



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

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

Elisabete Moreira Delgado

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PARA O EMPODERAMENTO DA
PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÓNICA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O
EMPODERAMENTO DA PESSOA COM DOENÇA
RENAL CRÓNICA**

Relatório Final de Estágio

Elisabete Moreira Delgado

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sob orientação da Professora Doutora Cecília Maria Rodrigues

“Não fiz o melhor, mas fiz tudo para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser,
mas, também já não sou o que era.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

O presente relatório final de estágio reflete o meu percurso na aquisição de conhecimento, habilidades e competências especializadas à pessoa em situação crónica. No entanto, reconheço o apoio de várias pessoas, essenciais neste processo de crescimento profissional e pessoal.

Por isso, um agradecimento especial à Professora Doutora Cecília Rodrigues, pela orientação, acompanhamento, disponibilidade e partilha do conhecimento, que foram fundamentais em todo o processo, desde a conceção do projeto até à sua conclusão.

Aos Tutores do estágio, Enfermeira Especialista Liliana Lopes e Enfermeiro Especialista Paulo Pinheiro, pela partilha de conhecimento e apoio nos momentos de maior ansiedade.

À amiga e colega de curso de mestrado, Cristiana Sarmiento, pelo apoio e palavras de incentivo. Juntas conseguimos criar uma dinâmica de trabalho com eficácia e eficiência para a concretização dos objetivos propostos.

Aos colegas da Unidade de Diálise, pela forma como me receberam.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CDRA – Consulta de Doença Renal Avançada

CICA – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Vascular Central

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DOI – *Digital Object Identifier*

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

DRC5 – Doença Renal Crónica estadio 5

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

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

ESSNCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

ESVS – European Society for Vascular Surgery

FAV – Fistula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IR – Insuficiência Renal

IRC – Insuficiência Renal Crónica

JBH – Joanna Briggs Institute

KDE – *Kidney Disease Education*

KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes

KDOQI – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

Mesh – *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSF – *Open Science Framework*

PAV – Prótese Arteriovenosa

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

PRHD – Programa Regular de Hemodiálise

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SDM – *Shared Decision Making*

SLED – *Sustained Low Efficient Dialysis*

SN – Serviço de Nefrologia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TMC – Tratamento Médico Conservador

TSFR – Tratamento de Substituição da Função Renal

UCIC – Unidade Cuidados Intermédios de Cardiologia

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UD – Unidade de Diálise

ULS – Unidade Local de Saúde

VHB – Vírus de Hepatite B

RESUMO

A pessoa a vivenciar situação de doença crónica enfrenta mudanças significativas na sua vida, decorrentes da evolução da doença, que lhe exige a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitude para a resposta saudável à transição situacional e adaptação à nova condição de saúde. O Enfermeiro Especialista (EE) na área da doença crónica assume um papel fundamental no cuidado à pessoa em situação crónica, desenvolvendo um conjunto de competências que lhe permite uma prática de enfermagem avançada.

O presente relatório final surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP). Tem como objetivo apresentar o percurso realizado na aquisição das competências comuns e específicas do EE e do desenvolvimento das competências de investigação. Divide-se em duas partes principais: a componente de estágio e a componente de investigação.

Na componente de estágio é descrito o contexto de estágio, a Unidade de Diálise (UD) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal. Comtempla ainda a descrição e reflexão crítica dos objetivos gerais e específicos, bem como as estratégias adotadas e atividades desenvolvidas ao longo do estágio, para aquisição de competências comuns do EE e específicas à pessoa em situação crónica.

Na componente de investigação é apresentado o projeto de investigação, cujo tema surgiu no âmbito do estágio na UD e denomina-se de “Intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica: *Scoping Review*”.

A Doença Renal Crónica (DRC), que apresenta uma elevada incidência em todo mundo, é uma condição crónica de saúde que exerce grande impacto na vida da pessoa, sendo associada a regimes terapêuticos complexos e a processos de tomada de decisão importantes. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de intervenções que visem o empoderamento da pessoa, sendo este o resultado desejado do processo de transição saúde/doença. Para dar resposta à problemática, realizou-se uma *scoping review*, orientada pela metodologia Joanna Briggs Institute (JBI), com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC, no estadio 4-5. Foram identificadas várias intervenções de enfermagem que se agrupam em 3 focos principais do empoderamento, o conhecimento, a autogestão e o processo de tomada de decisão partilhado. Verifica-se que programas de intervenção

educativos e participativos na fase pré-diálise, promovem o empoderamento da pessoa, através da melhoria do conhecimento sobre a DRC, do comportamento de autogestão e redução do conflito e da incerteza na tomada de decisão.

