos mesmos.

Figura 4. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Fonte: Adaptado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, 25 novembro de 2017

No decorrer do ENP, foi possível adquirir competências de MCQ através da colaboração nas sessões efetuadas na consulta de Informação Pré-Diálise (IPD). A consulta de IPD é realizada exclusivamente por enfermeiro responsável pela UDP, a um grupo de pessoas com DRC (e seus familiares), que foram encaminhadas pelo nefrologista. A IPD é uma estratégia estruturada, realizada uma vez por semana, sempre no mesmo dia, com o objetivo de esclarecer quais são as opções terapêuticas que o doente pode escolher, de forma informada, indo ao encontro da norma nº017/2011 de 28/09/2011 da DGS. Esta norma refere a obrigatoriedade de uma informação sistematizada com o esclarecimento da pessoa com DRC sobre as modalidades de tratamento disponíveis na DRCT, nomeadamente, TR, HD e DP bem como o tratamento médico conservador. Este primeiro contacto com as opções, não requer que as pessoas tenham de optar no dia qual o tratamento que preferem, mas fiquem esclarecidos e com informação necessária para decidirem sobre o seu projeto de vida relativamente à doença.

Destaca-se que o enfermeiro responsável pela UDP é portador de título de EE e a sua atividade permite identificar as necessidades da pessoa e assim promover intervenções especializadas junto da mesma cuja finalidade é facilitar a transição saúde-doença decorrente da doença crónica. Com a observação desta consulta foi permitido identificar que este profissional apoia a pessoa no processo de transição e adaptação: concebe planos de intervenção individualizados e maximiza assim a autonomia e a qualidade de vida; adequa estratégias individualizadas e exequíveis para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação; fomenta estratégias de autogestão e promoção da saúde, identificando que a doença crónica é um fator de stress e fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica, documentando as intervenções especializadas decorrentes da prestação de cuidados (Regulamento n.º 429/2018).

Outro domínio, particularmente importante no ENP relativamente à qualidade em saúde e segurança, é a prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), o qual se procurou demonstrar sempre maior atenção. Como já referido neste relatório, a DP é uma técnica para ser utilizada autonomamente no domicílio. A DP exige da pessoa motivação, capacidade física e cognitiva para a execução da mesma, de forma correta e segura. Neste sentido, a atuação do enfermeiro relativamente ao cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) e à capacitação e consciencialização do indivíduo foi fundamental. Nem todas as IACS são evitáveis, contudo, uma percentagem significativa pode ser prevenida (Alves et al., 2019).

O EE desempenha um papel fundamental na melhoria dos cuidados de saúde, com competências de liderança e gestão, na sua atuação como educador e agente ativo de mudança das práticas clínicas. Com conhecimentos avançados e competências específicas, contribui para a implementação de cuidados baseados em evidência científica, garantindo qualidade e segurança do doente. Além disso, o EE ao participar no processo de tomada de decisão, promove a capacitação contínua da equipe e dos doentes e utiliza indicadores de qualidade para monitorizar e melhorar os resultados, alinhando-se às melhores práticas, promovendo um cuidado centrado na pessoa.

Apesar de atualmente não se encontrar a decorrer nenhum projeto de melhoria contínua na

UDP, esta encontra-se inserida no SN, que é alvo de auditorias internas e externas de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados. Durante o período de estágio, não foi possível desenvolver nenhum projeto de melhoria contínua, mas foi abordado informalmente sobre a pertinência de futuros projetos no que diz respeito à monitorização de infeção do OSC bem como na adaptação do programa de educação já existente para o formato digital. Outro aspeto de melhoria referenciado, foi a introdução dos registos informatizados.

Gestão dos Cuidados

Esta competência requer que o EE realize a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, para além de liderar e gerir os recursos de acordo com as situações e os contextos, visando a garantia pela qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019). O ponto 6 do artigo 9.º do REPE refere que “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, ...” (p. 3). Neste sentido, no domínio da gestão de cuidados, o EE deve reunir um conjunto de competências que permitam uma gestão eficiente de recursos humanos e materiais de acordo com as necessidades e o contexto, a par da melhoria da qualidade dos cuidados e da eficácia da equipa.

Durante o ENP, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável pela UDP na gestão da unidade, bem como o enfermeiro gestor na coordenação das várias valências que compõem o SN. O papel do EE responsável pela UDP pautou-se pela supervisão e prestação de cuidados; requisição de material/terapêutica; gestão dos doentes e agendamento. Por sua vez, o enfermeiro gestor tem o papel de gestão de recursos humanos e materiais; supervisão dos cuidados; gestão de vagas e de articulação com o serviço de urgência bem como a resolução de questões relacionadas com a direção clínica. Essas ações sustentam a necessidade de os enfermeiros gestores e os enfermeiros da prática promoverem um ambiente e um clima que favoreça a implementação de práticas de cuidado de qualidade (Benner, 2001).

Segundo Hesbeen (2001), os gestores operacionais de Enfermagem desempenham um papel de grande relevância na gestão das unidades de cuidados e serviços de saúde, ocupando uma posição estratégica nessas organizações e sendo considerados fundamentais para promover mudanças e transformações institucionais. Estas características estão diretamente relacionadas com a competência comum do EE que realiza a gestão dos cuidados para que estes sejam otimizados a nível da tomada de decisão, supervisão das tarefas delegadas, otimização do trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades assim como à adaptação ao estilo de liderança adequando ao clima organizacional para promover uma melhor resposta de grupo e de cada indivíduo (Regulamento nº140/2019).

Neste contexto foi observada a comunicação e a relação com a equipa multidisciplinar, a forma dinamizadora de capacitação da pessoa durante o treino de DP e na gestão da sua condição crónica bem como a participação na gestão dos cuidados. Estes aspetos fomentam ainda mais este domínio que prevê que o EE coordene a equipa da prestação de cuidados, reconheça os

papéis e funções de cada membro da equipa, fomenta um ambiente positivo e favorável à prática, aplicando estratégias de motivação, de liderança e de incentivo aos processos de mudança com vista a prática especializada (Regulamento nº140/2019).

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Esta competência preconiza o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade; identificar consciência de si como pessoa e como enfermeiro; gerir respostas de adaptabilidade individual e organizacional; basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 743/2019). A Deontologia Profissional de Enfermagem refere, também, que, no desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais, o enfermeiro deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos” (OE, 2015, p. 93).

Como profissional e pessoa em constante desenvolvimento, foi efetuada uma análise "Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats" (SWOT), que consiste numa ferramenta eficaz para aprimorar a qualidade do processo de ensino-aprendizagem, integrando os pontos-chave e as estratégias a desenvolver para alcançar um objetivo comum. Este processo concretiza-se pela análise reflexiva das dimensões internas e externas, permitindo a avaliação dos pontos fortes e fracos, enquanto identifica de forma criteriosa as suas forças, fraquezas, ameaças e oportunidades (Castro et al., 2024). A figura seguinte é o reflexo da aplicação desta ferramenta para o ENP.

Figura 5. Análise SWOT para o Estágio de Natureza Profissional

Análise SWOT	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p>FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Responsabilidade; -Capacidade de organização; -Vontade para melhorar o desempenho profissional; -Vontade para desenvolver competências. 	<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escassez de tempo; -Fadiga; -Domínio de Inglês; -Inexperiência na área.
Fatores Externos	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa de enfermagem dinâmica; -Forte compromisso da equipa no processo de desenvolvimento profissional dos estudantes. 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Possibilidade de incompatibilidade de horários.