ABSTRACT

Individuals experiencing chronic illness face significant life changes due to the progression of the disease, which requires them to incorporate knowledge, skills and attitudes for a healthy response to situational transitions and adaptation to the new health condition. The Specialist Nurse (SN) in the field of chronic illness plays a fundamental role in the care for the chronically ill person, developing a set of skills that allows them to practice advanced nursing. This final report is part of the Curricular Unit Internship of a Professional Nature with a Final Report, included in the study plan for the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations at the ESSNCVP. The aim is to present the path taken to acquisition both common and specific competences of the SN and to develop research skills. It is divided into two main parts: the internship component and the research component.

The internship component describes the context of the internship, which took place in the dialysis unit of a local health unit in the northern region of Portugal. It also includes a description and critical reflection of the general and specific objectives, as well as the strategies adopted and activities developed throughout the internship, for the acquisition of competences common to the SN and specific to the person in a chronic situation.

The research component presents the research project, the theme of which emerged during the internship at the dialysis unit and is entitled "Nursing interventions for the empowerment of people with chronic kidney disease: Scoping Review".

Chronic kidney disease (CKD), which has a high incidence worldwide, is a chronic health condition that has a major impact on people's lives and is associated with complex therapeutic regimes and important decision-making processes. Nurses play a fundamental role in implementing interventions aimed at empowering people, which is the desired outcome of the health/illness transition process. In response to this problem, a scoping review was carried out, guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, with the aim of mapping the scientific evidence on nursing interventions for the empowerment of people with CKD in stages 4-5. Several nursing interventions were identified which are grouped into three main areas of empowerment: knowledge, self-management and shared decision-making. It was found that educational and participatory intervention programs in the pre-dialysis phase promote the person's empowerment by improving knowledge about CKD, self-management behavior and reducing conflict and uncertainty in decision-making.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Termos de pesquisa	73
Tabela 2. Estratégia de pesquisa	74
Tabela 3. Síntese de Resultados	79
Tabela 4. Instrumentos de avaliação dos focos de atenção	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA.....	77
Figura 2. Intervenções de enfermagem mapeadas na revisão.....	87

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	23
1. Enquadramento do contexto de estágio	25
1.1. Estágio em contexto da Unidade de Diálise	26
1.2. Objetivos de Estágio	30
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	31
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	35
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	39
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	42
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica.....	45
3.1. Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica.....	45
3.2. Maximiza o Ambiente Terapêutico em Articulação com a Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica	51
4. Considerações finais	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	59
1. Resumo	61
2. Abstract	63
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	65
4. Finalidade e objetivos.....	69
5. Metodologia	71
5.1. Desenho do estudo.....	71
5.2. Considerações éticas	75
6. Resultados	77

7. Discussão	89
8. Conclusão.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.....	115
ANEXO I: PROPOSTA DE FORMAÇÃO TRANSVERSAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM NEFROLOGIA	117
ANEXO II: INSTRUMENTO DE AUDITORIA CLÍNICA	123
ANEXO III: PROCEDIMENTO GERAL.....	127
ANEXO IV: PROGRAMA CIENTÍFICO DAS I JORNADAS DE ENFERMAGEM DE NEFROLOGIA DA ULS	143
ANEXO V: CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO ORAL.....	147
ANEXO VI: PROPOSTA DE AUDITORIA CLÍNICA.....	149
ANEXO VII: Q168 PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	155
ANEXO VIII: ESTRATÉGIA DE PESQUISA	167
ANEXO IX: TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS	175
ANEXO X: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO MODELO DE ARANDA.....	197

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida é um fenómeno contínuo, resultante das melhores condições socioeconómicas, educacionais e sobretudo da melhoria dos cuidados de saúde, entendido por todos como algo positivo. No entanto, será que viver mais anos é sinónimo de se viver bem e cada vez melhor? É sabido que os avanços tecnológicos e científicos a nível da saúde ajudam-nos a viver mais anos, mas a que preço? Com mais de um problema de saúde que nos limita e nos impede de realizar até as tarefas mais simples! As doenças crónicas são um verdadeiro flagelo na nossa sociedade envelhecida, que recorre cada vez mais aos serviços de saúde à procura de cuidados mais diferenciados, especializados e centrados nas necessidades da pessoa, com impacto significativo nos custos em saúde.

Cada doença é única e caracterizada por um conjunto de especificidades que as distinguem inequivocamente, no entanto, quando se prolongam no tempo e implicam algum grau de incapacidade, são designadas como doenças crónicas, partilhando características comuns a todas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve condição crónica como qualquer problema de saúde que persista e requer, algum grau de gestão dos cuidados de saúde, ao longo do tempo (WHO, 2002).

A gestão da doença crónica é um fenómeno complexo e dinâmico que exige à pessoa e família/cuidador a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitude para que seja capaz de gerir a sua condição de cronicidade ao longo da sua vida.

Perante esta realidade urge a necessidade de desenvolver e adquirir competências específicas para a prestação de cuidados de enfermagem continuados e especializados à pessoa em situação crónica, que visem a promoção da saúde, a prevenção, a deteção precoce, a estabilização e manutenção da doença crónica, e a promoção de processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, complexos e prolongados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Neste seguimento, a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018) vem regular as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEEMC-PSC), descrevendo como unidades de competência o cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, e o maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, a prestação de cuidados de enfermagem exige, cada vez mais, uma diferenciação dos profissionais, pela aquisição e treino de competências técnicas, científicas e relacionais, subjacentes aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2017). Deste modo, a opção da realização do estágio de enfermagem na UD de uma ULS da região norte de Portugal, surge com a intenção de desenvolver competências específicas do EEEMC-PSC, particularmente numa área de intervenção de elevada exigência técnica e científica, como a Insuficiência Renal Crónica (IRC).

A DRC é considerada um problema de saúde pública mundial (ISN, 2023) que afeta mais de 10% da população mundial e com uma prevalência de 20,9% em Portugal (ISN, 2023; Vinhais et al, 2020). Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em 2023, 2752 pessoas iniciaram Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR), sendo a diabetes e hipertensão arterial como as principais causas da DRC nas pessoas incidentes em diálise (SPN, 2023). A gestão dos cuidados centrados na pessoa com DRC é complexa e requer uma abordagem multidisciplinar nos processos de tomada de decisão e adaptação à situação de doença crónica (KDIGO, 2024; Vinhais et al, 2020). A fase de diagnóstico, a tomada de decisão sobre as opções de tratamentos exigentes e complexos, e a sua incorporação no dia a dia, implicam transformações significativas nos hábitos e estilo de vida da pessoa, entendidas como um processo de transição saúde/doença, à luz do referencial teórico da teoria de médio alcance de Afaf Meleis (Oliveira et al., 2020; Schumacher et al., 2000). A intencionalidade das intervenções de enfermagem consiste em capacitar a pessoa a tomar decisões informadas e a gerir os seus cuidados de saúde, sendo que o empoderamento da pessoa poderá ser o resultado desejado no processo de transição saúde/doença.

Considerando que o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental nos processos de transição, através de intervenções promotoras de empoderamento da pessoa, durante a realização do estágio, surge a questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?”, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5.

O trabalho de investigação realizado é uma *scoping review*, conduzida em concordância com a metodologia JBI e congruente com as diretrizes do modelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Page et al., 2021; Peters et al., 2020).

Os resultados da revisão têm a pretensão de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC, no estadio 4-5, a vivenciar processos de transição saúde/doença. As evidências encontradas, poderão ainda servir de ponto de partida para a construção de programas de intervenção de enfermagem, direcionados para a pessoa a vivenciar o processo de transição, da fase pré-diálise para a incorporação dos tratamentos dialíticos.

Este relatório final de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório final, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da ESSNCVP, e tem como objetivo apresentar o percurso realizado no desenvolvimento das competências comuns e específicas, no decorrer do estágio na UD de uma ULS, centrado no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2017).

Estruturalmente apresenta-se dividido em 2 partes distintas, além da introdução e considerações finais. A primeira parte, contempla a componente de estágio, a segunda parte a componente de investigação.

A primeira parte reporta-se à componente de estágio, que decorreu numa UD de uma ULS da região norte de Portugal, e divide-se em 4 subcapítulos. O primeiro contempla o enquadramento do contexto de estágio com uma breve descrição do espaço físico e sistema organizacional da UD, evidenciando as funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC). O segundo e terceiro subcapítulos compreendem a descrição e reflexão dos objetivos gerais e específicos, bem como as estratégias adotadas e atividades desenvolvidas ao longo do estágio, para aquisição de competências comuns do EE e específicas do EEEMC-PSC. No quarto subcapítulo são geradas considerações finais deste estágio de natureza profissional, evidenciando os contributos pessoais e profissionais para a construção da nova identidade enquanto futura EE.