Fonte: Autoria Própria

É esperado que o EE possua competências no âmbito das aprendizagens profissionais, um aspeto fundamental que se manteve presente ao longo do ENP. Enquanto ser humano, é natural a busca contínua pelo autoconhecimento e pela assertividade, características essenciais para o desenvolvimento das competências relacionais. Para Goleman (2021), a inteligência emocional refere-se à capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e dos outros, de nos motivarmos e de identificar as nossas emoções e as emoções decorrentes das nossas relações. O mesmo autor aborda algumas habilidades do indivíduo emocionalmente inteligente, nomeadamente: autoconhecimento emocional (reconhecer as próprias emoções e sentimentos); controlo emocional (lidar com as próprias emoções e sentimentos de forma adequada); automotivação (gerir as emoções para um objetivo ou realização profissional); reconhecimento de emoções nas outras pessoas (reconhecimento e empatia); habilidade em relacionamentos interpessoais (interação com outros indivíduos utilizando as competências sociais) (Goleman, 2021). Deste modo, com base no autor supracitado e adaptando-o à enfermagem, o sucesso da prestação de cuidados está diretamente relacionada com a capacidade do indivíduo lidar de forma eficaz com os desafios do dia-a-dia e adaptar-se emocionalmente, incentivando-os a estabelecer uma relação terapêutica de grande exigência, o que os obriga a elevados níveis de concentração, empatia e envolvimento emocional, havendo assim, uma relação direta entre a estabilidade emocional e a competência.

Assim, ao longo deste percurso de evolução, o enfermeiro empenha-se em prestar cuidados com base na evidência científica e procura, de forma constante, de novas fontes de conhecimento, promovendo a partilha de conhecimento com os pares e com a equipa multidisciplinar.

Contudo, o desenvolvimento como um todo, não advém apenas da mais recente evidência científica, mas da prática na qual se desenvolve o conhecimento clínico, aprendendo com os doentes e família, em experiências que requerem coragem e em ambientes que apoiem a aprendizagem (Benner, 2001).

O ENP, foi, constituiu uma grande aprendizagem profissional, uma vez que se desenvolveu numa área muito específica e pouco dominada até então. Este desafio exigiu um investimento significativo na aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, de forma a garantir uma prestação de cuidados de qualidade. Para além disso, foi necessário aperfeiçoar competências pedagógicas, como a comunicação verbal e não verbal, essenciais para realizar os ensinamentos e capacitação dos doentes em DP, de forma clara, assertiva e fundamentada. Esta dedicação revelou-se fundamental para alcançar uma prática segura e eficaz, promovendo simultaneamente o desenvolvimento profissional e pessoal.

Atualmente, os doentes apresentam um nível de literacia em saúde cada vez mais elevado, acumulando conhecimento ao longo dos anos de convivência com a DRC. Esta realidade reforça a importância do EE para uma abordagem especializada promovendo uma relação de confiança e de empoderamento da pessoa no autocuidado e na autogestão da doença. Como tal, foi observado no ENP que o EE responsável pela UDP apresenta uma sensibilidade acrescida para estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, adaptando as respostas à pessoa

e à organização. Este profissional foi visto muitas vezes a gerir as suas emoções de forma eficiente, agir sob pressão e reconhecer situações conflituosas adequando estratégias previamente, o que vai de encontro ao que é preconizado ao EE no regulamento nº140/2019 de 2019.

Ainda foi possível observar a adaptabilidade do EE aquando problemas de compreensão que podem afetar tanto a adesão ao regime terapêutico como a realização de ensinamentos e mudança de comportamentos. Perante as características de cada pessoa, o EE deve utilizar estratégias facilitadoras da comunicação, como por exemplo, explicar calmamente os cuidados a prestar e mostrar-se disponível para ouvir, utilizar linguagem simples, sem termos técnicos, limitar a quantidade de informação a ser transmitida de cada vez e confirmar que esta foi entendida (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Cada serviço tem as suas especificidades e necessidades formativas, no entanto, é no contexto prático que os enfermeiros adquirem as experiências de aprendizagem mais relevantes, interiorizando grande parte da teoria adquirida através da formação contínua. Assim, a formação em serviço constitui um processo de consolidação do conhecimento, de partilha e de reflexão sobre o ato de cuidar, com o principal objetivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados. Este tipo de formação promove o desenvolvimento profissional, adaptando-se às necessidades específicas de cada serviço e de cada profissional, garantindo uma prática mais qualificada e ajustada às exigências do contexto assistencial (Marques, 2021). Como competência comum exigida ao EE, este deve basear a sua praxis clínica na mais recente evidência científica e assim assumir-se como um facilitador nos processos de aprendizagem (Regulamento nº140/2019). Deste modo, foi possível identificar o EE responsável pela UDP como um elemento facilitador e formador no contexto de trabalho, tornando-se um exemplo no que consiste ao diagnóstico das necessidades de formação e respetiva implementação, mesmo estas sendo informais entre pares, assim como dinamizador de novo conhecimento no contexto da prática.

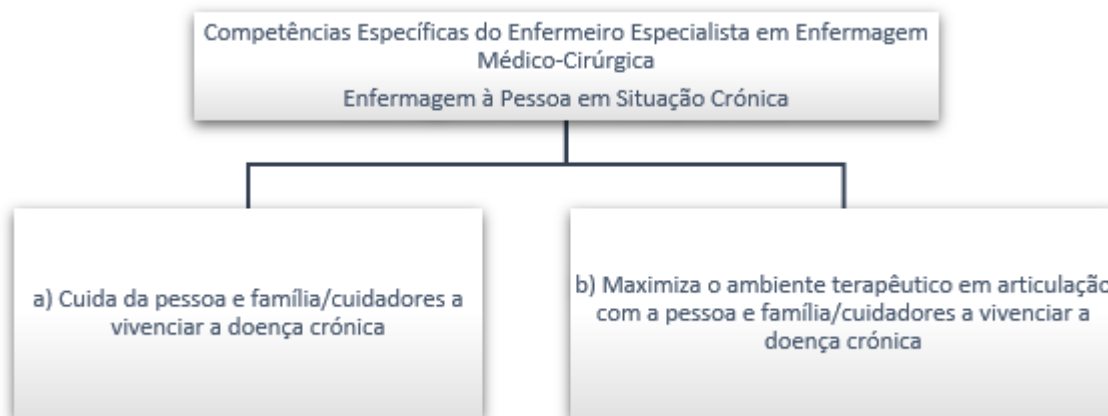
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Neste capítulo pretende-se elencar as competências específicas do EEEMC à PSC, desenvolvidas ao longo do estágio. As competências específicas do EEEMC encontram-se expressas no Regulamento n.º 429/2018, publicado na 2.ª série, do Diário da República, em 16 de junho de 2018. Atendendo ao vasto campo de atuação da Enfermagem Médico-Cirúrgica, os “cuidados de enfermagem especializados na PSC são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico de modo a capacitar a pessoa/família/cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (OE, 2018, p.19368).

As competências específicas são, assim, apresentadas no Cuidado à pessoa e família/cuidadores

a vivenciar a doença crónica bem como, na Maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018), como ilustra a figura abaixo.

Figura 6. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na àrea de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica



Fonte: Adaptado do Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, 2018

Estas competências foram desenvolvidas de forma mais aprofundada em unidades de competência, refletindo-se na concretização de critérios de avaliação específicos. As competências descritas foram adquiridas por meio das atividades desenvolvidas e das experiências vivenciadas ao longo de todo o ENP. Algumas competências são particularmente potenciadas em contexto prático, uma vez que as atividades desenvolvidas se enquadram nas diversas valências das equipas onde decorreu o ENP.

Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica

A doença crónica abrange condições prolongadas, com graus variados de incapacidade e progressão lenta, exigindo adaptação física, mental, social e emocional. Os cuidados de enfermagem especializados focam-se na prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis e apoio na adaptação e adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, a família e os cuidadores para a gestão da doença e a redefinição do projeto de saúde (Regulamento n.º 429/2018).

Com base nas limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o EEEMC-PSC surge como o profissional capaz de intervir eficientemente numa parceria de cuidados promotora de segurança e qualidade (Regulamento n.º 429/2018).

Numa fase inicial, para adquirir esta competência, a intervenção foi mais concentrada na observação da abordagem dos profissionais de saúde à pessoa com DRC assim como, na

compreensão das dinâmicas do serviço, uma vez que o local de estágio era em contexto de ambulatório. A par do referido, foram também assimilados os conhecimentos obtidos nas UC's do curso de MEMC-PSC, com uma necessidade acrescida de revisão da literatura sobre temas fundamentais para basear a prática na mais recente evidência científica. Para dar resposta a esta competência, foram tidas em consideração as unidades de competência impostas pelo Regulamento n.º 429/2018 de 2018.

Na pessoa com DRC em DP, o autocuidado é essencial, nomeadamente, no controlo da ingestão de líquidos, na gestão do seu estilo de vida e na orientação acerca da DP. A capacitação desta, através de um programa de ensino e treino, promove a autonomia e permite que a pessoa se sinta mais empoderada e confiante na gestão da sua condição, tendo como resultado uma melhor adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, ganhos em saúde. Neste contexto, foram desenvolvidos programas de treino de DP, tanto de DPA como DPCA, por forma a garantir o autocuidado eficaz. Estes foram realizados com recurso a checklist existente no serviço como forma de serem abordados todos os tópicos necessários. Estes tópicos abordavam, nomeadamente: preparação do ambiente, seleção do material necessário, higienização das mãos e respetivos momentos, conexões e desconexões, avaliação da tensão arterial e peso corporal, cuidados ao OSC, vigilância das características do mesmo, vigilância de sinais de hipervolemia e de peritonite, bem como reconhecimento e atuação em situações de quebra de circuito assético. Neste contexto, após o período de treino que varia de acordo com as capacidades individuais de cada pessoa e como forma de tentar garantir as recomendações do procedimento, foram entregues guiões relativos aos procedimentos, com a inclusão dos momentos de lavagem das mãos, quer na DPCA (Anexo II), quer na DPA (Anexo III), contribuindo para a prevenção de complicações associadas à técnica. Esta atividade surge como um dos muitos exemplos do papel do EE para responder à unidade de competência sobre identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica (Regulamento n.º 429/2018).

A transição para a diálise é um momento de grande impacto, uma vez que a pessoa não só lida com a complexidade do tratamento, mas também com mudanças significativas no seu corpo e estilo de vida. Durante este processo, é essencial o envolvimento ativo do indivíduo, que deve aprender a adaptar-se às novas exigências terapêuticas e emocionais da diálise. Ao reconhecer e apoiar as transições vivenciadas pelas pessoas, o EE promove o empoderamento dos mesmos e ajuda-os a desenvolver a confiança necessária para se adaptarem (Silva et al., 2024).

Aqui destaca-se a importância do EE em promover intervenções especializadas junto da pessoa, cujo objetivo é facilitar o processo de transição decorrente da doença (Regulamento n.º 429/2018). Neste âmbito, houve sempre uma especial atenção em apoiar a pessoa dando-lhe a autonomia necessária e promovendo a qualidade de vida com base nas suas próprias perspetivas, nunca esquecendo que a gestão da doença crónica é um fator de grande stress, sendo utilizada sempre a escuta ativa e disponibilidade para refletir sobre todos os sentimentos e emoções.

Como exemplo destas intervenções especializadas, destaca-se a visita domiciliária efetuada no

início da DP, um mês após e sempre que necessária, como por exemplo, depois de intercorrências ou internamentos. Esta visita é fundamental para a avaliação das condições da habitação e para a avaliação da capacidade da pessoa após intercorrências. É destacado, ainda, o programa de intervenção de capacitação do doente em início de DPCA, no qual são instruídas as seguintes intervenções: preparação do ambiente, lavagem e desinfeção das mãos, organização do material necessário, manipulação do mesmo, colocação da máscara, conexão ao cateter de DP, drenagem do efluente e infusão do dialisante, colocação da tampa do cateter, avaliação das características e peso do efluente bem como respetivos registos, como peso, PA e Ultrafiltração (UF). No que respeita à DPA, além de todos os procedimentos relativos à prevenção de complicações e conexão/desconexão, surgem como diferenças: o manuseamento e montagem adequada da Homechoice, realização da conexão das linhas aos sacos de dialisante, resolução de alarmes durante o tratamento e interrupção do tratamento em situações urgentes. Em ambas as modalidades o EE tem um papel capacitador no âmbito da realização de cuidados ao OSC, avaliação das características do mesmo, avaliação dos sinais de hipervolemia, avaliação de sinais de peritonite, reconhecimento e atuação em situação de quebra de circuito assético, da importância da restrição hídrica no tratamento, do esclarecimento relativo a protocolos profiláticos para outros tratamentos (odontológicos, ginecológicos...), do método de colheita de urina 24h e efluente 24h, da definição da estratégia e disponibilização de contactos telefónicos da DP 24h.

Como forma de promoção de autocuidado e qualidade de vida, existiu um caso particularmente sensível na transição saúde/doença que consistiu no confronto entre o início da DP e umas férias programadas da pessoa em questão. Para a pessoa em início desta TSFR e face a todo o processo de adaptação manter a qualidade de vida prévia era uma prioridade. Neste contexto, foi explicado à pessoa que seria possível manter o tempo de qualidade em família, nomeadamente, a viagem programada. Destaca-se o papel do EE que permitiu que isto fosse possível através da articulação da empresa que fornece o material, os hotéis onde a pessoa iria ficar hospedada e a capacitação da mesma e da família para que este processo decorresse sem intercorrências, como disponibilidade de contacto telefónico 24h da UDP bem como informação sobre os hospitais mais próximos.

Como se pode observar, estas intervenções são muitas vezes complexas para a pessoa, pelo que tem que existir uma adequada intervenção por parte do EE para que se promovam o desenvolvimento de estratégias de autoconhecimento e de capacitação da pessoa e assim, se promova a autogestão e se valorize o potencial da pessoa no processo de transição saúde/doença (Regulamento n.º 429/2018).

Ao longo do estágio, foram também salvaguardados os procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, tal como é preconizado no Regulamento n.º 429/2018 de 2018. Na UDP sempre houve especial atenção neste domínio, nomeadamente, na realização de tratamento ao OSC. Sempre que era necessário a realização do tratamento ao mesmo, para além do rigor na execução do procedimento, segundo o feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico emanado em 2022 (DGS, 2022), era confirmado que toda a equipa presente na sala, tinha a via aérea protegida com máscara para

que fosse ainda mais minimizado o risco de infecção.

Um dos aspetos essenciais e de destaque do EE é a avaliação dos resultados face às respostas da pessoa a vivenciar doença crónica (Regulamento n.º 429/2018). No campo de estágio, sempre se envolveu a pessoa na avaliação do seu plano de cuidados e sempre houve uma monitorização por parte do EE do sucesso das intervenções especializadas e progressos da pessoa. Ao longo do período de treino, a pessoa vai se sentindo cada vez mais capacitada, com mais conhecimento e empoderada sobre o seu novo projeto de saúde. A observação direta do EE, ao longo do treino, permitiu avaliar a adesão ao regime terapêutico. Estratégias como Teach-back foram várias vezes utilizadas para confirmar o conhecimento e entendimento da pessoa relativa a várias questões. Ainda sobre o treino foram utilizadas outras estratégias como a simulação de possíveis intercorrências que poderiam surgir durante a DP e avaliando a resposta da pessoa a cada situação. O reconhecimento da pessoa face às situações e a sua capacidade de resposta, permitiram-lhe, não só melhorar o conhecimento, como também sentir-se mais confiante no processo de DP.

O envolvimento do doente ao longo do processo revelou-se crescente o que indica que o grau de consciencialização foi potencializado. Não só apenas sobre a DP, mas também relativo ao regime terapêutico e à gestão da restrição hídrica. Para se obterem estes ganhos tornou-se fundamental a avaliação do conhecimento e o melhoramento do mesmo através da técnica de Teach-Back e da entrega de material informativo (folhetos e sites); através do próprio treino, estimulando a experiência e a reflexão; através da comunicação clara e envolvente como a adaptação da linguagem ao público-alvo, de acordo com o seu grau de literacia em saúde e criação de espaço para que o doente se pudesse expressar de forma tranquila, sem ruídos ou constrangimentos; através do reforço positivo e motivação, como demonstrar os benefícios da mudança dando exemplos de impacto positivo e reconhecer os progressos e conquistas individuais.

É também tido em especial atenção a documentação das atividades para que estes se transmitam em indicadores de qualidade, traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão (Regulamento n.º 429/2018). Os registos das consultas e dos treinos são efetuados em papel no processo de cada doente. No entanto, os doentes a realizar DPA, o enfermeiro responsável tem acesso aos dados informaticamente, o que permite não só avaliar a tendência do peso, PA e UF como também alterar parâmetros, se necessário, como a estratégia de DP.