A segunda parte refere-se à componente de investigação, que estruturalmente se inicia com apresentação do resumo do trabalho de investigação, seguindo-se o enquadramento teórico da temática, a finalidade e objetivos do estudo, metodologia aplicada, os resultados, a discussão e respetivas conclusões.

A elaboração deste relatório final foi conduzida pelo método descritivo com análise crítica e reflexiva, complementada com pesquisa bibliográfica em diversas fontes.

A teoria das transições de Afaf Meleis orienta a prática clínica dos enfermeiros na conceção e implementação de estratégias de gestão da doença crónica, facilitando os processos de adaptação da pessoa e família/cuidador à nova condição de saúde (Meleis et al., 2000). Tomando deste princípio, este referencial teórico foi o selecionado para a elaboração do relatório final de estágio.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Relatório Final de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

1. Enquadramento do contexto de estágio

Este capítulo pretende apresentar um enquadramento do local de estágio, contextualizando-o com os objetivos delineados previamente, no âmbito das competências do EEEMC-PSC. Revela-se importante conhecer o local de estágio para ajudar a compreensão das oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento das competências avançadas de tomada de decisão.

O estágio final de enfermagem à pessoa em situação crónica decorreu entre os dias 20 de setembro de 2023 e 12 de março de 2024, totalizou 810 horas, das quais 384 horas corresponderam a horas de contacto na tipologia de estágio, realizado numa UD, integrado num Serviço de Nefrologia (SN), de uma ULS da região norte de Portugal.

Em janeiro de 2024, pelo Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (2023), ocorreu a reestruturação das entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), adotando o modelo de organização e funcionamento em ULS, tendo como objetivo maior qualificar a resposta do SNS, através da simplificação de processos e incremento da articulação entre os profissionais de saúde, melhorando o envolvimento dos cidadãos, das comunidades e das autarquias, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

A ULS, onde decorreu o estágio, sofreu esta reestruturação e em compromisso solidário com o SNS, tem uma ampla missão hospitalar de garantir uma assistência de alta diferenciação científica, das doenças prevalentes na comunidade e de patologia complexa, integrando o ensino, a investigação, a formação e o desenvolvimento humano (SNS, 2024).

A decisão pelo local de estágio incidiu no facto de exercer funções enquanto enfermeira de cuidados gerais nesta ULS desde 2015, e reconhecer que a UD integra diversas valências de cuidados, reunindo-se as condições ideais para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação de doença crónica.

O próximo subcapítulo destina-se à descrição do contexto de estágio a nível da organização e funcionamento, acompanhada de uma breve análise crítico-reflexiva.

1.1. Estágio em contexto da Unidade de Diálise

A UD é parte integrante do SN da ULS, da área clínica de medicina, que engloba diversas valências, como o internamento nefrologia clínica, a consultadoria interna de nefrologia, a UD e unidade de transplante renal de adultos, de que é centro de referência (ULS, 2024a).

Tem como missão garantir à população de referência o acesso a cuidados de saúde no tratamento da Insuficiência Renal (IR), com qualidade e recursos disponíveis às necessidades observadas. Especificamente, a UD tem como principal objetivo o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de IR, bem como a antecipação de complicações decorrentes da evolução da doença, na fase pré-diálise e em TSFR. A área de referência da ULS, serve diretamente as populações das freguesias da cidade que se insere e algumas regiões do nordeste de Portugal (CH, 2021).

A UD integra a Unidade de Hemodiálise (HD), a Unidade de Diálise Peritoneal (DP) e de Aférese, Consultadoria Interna, a Consulta Externa de Acessos Vasculares e Consulta de Doença Renal Avançada (CDRA). Tem como missão garantir cuidados à pessoa com IR na fase pré-diálise e na fase dialítica, da área de influência do hospital, e articula-se com o serviço de urgência, serviços de cuidados intensivos, serviço de cuidados intermédios médicos e cirúrgicos, serviços de internamento e consulta externa, assegurando os cuidados à pessoa com IR em regime de ambulatório e internamento.

A unidade de HD e de DP são especializadas na realização de tratamentos dialíticos, sendo reconhecidas como unidades de referência a nível nacional, por terem sido pioneiras na criação de programas regulares de HD nos anos 60, e de DP em 1981 (ANADIAL, 2024).

A equipa multidisciplinar respeitante à UD é constituída por 6 nefrologistas (que inclui o coordenador da unidade de HD e o da unidade de DP), 28 enfermeiros (que inclui o responsável por cada uma das unidades HD e DP), 4 assistentes operacionais, 1 assistente técnico, 1 nutricionista e 1 assistente social.

A unidade de HD tem horário de funcionamento contínuo, 24 horas, e dispõe de quinze postos de tratamento, sendo divididos por: uma sala de oito postos, uma sala de quatro postos dedicados preferencialmente para os doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, uma sala de dois postos que garantem a HD de emergência, e uma sala com um posto reservado especificamente para doentes portadores do Vírus de Hepatite B (VHB). Este modelo de organização corresponde às orientações do manual de boas práticas de diálise crónica, que preconiza uma sala dedicada aos doentes portadores de VHB (ACSS, 2011; OM, 2017). A unidade de HD integra o Programa Regular de Hemodiálise (PRHD) de 52

doentes renais em regime de ambulatório, e assegura os tratamentos dialíticos e de aférese aos doentes em situação de internamento. A programação das sessões de HD tem por base as linhas de orientação da Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), que recomenda três sessões de HD por semana com uma duração mínima de 3 horas (Daugirdas et al., 2015). O planeamento das sessões é feito diariamente pelo EEEMC, distribuídas pelos turnos manhã, tarde e noite. A cada doente do PRHD é atribuído um turno específico. A sessão tem duração de 4 horas, três vezes por semana, não sendo estanques, uma vez que dependem do estado clínico da pessoa e de exames complementares de diagnóstico realizados. Durante os cinco meses de estágio, a unidade de HD teve uma produtividade de 2901 sessões de HD em regime de ambulatório.

A unidade de DP funcionada em dias úteis, de segunda a sexta-feira, das 8h até às 20h. Dispõe de um gabinete para consulta médica e de dois gabinetes para consulta de enfermagem, designadas por salas de treino de DP. A unidade de DP assegura os cuidados à pessoa em DP em regime de internamento e ambulatório. O programa regular de DP integra 63 doentes, dos quais 40 na modalidade de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) e 20 em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).

A consulta de enfermagem de DP é assegurada no período da manhã, das 8h às 15h, pela enfermeira coordenadora da unidade de DP. Desempenha um papel importante na área da gestão uma vez que, em articulação com a equipa médica, é responsável pelo planeamento e agendamento da indução de DP. Na consulta as atividades principais são a monitorização dos sinais vitais, peso corporal, cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal, colheitas de sangue, administração de terapêutica, realização do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP) e exteriorização do cateter peritoneal às segundas-feiras ou sempre que seja necessário iniciar o tratamento de DP de novo. No turno da tarde a consulta de enfermagem decorre na sala de treino de DP, que integra a consulta de enfermagem de esclarecimento sobre as TSFR e o programa de educação e treino de DPCA e DPA, à pessoa com Doença Renal Crónica em Estadio 5 (DRC5).

A CDRA tem seis meses de atividade à data em que redijo este documento, tendo-se iniciado no decorrer do estágio, e vem dar resposta ao cumprimento do Despacho n.º 12635/2023, de 11 de dezembro (2023), sobre o plano de Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica. Realiza-se nos dias úteis, das 14h30 até às 16h30, por um médico e um enfermeiro, que prestam cuidados à pessoa com IR com Taxa de Filtração Glomerular (TFG) <45ml/min e à família/cuidador. As atividades preconizadas consistem na avaliação, ensino e esclarecimento da pessoa e família/cuidador

das diferentes modalidades de TSFR, avaliação do contexto familiar e social, avaliação de estado funcional e nutricional da pessoa, avaliação do cumprimento terapêutico e cuidados de autovigilância, avaliação do acesso para a diálise em articulação com o médico, colheita de produtos biológicos para exames complementares de diagnóstico e administração de terapêutica injetável, com objetivo de preservar o património vascular. No entanto, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem são pouco claros, o que motivou o desenvolvimento da componente de investigação durante o estágio.

A UD dá resposta à necessidade de técnicas dialíticas às unidades que lhe são externas, como os serviços de internamento, Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Unidade Cuidados Intermédios de Cardiologia (UCIC). Neste âmbito, é alocado um enfermeiro por turno que assegura a execução das técnicas de HD, DP e de plasmaférese. As técnicas contínuas ou intermitentes ditas de baixo fluxo e as SLED (*Sustained Low Efficient Dialysis*) são iniciadas e terminadas pelo elemento da equipa da UD, ficando a monitorização da técnica ao cuidado da equipa onde decorre o tratamento. A equipa segue o modelo de trabalho em equipa, de cooperação e interajuda, onde todas as capacidades da equipa da UD e dos serviços externos são rentabilizadas, na prestação de cuidados integrais ao grupo de pessoas que estão sob a sua responsabilidade (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

A nível da organização, a equipa de enfermagem da UD é gerida por um Enfermeiro Gestor, comum a todas as valências, e conta com um enfermeiro coordenador que o substitui na sua ausência. A equipa dedicada à UD composta por 28 enfermeiros, dos quais 7 são EEEMC, 2 são Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2 são Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 1 é Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e 4 estão a frequentar curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.