O trabalho desenvolvido e explanado nesta competência de cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica permitiu, não só desenvolver a mesma como também desenvolver a maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica bem como permitiu atingir os objetivos pessoais inicialmente propostos.

Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Esta competência específica apresenta como unidades de competência: a gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica; a gestão de circunstâncias que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação; e a promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação (Regulamento n.º 429/2018).

Durante o ENP, além de dar resposta a vários critérios de avaliação das unidades de competência, foi potenciado o conhecimento e intervenções em alguns aspetos específicos que vão de encontro aos objetivos inicialmente propostos e ao core deste relatório de estágio intitulado "Promoção do Autocuidado na Pessoa com Doença Renal Crónica em Diálise Peritoneal".

Para isso, foi fomentada a adesão ao regime terapêutico, realizadas intervenções personalizadas na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição, demonstrado conhecimento na gestão das alterações e incapacidades impostas pela doença crónica, nomeadamente a alteração da imagem corporal (evidenciada no segundo estudo de caso), além de ser estimulada, ao longo de todo o estágio, a cultura de segurança dos cuidados especializados. Relativamente à autoimagem, ao longo do ENP, foram desenvolvidas várias estratégias para melhorar esta última, uma vez que a pessoa com cateter peritoneal apresenta a sua imagem corporal alterada com efeitos negativos a nível psicossocial. Como tal, foi disponibilizada escuta ativa e desenvolvidas várias atividades que promovam a autoaceitação, como a partilha de histórias de outras pessoas que convivem positivamente com o cateter de diálise. Sempre foi disponibilizado vários esclarecimentos para colmatar o estigma social e assim reduzir as inseguranças da pessoa. Como forma de autoaceitação foram sugeridos alguns aspetos que permitissem o cuidado estético, nomeadamente, a utilização de cintas ou faixas que promovam a descrição e conforto da pessoa, a utilização de roupa que garanta a segurança e o bem estar, além de serem realçados os cuidados ao OSC como forma de prevenção de complicações. Ressalva-se a importância do EE na promoção da autoimagem com incentivo ao autocuidado e à reflexão sobre a importância da vida além do cateter, focando no que a DP permite ao invés do que limita.

Ainda no âmbito desta competência, o EE faz uma gestão dos cuidados especializados escolhendo o ambiente mais propício para o fazer e adequando a sua resposta com vista à segurança e qualidade dos cuidados. Como tal, não pode ficar dissociada a importância da supervisão por parte dos enfermeiros tanto na capacitação da pessoa com cateter peritoneal ou cuidador associado. Para sustentar esta supervisão, a prática foi baseada no modelo de Proctor que sugere que a supervisão compreende três funções estruturantes: a função normativa, formativa e restaurativa. A primeira função refere-se ao conjunto de iniciativas destinadas a promover a qualidade dos cuidados disponibilizados à pessoa e a redução dos riscos; a segunda função está relacionada com a existência de saberes e compreensão para fazer face às necessidades nos cuidados de saúde, e inclui explicações, demonstrações e reflexões; a última função remete para a ação que permite diminuir a ansiedade, o apoio na gestão emocional, a prevenção de estados depressivos, diminuindo os sentimentos de culpa e desvalorização

pessoal (Proctor, 1986). A utilização deste modelo na prática tornou-se essencial pois ofereceu o desenvolvimento técnico, o suporte emocional e orientação ética, criando um ambiente mais seguro e saudável para a pessoa no seu autocuidado ou respetivo cuidador.

Para dar resposta às exigências pretendidas nesta competência, foram ainda desenvolvidas as seguintes atividades: participação ativa e treino nos cuidados prestados, após observação do EE no desenvolvimento das intervenções que contribuem para a autogestão da doença; revisão da literatura sobre as temáticas a abordar de modo a potenciar o conhecimento na área; debriefing realizado com o enfermeiro tutor e colegas peritos da DP, utilizando a escuta ativa; elaboração de dois estudos de caso na área da DP através da plataforma E4nursing; participação na consulta de IPD bem como a observação do enfermeiro gestor no processo de liderança e gestão.

Ressalva-se que, durante todo o ENP, além das atividades desenvolvidas, foi priorizado o trabalho em equipa como um pilar fundamental. Além do contexto clínico, foi aproveitado o horário das refeições para participar em momentos de lazer e fomentar a relação entre pares, utilizando o bom humor como estratégia adaptativa.

Todas as atividades previamente descritas foram executadas com o propósito de cumprir os critérios de avaliação estabelecidos para cada unidade de competência, assegurando a consolidação das aprendizagens e o desenvolvimento das competências e capacidades necessárias.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A DRC é uma condição progressiva e irreversível que se caracteriza pela falência renal, exigindo uma TSFR. O seu impacto na vida da pessoa é significativo, pois afeta a sua saúde física, emocional e social, exigindo mudanças quotidianas, adaptações no estilo de vida bem como uma gestão rigorosa do regime terapêutico para preservar a qualidade de vida.

O EEEMC-PSC surge como o profissional indicado no acompanhamento da pessoa com DRC em DP, garantindo uma abordagem holística e individualizada que visa a adaptação ao tratamento e a promoção da qualidade de vida. O EE desempenha um papel crucial na educação para a saúde, capacitando o doente para DP e na prevenção de complicações. Além disso, a sua intervenção foca-se, também, no suporte emocional e na promoção da adesão ao regime terapêutico, ajudando a pessoa a lidar com os desafios impostos pela doença.

Deste modo, o presente relatório descreve a experiência obtida em contexto de estágio realizado numa UDP. Este ENP constituiu uma oportunidade fundamental para a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, permitindo a aquisição de competências relacionais, técnicas e cognitivas para a prestação de cuidados especializados à pessoa com DRC submetidos a TSFR, nomeadamente, a DP.

O ENP teve como objetivo central o desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem especializada, nomeadamente no acompanhamento e monitorização de doentes em DP. Ao longo do estágio, foram aplicados conhecimentos técnicos e científicos, promovendo uma prática baseada em evidência científica e orientada para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A experiência de estágio em contexto de ambulatório, revelou-se muito desafiante visto ser um contexto no qual não me sentia completamente confortável, dada a inexperiência na área e na tipologia de doentes.

Para atingir os objetivos inicialmente definidos, foram desenvolvidos dois estudos de caso, explanados ao longo deste relatório, nos quais se procedeu à avaliação, planeamento, implementação e avaliação de cuidados de enfermagem personalizados. Esta elaboração foi realizada através da plataforma E4Nursing, uma ferramenta essencial na organização e sistematização das intervenções de enfermagem, a qual, por si só, constituiu um momento de aprendizagem. Esta plataforma permitiu não só a estruturação do processo de tomada de decisão, como também a monitorização da evolução dos doentes, garantindo um registo detalhado e fundamentado das intervenções realizadas.

Os estudos de caso abordaram situações clínicas diferenciadas, permitindo a aplicação de raciocínio clínico e a adaptação das intervenções às necessidades individuais de cada doente. Através desta abordagem, foi possível desenvolver competências no âmbito da gestão do

regime terapêutico, prevenção de complicações, ensino ao doente e família, e promoção da autonomia para a realização da DP no domicílio. Adicionalmente, a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial na prestação de cuidados de qualidade, destacando a importância da articulação entre diferentes profissionais de saúde para um acompanhamento integral e humanizado.

Durante o período do ENP a prática sempre foi regulada com base nos princípios éticos e deontológicos para orientar as intervenções, cujo principal objetivo sempre foi promover o respeito pela dignidade humana, autonomia da pessoa, respeito da sua cultura e valores pessoais, promovendo assim uma relação terapêutica com base na ética e deontologia que orienta a profissão. Também foram identificadas oportunidades de melhoria para promover a melhoria contínua da qualidade assim como o aprofundamento pela gestão e liderança dos cuidados prestados com base nos recursos disponíveis em busca pela qualidade dos cuidados. Como forma de promoção do desenvolvimento das atividades profissionais, a procura pelo autoconhecimento e assertividade foi contínua bem como a adoção de uma prática clínica especializada com base na melhor evidência científica.

No que respeita ao desenvolvimento das competências específicas do EEEMC-PSC, a elaboração dos objetivos acima descritos permitiram ser parte integrante do processo formativo para atingir a competência específica de cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica assim como maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

Durante este percurso, foram também exploradas as diretrizes nacionais e internacionais no contexto da DP, reforçando a necessidade de uma PBE. A experiência proporcionada pelo estágio permitiu uma aprendizagem contínua, aliando conhecimentos teóricos à realidade prática, e possibilitou a reflexão crítica sobre os desafios e exigências da especialidade.

A conclusão deste estágio com aproveitamento reflete o cumprimento dos objetivos propostos inicialmente e a aquisição das competências gerais e específicas para a prática avançada em enfermagem na área da DP. Esta experiência reforçou a importância da abordagem holística e individualizada no acompanhamento dos doentes, promovendo uma enfermagem segura, eficiente e centrada na pessoa.

O estágio revelou-se, assim, uma etapa determinante na consolidação da identidade profissional enquanto futuro EE, contribuindo para o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre a prática de enfermagem e incentivando a melhoria contínua dos cuidados prestados. A aprendizagem adquirida será certamente aplicada no futuro exercício profissional, permitindo a prestação de cuidados diferenciados e baseados nas melhores práticas, em benefício dos doentes e das suas famílias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, A. R., & Abensur, H. (2014). Physiology of fluid and solute transport across the peritoneal membrane. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(1), 74-79. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140013>

American kidney funds. (2025). Stages of kidney disease. Obtido 10 de fevereiro de 2025, de <https://www.kidneyfund.org/all-about-kidneys/stages-kidney-disease>

APIR. (2018). A Doença Renal Crónica e os seus Tratamentos. *NephroCare*. <https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2019/03/Manual-IRC.pdf>

Azevedo, A. J. B. (2024). Cuidar da pessoa com doença renal crónica: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. <http://hdl.handle.net/10400.26/52140>

Bastos, F. (2015). Teoria Explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico. A transição para a doença crónica. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/280385553_Teoria_Explicativa_sobre_a_gestao_da_doenca_e_do_regime_terapeutico_A_transicap_para_a_doenca_cronica

Battaglia, Y., Baciga, F., Bulighin, F., Amicone, M., Mosconi, G., Storari, A., Brugnano, R., Pozzato, M., Motta, D., D'alessandro, C., Torino, C., Mallamaci, F., Cupisti, A., Aucella, F., Capitanini, A., & Working Group of Physical Exercise of Italian Society of Nephrology. (2024). Physical activity and exercise in chronic kidney disease: Consensus statements from the Physical Exercise Working Group of the Italian Society of Nephrology. *Journal of Nephrology*, 37(7), 1735-1765. <https://doi.org/10.1007/s40620-024-02049-9>

Baxter Healthcare Corporation. (2015). Bula do Extraneal [Documento técnico].

Baxter Healthcare Corporation. (2019). Bula do Extraneal [Documento técnico].

Bello, A. K., Levin, A., Lunney, M., Osman, M. A., Ye, F., Ashuntantang, G. E., Bellorin-Font, E., Benghanem Gharbi, M., Davison, S. N., Ghnaimat, M., Harden, P., Htay, H., Jha, V., Kalantar-Zadeh, K., Kerr, P. G., Klarenbach, S., Kovesdy, C. P., Luyckx, V. A., Neuen, B. L., ... Johnson, D. W. (2019). Status of care for end stage kidney disease in countries and regions worldwide: International cross sectional survey. *BMJ*, l5873. <https://doi.org/10.1136/bmj.l5873>

Bello, A. K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I. G., Feehally, J., Harris, D., Jindal, K., Salako, B. L., Rateb, A., Osman, M. A., Qarni, B., Saad, S., Lunney, M., Wiebe, N., Ye, F., & Johnson, D. W. (2017). Assessment of Global Kidney Health Care Status. *JAMA*, 317(18), 1864-1919.

<https://doi.org/10.1001/jama.2017.4046>

Berghetti, L., Danielle, M. B. A., Winter, V. D. B., Petersen, A. G. P., Lorenzini, E., & Kolankiewicz, A. C. B. (2023). Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4013. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014>

Bishop, N. C., Burton, J. O., Graham-Brown, M. P. M., Stensel, D. J., Viana, J. L., & Watson, E. L. (2023). Exercise and chronic kidney disease: Potential mechanisms underlying the physiological benefits. *Nature Reviews Nephrology*, 19(4), 244-256. <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00675-9>

Brown, E. A., Blake, P. G., Boudville, N., Davies, S., De Arteaga, J., Dong, J., Finkelstein, F., Foo, M., Hurst, H., Johnson, D. W., Johnson, M., Liew, A., Moraes, T., Perl, J., Shroff, R., Teitelbaum, I., Wang, A. Y.-M., & Warady, B. (2020). International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 40(3), 244-253. <https://doi.org/10.1177/0896860819895364>

Burnier, M., Pruijm, M., Wuerzner, G., & Santschi, V. (2015). Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(1), 39-44. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu015>

Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No 7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Campbell, D. J., Johnson, D. W., Mudge, D. W., Gallagher, M. P., & Craig, J. C. (2015). Prevention of peritoneal dialysis-related infections. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(9), 1461-1472. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu313>

Castro, V. A. de, Silva, E. R. da, Vilalva, E. A. de M. M., Rodrigues, F. F., & Pereira, J. A. (2024). MATRIZ SWOT COMO AUXÍLIO AOS DESAFIOS DA GESTÃO ESCOLAR: IDENTIFICAÇÃO DE FORÇAS, FRAQUEZAS, OPORTUNIDADES E AMEAÇAS NA ANÁLISE DE PROBLEMAS ENFRENTADOS POR UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO. *Revista Ilustração*, 5(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i3.281>

Castro, S. M. (2024). Exercício físico no doente renal crónico em hemodiálise. <http://hdl.handle.net/10400.26/50186>

Chen, T. K., Hoenig, M. P., Nitsch, D., & Grams, M. E. (2023). Advances in the management of chronic kidney disease. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 383, e074216. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074216>

Chiu, H. H.-L., Murphy-Burke, D. M., Thomas, S. A., Melnyk, Y., Kruthaup-Harper, A. L., Dong, J. (James), Djurdjev, O., Saunders, S., Levin, A., Karim, M., Hargrove, G. M., McCann, D., Uzick, J.,

Matsell, D., Paille, L., Strubin, T., Kuthrup-Harper, A., Preston, B., Wood, B., ... Melnyk, Y. (2021). Advancing Palliative Care in Patients With CKD: From Ideas to Practice. *American Journal of Kidney Diseases*, 77(3), 420–426. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.09.012>

Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2010). Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: Effects of a nurse-led case management programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1780–1792. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05324.x>

Crabtree, J. H., & Chow, K.-M. (2017). Peritoneal Dialysis Catheter Insertion. *Seminars in Nephrology*, 37(1), 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2016.10.004>

Cristóvão, A.F.M.J. (2016). Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise. Tese de doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa.

Cruz, L. M. F. (2015). Intervenção com a Pessoa em Início de Hemodiálise para a Adesão ao Regime Terapêutico.

Cunha, M. (2011). Adesão Ao Regime Terapêutico Na Doença Crónica: Revisão Da Literatura. Obtido 18 de março de 2025, de https://www.academia.edu/60357228/Ades%C3%A3o_Ao_Regime_Terap%C3%AAutico_Na_Doen%C3%A7a_Cr%C3%B3nica_Revis%C3%A3o_Da_Literatura

Cupisti, A., Bolasco, P., D'Alessandro, C., Giannese, D., Sabatino, A., & Fiaccadori, E. (2021). Protection of Residual Renal Function and Nutritional Treatment: First Step Strategy for Reduction of Uremic Toxins in End-Stage Kidney Disease Patients. *Toxins*, 13(4), 289. <https://doi.org/10.3390/toxins13040289>

Dąbek, B., Dybiec, J., Frąk, W., Fularski, P., Lisińska, W., Radzioch, E., Młynarska, E., Rysz, J., & Franczyk, B. (2023). Novel Therapeutic Approaches in the Management of Chronic Kidney Disease. *Biomedicines*, 11(10), 2746. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11102746>

Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2015). *Manual de Diálise* (5ª ed.). Guanabara Koogan.