As técnicas dialíticas são tratamentos seguros, no entanto, tratando-se de técnicas invasivas, existe um risco aumentado de complicações. Desta forma, os enfermeiros estão presentes de forma contínua na sala de HD, garantindo a vigilância permanente da pessoa, fundamental para a deteção precoce de sinais de alarme, permitindo diagnosticar, planear e intervir em tempo oportuno.

O Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), da OE no cálculo para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda que, devido à complexidade, exigências e riscos associados, a equipa de enfermagem deve integrar, preferencialmente, pelo menos

50% de EEEMC, nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou crónica. Neste momento a UD não consegue atender a esta recomendação, mas prevê-se que a curto espaço de tempo atinga os 50%, visto que a equipa tem elementos a frequentar o curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica. No cálculo das dotações para o número de enfermeiros por posto de diálise, o mesmo regulamento, preconiza que seja o mínimo de 1 enfermeiro para 4 doentes, não devendo exceder a razão de 5 por enfermeiro, sendo que o número mínimo de enfermeiros por turno não deverá ser inferior a 2. O número de elementos deve ter em conta as necessidades especiais dos doentes portadores de VHB, e as respostas de diálise às unidades de cuidados intensivos que lhe são externas. Com base nestas premissas, o Enfermeiro Gestor realiza a escala de distribuição dos enfermeiros, na unidade de HD, da seguinte forma: 2 elementos na sala com 8 postos, 1 elemento na sala com 4 postos, 1 elemento que assegura a resposta das necessidades de técnicas dialíticas aos serviços que lhe são externas, designado como enfermeiro de cuidados intensivos. A este último assume a função de responsável de turno.

Na unidade de DP, tratando-se de consulta externa, o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019) dita que o cálculo pode ser feito por posto de trabalho e ajustado à realidade da organização e assegurado pelo EE da área de especialidade. Com base nesta premissa, para a Unidade de DP, é alocado 1 enfermeiro para cada turno da manhã e tarde. Neste momento os 7 enfermeiros da equipa dedicados à unidade de DP, não conseguem cumprir esta recomendação, uma vez que apenas 1 enfermeiro tem título de EEEMC. O enfermeiro coordenador da unidade de DP é o elemento que assegura o turno da manhã, de segunda a sexta-feira. Não possuindo título de EE, a sua longa experiência na área é uma referência para toda a equipa multidisciplinar, reconhecido por todos como enfermeiro perito na área. Segundo o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54).

A equipa de enfermagem segue um método de trabalho individual, assumindo um enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados prestados durante o turno, a um grupo de pessoas (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

O core dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa da UD da ULS tem o enfoque no apoio emocional à pessoa e à sua família/cuidador, na educação e promoção do autocuidado, bem como na adesão ao regime terapêutico.

1.2. *Objetivos de Estágio*

Neste contexto de estágio, tendo por base os objetivos gerais do curso de mestrado, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos, que pretendem ser relevantes, concretizáveis e mensuráveis, que são:

Geral 1: Desenvolver a prática profissional ética e legal, na área de especialidade, de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional.

Específicos: Identificar eventuais dilemas éticos inerentes à prestação de cuidados à pessoa com DRC em estadio 4-5; refletir, com os elementos da equipa de enfermagem e colegas de especialidade, sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, que resultem do processo de tomada de decisão, na área da DRC.

Geral 2: Demonstrar competência no cuidar a pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRC em estadio 4-5.

Específicos: Fomentar, junto da pessoa e família/cuidador, com DRC em tratamento de hemodiálise, cuidados de prevenção e controlo de infeção do acesso vascular para a hemodiálise; refletir criticamente sobre as competências do enfermeiro especialista no cuidado ao acesso vascular para a HD, na pessoa com DRC.

Geral 3: Desenvolver a competência na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à DRC em estadio 4-5.

Específicos: Aprofundar conhecimento sobre intervenções especializadas que promovam a capacitação da pessoa na gestão da DRC em estadio 4-5; promover intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, facilitadoras no processo de transição saúde/doença, decorrente da DRC em estadio 4-5.

Geral 4: Desenvolver a competência da prática clínica especializada, baseada em evidência científica.

Específico: Desenvolver estudo de revisão, através da metodologia JBI, sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC estadio 4-5; colaborar com a equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades, no desenvolvimento de projetos de investigação, que se encontram a decorrer no serviço de nefrologia.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

É inegável que no mundo atual somos confrontados com situações de doença gradualmente mais complexas, associado a uma sociedade envelhecida que procura nos sistemas de saúde cuidados cada vez mais avançados e centrados nas suas necessidades. Como resposta a esta problemática, os enfermeiros reconhecem a necessidade de investir em processos de qualificação e procuram prestar cuidados de excelência através de uma assistência diferenciada e especializada, particularmente em áreas de intervenção de elevada exigência técnica e científica. Neste seguimento, o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE define EE (p. 4744), como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. A todos os EE, independentemente da área de especialização, são reconhecidas competências comuns, que se agrupam em 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Espera-se que com a realização deste curso de mestrado em enfermagem em médico-cirúrgica, tenham sido desenvolvidas algumas das competências descritas neste regulamento. Deste forma, faz-se intensão de analisar o desempenho no decorrer do estágio final, à luz dos 4 domínios das competências comuns do EE.

2.1. *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

Qualquer profissão que lhe seja reconhecida qualificações é abrangida por um conjunto de princípios e normas de conduta, que deve seguir no seu exercício profissional. A profissão de enfermagem não é exceção, e de acordo com o seu código deontológico, inserido no Estatuto da OE, é dever geral “exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviço de enfermagem” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8101). O código deontológico, constituindo-se de princípios éticos e normas legais, conduz o exercício profissional. Estabelece como princípios gerais para as intervenções de enfermagem a preocupação pela defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, e uma relação profissional assente em valores universais de igualdade, liberdade responsável, com capacidade de escolha tendo atenção o bem comum, a verdade e justiça, altruísmo e

solidariedade, a competência e aperfeiçoamento profissional (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015). No que se refere ao EE, de acordo com Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4745), este deve desenvolver “... uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional,” e garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

Os vários documentos que dão suporte ético e legal ao exercício profissional dos enfermeiros, determinam que na base da prestação de cuidados o respeito pelos valores universais e princípios éticos devem estar presentes, inequivocamente, na relação profissional e tomada de decisão. A competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é transversal a qualquer nível do exercício da profissão (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Tomando como linha de orientação o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), o estágio final na UD possibilitou o aperfeiçoamento das competências neste domínio, através da aquisição de estratégias de resolução de problemas e dilemas éticos junto da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRC, bem como junto da equipa multidisciplinar.

A pessoa em situação crónica, e especificamente na DRC avançada, enfrenta um processo de transição saúde/doença complexo, de grande fragilidade e vulnerabilidade, e com impacto a nível da condição física, emocional, nas relações interpessoais, estatuto social e económico, deparando-se constantemente com necessidades de tomada de decisão sobre os seus cuidados (KDIGO, 2024). O EE assume um papel crucial nos processos de tomada de decisão, pelas questões éticas, deontológicas e legais envolvidas na prestação de cuidados especializados.

O conhecimento científico atual articulado com a experiência profissional do enfermeiro, sem esquecer o ambiente organizacional e os recursos disponíveis, são fulcrais no processo de tomada de decisão responsável e autónomo sobre os cuidados direcionados à pessoa e família a vivenciar a DRC (Lourenço et al., 2022). Neste sentido, durante o estágio surgiram alguns dilemas éticos, inerentes aos cuidados à pessoa com DRC em fase pré-díalise e em tratamento dialítico, que exigiram à equipa multidisciplinar uma análise reflexiva dos acontecimentos, à luz dos valores universais, princípios éticos e código deontológico, e das implicações resultantes das decisões tomadas. Foi possível evidenciar que a vasta experiência da equipa, nomeadamente dos EE, e o conhecimento especializado na área, foi facilitador

para a tomada de decisão, que garantem uma prática de cuidados assentes no respeito pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, de acordo como estipulado no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). As situações de maior complexidade estiveram relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa com DRC5 com idade avançada. Os casos clínicos que suscitaram maior reflexão, estavam relacionados com a decisão de: qual o tratamento mais indicado na pessoa com autocuidado comprometido, entre as opções, tratamento dialítico e o Tratamento Médico Conservador (TMC); qual o acesso ideal para HD, entre as opções, a construção de acesso vascular autólogo (Fistula arteriovenosa – FAV) e o Cateter Vascular Central (CVC); e qual o melhor momento para suspender o tratamento dialítico, entre as opções, manter a estratégia de tratamento de HD e a redução do tempo da sessão de HD ou suspendê-lo, em situação de fim de vida e cuidados paliativos.