David, M. I. D. (2015). OS PERFIS DE AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE E A SUA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I-A série*, n.º 205 (04-09-1996)(259-2962). <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei n.o 65/2018 de 16 de agosto. (2018). *Diário da República. Série I* (2018-08-16) (4147 – 4182) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros* (7ª ed., H. Pinheiro, Trad.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

Delgado, E. (2024). Intervenções de Enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica. <http://hdl.handle.net/10400.26/53355>

Despacho n.º 12635/2023 de 11 de dezembro. (2023). Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica 2023-2026. Diário da República n.º 237/2023, Série II (2023-12-11) (102 - 107). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12635-2023-225444235>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II série, n.º 187 (24-09-2021)(96-103). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Direção Geral Da Saúde, 24

Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma n.º 029/2012. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-d-e-cuidados-desauade.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma n.º 007/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higienedasmaos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde 2030. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>

Donald, M., Kahlon, B. K., Beanlands, H., Straus, S., Ronksley, P., Herrington, G., Tong, A., Grill, A., Waldvogel, B., Large, C. A., Large, C. L., Harwood, L., Novak, M., James, M. T., Elliott, M., Fernandez, N., Brimble, S., Samuel, S., & Hemmelgarn, B. R. (2018). Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: A scoping review. *BMJ Open*, 8(3), e019814. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019814>

Editorial Board. (2024). *Kidney International*, 105(4), A1. [https://doi.org/10.1016/S0085-2538\(24\)00110-8](https://doi.org/10.1016/S0085-2538(24)00110-8)

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto: ESEP.

ESSNorteCVP. (2024). Guia de Orientação Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.

Falke, R. M., & Levey, A. S. (2018). Hereditary Kidney Disease: All Family Members Are Affected. *Journal of the American Society of Nephrology*, 29(10), 2451–2452. <https://doi.org/10.1681/ASN.2018080854>

Fernandes, H. M. A., Barbosa, E. D. S., Granjeiro, R. F. D. O., Carvalho, M. G. D., Rufino, B. P. G., Rodrigues, F. S. R., Ripardo, S. R. P., Souza, M. S., Oliveira, R. G. D., & Mapurunga, B. M. (2022). Estratégias nutricionais para o controle das interações cérebro-renais devido os impactos das toxinas urêmicas na doença renal crônica: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(5), e10330. <https://doi.org/10.25248/reas.e10330.2022>

Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., Walker, R., & Brunier, G. (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 36(6), 592–605. <https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>

Figueiredo, A. E., Kroth, L. V., & Lopes, M. H. I. (2005). Diálise peritoneal: Educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/article/view/1567>

Gillmore, J. D., Maurer, M. S., Falk, R. H., Merlini, G., Damy, T., Dispenzieri, A., Wechalekar, A. D., Berk, J. L., Quarta, C. C., Grogan, M., Lachmann, H. J., Bokhari, S., Castano, A., Dorbala, S., Johnson, G. B., Glademans, A. W. J. M., Rezk, T., Fontana, M., Palladini, G., ... Hawkins, P. N. (2016). Nonbiopsy Diagnosis of Cardiac Transthyretin Amyloidosis. *Circulation*, 133(24), 2404–2412. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021612>

Goleman, D. (2021). Inteligência Emocional. Temas e Debates Círculo de Leitores.

Gomes, H. L. M., Monteiro, I. O. P., Pina, R. M. P., Toledo, N. D. N., & Almeida, G. S. D. (2019). Enfrentamento, Dificuldades e Práticas de Autocuidado de Pacientes com Doença Renal Crônica Submetidos à Diálise Peritoneal. *Revista Paulista de Enfermagem*, 30, 1–12. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2019v30a1>

Guimarães, M. S. G. M. (2022). Papel do enfermeiro especialista no processo de transição saúde-doença da pessoa em situação crítica. <http://hdl.handle.net/10400.14/38255>

Gutiérrez, E., Carvaca-Fontán, F., Luzardo, L., Morales, E., Alonso, M., & Praga, M. (2020). A Personalized Update on IgA Nephropathy: A New Vision and New Future Challenges | *Nephron* | Karger Publishers. <https://doi.org/10.1159/000509997>

Hsu, H., Chiang, Y., Lai, Y., Lin, L., Hsieh, H., & Chen, J. (2021). Effectiveness of Multidisciplinary

Care for Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/wvn.12483>

Huang, X., & Xu, G. (2021). An Update on Targeted Treatment of IgA Nephropathy: An Autoimmune Perspective. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 715253. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.715253>

Iatridi, F., Carrero, J. J., Gall, E. C.-L., Kanbay, M., Luyckx, V., Shroff, R., & Ferro, C. J. (2025). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Children and Adults: A commentary from the European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 40(2), 273–282. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfae209>

Ibiapina, A. R. D. S., Lopes-Junior, L. C., Veloso, L. U. P., Costa, A. P. C., Silva, F. J. G. D., Sales, J. C. E. S., & Monteiro, C. F. D. S. (2022). Efeitos da musicoterapia sobre os sintomas de ansiedade e depressão em adultos com diagnóstico de transtornos mentais: Revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE002212. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR02212>

ICNP Browser. (2019). ICN - International Council of Nurses. Obtido 18 de março de 2025, de <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., & Wang, A. Y. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3 Suppl 1), S1–S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>

INFARMED. (2024). Prontuário Terapêutico online. Obtido 18 de novembro de 2024, de <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>

Kalantar-Zadeh, K., & Fouque, D. (2017). Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. *New England Journal of Medicine*, 377(18), 1765–1776. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1700312>

Karkar, A., & Wilkie, M. (2023). Peritoneal dialysis in the modern era. *Peritoneal Dialysis International*, 43(4), 301–314. <https://doi.org/10.1177/08968608221114211>

KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update—American Journal of Kidney Diseases. (2020). Obtido 18 de março de 2025, de [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(20\)30726-5/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(20)30726-5/fulltext)

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

King, K. (1998). Educational factors affecting modality selection: A National Kidney Foundation study. *EDTNA/ERCA Journal (English Ed.)*, 24(3), 27–29.

Knoppova, B., Reily, C., King, R. G., Julian, B. A., Novak, J., & Green, T. J. (2021). Pathogenesis of IgA Nephropathy: Current Understanding and Implications for Development of Disease-Specific Treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4501. <https://doi.org/10.3390/jcm10194501>

Kramer, H. (2019). Diet and Chronic Kidney Disease. *Advances in Nutrition*, 10, S367-S379. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz011>

Kronbichler, A., Bajema, I., Geetha, D., & Säemann, M. (2023). Novel aspects in the pathophysiology and diagnosis of glomerular diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(5), 585-593. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-222495>

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro de 2015. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 181/2015 Série I (2015-09-16) (8059 - 8105)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro de 2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 169/2019 Série I (2019-09-04) (55 - 66)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Li, P. K.-T., Chow, K. M., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, A. E., Harris, T., Kanjanabuch, T., Kim, Y.-L., Madero, M., Malyszko, J., Mehrotra, R., Okpechi, I. G., Perl, J., Piraino, B., Runnegar, N., Teitelbaum, I., Wong, J. K.-W., Yu, X., & Johnson, D. W. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 42(2), 110-153. <https://doi.org/10.1177/08968608221080586>

Li, P. K.-T., Szeto, C. C., Piraino, B., De Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E., Fish, D. N., Goffin, E., Kim, Y.-L., Salzer, W., Struijk, D. G., Teitelbaum, I., & Johnson, D. W. (2016). ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 36(5), 481-508. <https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00078>

Martins, A., Martins, J., & Santos, S. (2017). Adherence to the medication regimen before and after a therapeutic awareness-raising intervention. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No14), 9-16. <https://doi.org/10.12707/RIV17021>

Meleis, A. I. (2015). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer Health.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12.

Merlini, G. (2017). AL amyloidosis: From molecular mechanisms to targeted therapies. *Hematology: the American Society of Hematology Education Program*, 2017(1), 1-12.

Metrogos, D., Cruz, Â., Sousa, L. M. M., Bico, I., Frade, M., & Marques, M. F. (2021). Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a hemodiálise com diagnóstico de ansiedade: Relato de caso. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35(2), 61–73

Milan Manani, S., Virzì, G. M., Giuliani, A., Crepaldi, C., & Ronco, C. (2019). Catheter-related infections in peritoneal dialysis: Comparison of a single center results and the literature data. *Journal of Nephrology*, 32(5), 837–841. <https://doi.org/10.1007/s40620-019-00604-3>

Moraes, T. P. D., & Pellizzari, C. (2024). Transition between modalities of renal replacement therapy. *Brazilian Journal of Nephrology*. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-E008en>

Mushahar, L; Mei, LW; Yusuf, WS; Sivathasan, S; Kamaruddin, N & Idzham, NJM, (2017). Exit-site dressing and infection in peritoneal dialysis: a randomized controlled pilot trial. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 2.p.135:139.

NKF. (sem data). Chronic kidney disease (CKD)—Symptoms, causes, treatment | National Kidney Foundation. Obtido 18 de março de 2025, de <https://www.kidney.org/kidney-topics/chronic-kidney-disease-ckd>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa. Ordem do Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros & Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Ontologia de Enfermagem. Ontologia de Enfermagem Browser. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5espara-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclosde-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Palason, L., Jacomini, C. P., Vasconcellos Câmara, G., Santiago Canuto, C., Cornwall, N., Duarte Granado Ferreira Marino, L., Pocas Moreno Silva, S., Do Nascimento Júnior, N., Dias Ahlert, P., & Paulin Bustamante, P. (2024). Abordagem clínica no manejo da doença renal crônica: Novas diretrizes para controle da progressão e redução de complicações. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(5), 378–387. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i5.373>

Paquete, T. de J. A. (2019). Intervenções de enfermagem na prevenção das peritonites nos clientes em diálise peritoneal. <http://hdl.handle.net/10400.26/38145>

Pereira, L. (2024). Necessidades dos Cuidadores Informais da Pessoa em Hemodiálise. <http://hdl.handle.net/10400.26/53323>

Pereira, S. F. R. (2022). A Pessoa com baixa autoestima: Utilização de mediadores expressivos pelo Enfermeiro Especialista.

Petronilho, F. (2012). O autocuidado como conceito central da enfermagem: Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). FORMASAU, Formação e Saúde, Lda. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32323>

Pinto, K. D. C., Cavalcanti, A. D. N., & Maia, E. M. C. (2021). Quality of life after kidney transplantation: Integrative review / Qualidade de vida após o transplante renal: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1388-1394. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9537>

Ponce, D., & Balbi, A. L. (2015). Diálise Peritoneal na Injúria Renal Aguda.

Püschel, V. A. D. A., Paz, E. P. A., Ribeiro, R. M., Alvarez, A. M., & Cunha, C. L. F. (2022). Práticas Avançadas em Enfermagem no Brasil: Como estamos e o que falta? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56(spe), e20210455. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0455pt>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Ramalho Neto, J. M., Marques, D. K. A., Fernandes, M. das G. M., & Nóbrega, M. M. L. da. (2016). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 174-181. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II série*, n.º 26 (6-02-2019)(4744-4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação crónica. *Diário da República n.º 135, série II* (16-07-2018(19359-19370)). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n.º 184/2019, Série II*

(2019-09-25) (128 - 155).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ribeiro, V., Cruz Simões, M. A., Freitas Ribeiro, T., Hildefonso, D. M., Menezes Saldanha Feijó, A., Batista Remígio, G., Vieira Villar, P., Bandoli De Amorim, H., Lima Gaspar Carvalho Da Silva, M., Andrade Fantoni, A. L., Gasparetto Da Cunha, Y. N., & Faria Teixeira, L. (2024). Uso de Inibidores SGLT2 no Tratamento da Doença Renal Crônica: Benefícios e Considerações Clínicas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 3802-3811. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3802-3811>

Sabaté, E. & World Health Organization (Eds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

Schiffrin, E. L., Lipman, M. L., & Mann, J. F. E. (2007). Chronic kidney disease: Effects on the cardiovascular system. *Circulation*, 116(1), 85-97. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.678342>

Seeley, R. R., Trent, D. D., & Tate, P. (2001). *Anatomia e Fisiologia*. 6ª edição. McGraw-Hill

Silva, C. N. da, Barbosa, E. S., Silva, E. N. da, Aoyama, E. de A., & Lima, R. N. (2019). ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde - ReBIS*, 1(3), Artigo 3. <https://revistateste2.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/38>

Silva, D., Oliveira, D., Brás, M. E., Oliveira, D., Franciele, P., & Rodrigues, M. (sem data). O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A DIÁLISE PERITONIAL.

Silva, J. F. da, Barbosa, D. F. R., Verçosa, R. C. M., Santana, K. G. S. de, Malta, R. U., Farias, I. S. M. de, Jacob, L. R., & Silva, R. dos S. (2021). A adesão de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica à terapia dialítica / Adherence of patients with Chronic Kidney Insufficiency to dialytic therapy. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 108167-108184. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-442>

Silva, R. A. R. D., Bezerra, M. X., Souza Neto, V. L. D., Mendonça, A. E. O. D., & Salvetti, M. D. G. (2016). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes em diálise peritoneal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), 486-493. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600069>

Sitjar-Suñer, M., Suñer-Soler, R., Masià-Plana, A., Chirveches-Pérez, E., Bertran-Noguer, C., & Fuentes-Pumarola, C. (2020). Quality of Life and Social Support of People on Peritoneal Dialysis: Mixed Methods Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4240. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124240>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2021). Tradução portuguesa do documento de consenso da ESH sobre a medição da pressão arterial no consultório e fora do consultório. SPH.

<https://sphta.org.pt/livraria/guidelines/>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2017). Diálise Peritoneal—O que é, como funciona, indicações. <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/nefrologia/dialise-peritoneal>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2025). Diálise peritoneal. SNS24. <https://www.sns24.gov.pt/tema/exames-e-tratamentos/dialise-peritoneal/>

Su, C.-Y., Lu, X.-H., Chen, W., & Wang, T. (2009). Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1381–1389. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04993.x>

Suzuki, H., Kiryluk, K., Novak, J., Moldoveanu, Z., Herr, A. B., Renfrow, M. B., Wyatt, R. J., Scolari, F., Mestecky, J., Gharavi, A. G., & Julian, B. A. (2011). The Pathophysiology of IgA Nephropathy. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 22(10), 1795–1803. <https://doi.org/10.1681/ASN.2011050464>

Thajudeen, B., Issa, D., & Roy-Chaudhury, P. (2023). Advances in hemodialysis therapy. *Faculty Reviews*, 12. <https://doi.org/10.12703/r/12-12>

Thomas, N. (2005). *Renal Nursing*. 3ª edição. Baillière Tindall

Tkachuk, O. (sem data). *Fisiopatologia da Hipertensão Arterial na Doença Renal Crónica*.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª ed.)*. Loures: Lusociência

Twardowski, Z. J., & Nolph, K. D. (2005). *Peritoneal dialysis: Principles and practice (3rd ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins

UzdiL, N., Ceyhan, Ö., ŞiMşek, N., & Bektas, O. (2023). Changes in the Lives of Peritoneal Dialysis Patients and Coping with it: Qualitative Study. *Turkish Journal of Science and Health*. <https://doi.org/10.51972/tfsd.1238612>

Vallerand, A. H., Sanoski, C.A., & Deglin, J.H. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros*. Lusodidata

Welch, J. L., Johnson, M., Zimmerman, L., Russell, C. L., Perkins, S. M., & Decker, B. S. (2015). Self-Management Interventions in Stages 1 to 4 Chronic Kidney Disease: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 37(5), 652–678. <https://doi.org/10.1177/0193945914551007>

White, S., & Vinet, A. (2010). Partnering with patients to improve peritonitis rates. *CANNT Journal = Journal ACITN*, 20(1), 38–41.

WHO. (2024, abril 26). *Self-care for health and well-being*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>

World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary.

World Health Organization (WHO). (2005). Preventing chronic diseases: A vital investment. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (sem data). Health promotion glossary. Obtido 19 de março de 2025, de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

Zhang, M., & Cai, C. (2023). The experiences of patients with peritoneal dialysis: A systematic review of qualitative evidence protocol. *PLOS ONE*, 18(7), e0288724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288724>

Zhang, S., Ren, H.-F., Du, R.-X., Sun, W.-L., Fu, M.-L., & Zhang, X.-C. (2023). Global, regional, and national burden of kidney dysfunction from 1990 to 2019: A systematic analysis from the global burden of disease study 2019. *BMC Public Health*, 23(1), 1218. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16130-8>

8. ANEXOS

Anexo I

E hoje? Já fez exercício físico? Lembre-se destes BENEFÍCIOS:



A prática de exercício físico regular é essencial para melhorar a força muscular, a mobilidade e o bem-estar emocional das pessoas em diálise peritoneal. Movimentar-se pode ajudar a reduzir o cansaço, melhorar a pressão arterial e manter um peso saudável.

Recomendações Gerais

- Sempre que tiver alguma dúvida, consulte o seu médico, enfermeiro ou fisioterapeuta.
- Prefira roupas confortáveis e calçado adequado.
- Hidrate-se, de acordo com as orientações sobre restrição de líquidos.
- Realize os exercícios de forma lenta e controlada.
- Pare imediatamente caso sinta tonturas, dor ou cansaço excessivo.

Exercícios de Alongamentos (5-10 minutos) – Reduz a tensão muscular e melhora a mobilidade.

1. **Alongamento de Braços**
 - Estenda um braço à frente do peito e puxe-o suavemente com a outra mão.
 - Segure por 15-20 segundos e troque de lado.
2. **Alongamento de Pernas**
 - Sente-se e estenda uma perna à frente, tentando tocar a ponta do pé.
 - Mantenha a posição por 15-20 segundos e alterne as pernas.
3. **Rotação do Pescoço**
 - Gire lentamente a cabeça para um lado e depois para o outro.
 - Segure por alguns segundos em cada lado.

Exercícios de Força (10-15 minutos) - Melhora a musculatura e ajuda na independência para as atividades diárias.

1. **Agachamento na Cadeira**
 - Sente-se e levante-se de uma cadeira devagar, sem usar as mãos.
 - Faça 3 séries de 8-10 repetições.
2. **Levantamento de Braços**
 - Segure um pequeno peso (ou garrafa de água) e levante os braços acima da cabeça.
 - Faça 3 séries de 8-10 repetições.
3. **Elevação de Pés**
 - Sentado, levante um pé de cada vez, mantendo a perna estendida.
 - Segure por 5 segundos e troque de perna – repita entre 5 a 10 vezes

3. Exercícios Aeróbios (10-20 minutos) - Ajudam na circulação e condição cardiorrespiratória.

1. **Caminhada / Corrida / Bicicleta estática**
 - Escolha uma atividade que gosta mais.
 - Mantenha um ritmo confortável e contínuo, no mínimo, de 20min.
2. **Subir e Descer Degraus**
 - Utilize um degrau baixo para subir e descer devagar.
 - Faça por 5 minutos, conforme tolerância.
3. **Dança Leve**
 - Coloque uma música suave e mova-se de forma leve.
 - Com a duração mínima de 10min.

4. Exercícios de Relaxamento (5 minutos) - Ajudam a reduzir o stress e melhorar a respiração.

1. **Respiração Profunda**
 - Inspire pelo nariz contando até 4, segure por 2 segundos e solte lentamente pela boca. Repita por 5 vezes.
 - Pode, também, realizar meditação guiada.

Anexo II

DIÁLISE PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATÓRIA

- 1.** Preparar o ambiente
- 2.** Lavar as mãos
- 3.** Desinfetar a mesa
- 4.** Reunir o material necessário
- 5.** Abrir o saco (verificar as condições do mesmo e concentração), sem tocar nas tubuladuras
- 6.** Colocar o cateter fora da roupa
- 7.** Colocar a máscara
- 8.** Lavar as mãos
- 9.** Desinfetar as mãos
- 10.** Pegar na extremidade do sistema e desenrolar tubuladura
- 11.** Pegar na extremidade do cateter e colocar a mesma na mão
- 12.** Remover tampa do sistema
- 13.** Remover tampa do cateter
- 14.** Fazer a conexão
- 15.** Iniciar drenagem do peritoneu (abrir cateter)
- 16.** Quando tiver drenado tudo, fechar cateter e colocar pinça na tubuladura do saco de drenagem
- 17.** Quebrar selo da tubuladura do dialisante
- 18.** Expurgar ar do sistema abrindo ligeiramente a pinça
- 19.** Abrir cateter iniciando a infusão do dialisante
- 20.** Terminada a infusão, fechar cateter
- 21.** Colocar o saco no chão e verificar material e ambiente para a desconexão
- 22.** Abrir invólucro da tampa do cateter
- 23.** Colocar a máscara
- 24.** Lavar e desinfetar as mãos
- 25.** Desconectar o sistema e colocar a tampa no cateter
- 26.** Pesar o saco de drenagem e verificar as características do efluente
- 27.** Registrar

Anexo III

DPA – PASSO A PASSO

1º Colocar a máscara

2º Lavar as mãos

3º Ligar a máquina

4º Reunir o material

5º Abrir sacos de dialisante, cassete e saco de drenagem (sem manipular interior)

6º Colocar saco de drenagem na prateleira inferior da mesa

7º Premir tecla **VERDE**

CONECTAR À REDE

APERTE GO PARA INICIAR

8º Premir tecla **VERDE**

INSERIR CASSETE

9º Abrir porta do local da cassete

10º Lavar e desinfetar das mãos

11º Segurar na cassete, introduzi-la na máquina e fechar porta

12º Premir tecla **VERDE**

AUTO TESTE...

13º Quebrar selos dos sacos (sacos 2,5L e sacos 5L)

14º Colocar sacos no aquecedor e suportes

CONECTAR LINHAS E BOLSAS/ABRIR CLAMPS

15º Lavar e desinfetar as mãos (verificar colocação da máscara)

16º Segurar na: 1ª linha e conectar ao saco de drenagem;

2ª linha (clamp **Vermelho**), conectar ao saco do aquecedor;

3ª linha e seguintes (clamp **Branco**), conectar a restantes sacos de dialisante;

4ª linha (clamp **Azul**), conectar o saco **Roxo**.

17º Fechar clamps que não são utilizados, fechar clamp de esvaziamento do saco de drenagem e, se não for utilizado, fechar a 2ª saída da linha de drenagem

18º Abrir clamps (quebrar selos de abertura dos sacos)

19º Premir tecla **Verde**

PREENCHENDO LINHAS...

CONECTE-SE/VER LINHA DE PACIENTE

20º Lavar e desinfetar das mãos (verificar colocação da máscara)

21º Segurar na linha de paciente e na ponta de cateter e conectar-se

22º Abrir cateter e linha de paciente

23º Premir tecla **VERDE**

Início de tratamento com DRENAGEM INICIAL

TÉRMINO DE TERAPIA

24º Premir tecla **VERDE**

FECHAR TODOS OS CLAMPS

25º Fechar todos os clamps de bolsas de dialisante, saco de drenagem, linha de paciente e fechar cateter.

26º Premir tecla **VERDE**

DESCONECTE-SE

27º Abrir tampa de cateter

28º Colocar máscara

29º Desinfetar as mãos

30º Segurar a ponta do cateter, desadaptar a linha de paciente e colocar tampa

31º Premir tecla **VERDE**

DESLIGUE-ME

32º Premir a seta **azul** para baixo e recolha os dados de: Drenagem inicial e UF total

33º Desligar a máquina no botão ON/OFF

NOTA:

- Não se esqueça de fazer os registos manuais
- Verificar as características do efluente
- Manter a máquina sempre limpa
- Avaliar e registar tensão arterial diária
- Avaliar e registar peso diário