Neste processo de decisão deve haver momentos de esclarecimento sobre os riscos, as consequências e os benefícios da diálise face ao TMC e as indicações do doente para início de TSFR, devendo o tratamento ser orientado e centrado nos objetivos e prioridades da pessoa (Rosansky et al., 2017; Verberne et al., 2016).

Segundo a National Kidney Foundation a informação sistemática e o esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento para a DRC5, são mandatários para todos os utentes com DRC5, para uma tomada de decisão informada, livre e consciente (KDIGO, 2024). A Direcção-Geral da Saúde (DGS) preconiza, através da Norma 017/2011 de 28 de Setembro, uma consulta de esclarecimento individualizada, com o objetivo de contribuir para o esclarecimento pleno da pessoa sobre as diferentes modalidades de tratamento e respetivas técnicas, e integrar uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista, e disponibilizar material informativo adequado (Norma 017/2011 de 28 de Setembro, 2011). Na ULS onde decorreu o estágio, esta consulta de esclarecimento é realizada pela equipa de enfermagem da unidade de DP, de forma individualizada, com linguagem e partilha de informação faseada, de acordo com as características individuais da pessoa, em espaço próprio, assegurando os princípios éticos e deontológicos como o direito à privacidade e o respeito pelo princípio da transparência.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8103), “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar, (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; (...) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter

acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” A informação é um direito fundamental que promove o consentimento livre e esclarecido, no processo de tomada de decisão para os diferentes TSFR. A pessoa devidamente esclarecida e informada, a tomada de decisão sobre as opções de tratamento e tipo de acesso para diálise é facilitada, promovendo uma transição saúde/doença saudável, a adesão ao tratamento e aceitação do estado de saúde (Bekker et al., 2023; Fishbane et al., 2017).

Durante o estágio surgiram dois casos clínicos de agudização da função renal, que exigiu a colocação de CVC e tratamento dialítico de urgência. Em ambos os casos, por motivos desconhecidos ainda não tinham sido referenciados para a consulta de esclarecimento preconizada pela Norma 017/2011 de 28 de Setembro. Nestas situações, o EEEMC assume o papel de *patient advocate*, colaborando na informação sobre os procedimentos e tratamentos, garantindo e validando o seu conhecimento, e esclarecendo quaisquer dúvidas que possam ter surgido. A consulta é depois agendada para um momento oportuno.

As primeiras punções da FAV são geradoras de grande ansiedade e incerteza para a pessoa, e na escolha da técnica de punção é importante a experiência do enfermeiro, o envolvimento da pessoa, respeitando as suas preferências e características individuais (Sousa et al., 2023b). É da competência do EEEMC decidir sobre qual a melhor técnica de punção, envolvendo a pessoa no processo de decisão, e de transmiti-la à restante equipa, através de uma comunicação efetiva, promovendo a segurança na transição de cuidados. O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2016, define que a comunicação efetiva é “essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021, p. 100). Durante o estágio foi possível observar que o EEEMC para assegurar uma transição segura dos cuidados relacionados com as primeiras punções de FAV/PAV (Prótese Arteriovenosa), juntamente com o sistema informático NEFRUS, recorria a ferramentas digitais, como fotografias, assegurando a confidencialidade dos dados clínicos. O EEEMC transmitia as informações ao enfermeiro responsável pela punção do acesso, geralmente o mais experiente.

As situações anteriormente descritas foram vivenciadas na UD durante o estágio e através da observação do desempenho do EEEMC e participação nos processos de tomada de decisão, permitiram melhorar a capacidade de reflexão no âmbito da deontologia e o desenvolvimento do pensamento crítico, sobre os motivos que suportam a tomada de decisão. Neste sentido, considero que os objetivos específicos delineados para o objetivo

geral 1 foram concretizados. A aquisição das competências comuns do EE no domínio da responsabilidade, ética e legal, contribuirá para o exercício profissional sob uma prática de deontologia e a promoção de cuidados avançados que visem o respeito pelos valores e crenças da pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRC.

2.2. *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

A qualidade da prestação de cuidados e a segurança do doente são uma prioridade do SNS e numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade, através do PNSD 2015-2020, complementado agora pelo PNSD 2021-2026, definiram um conjunto de objetivos estratégicos e respetivas ações, evidenciando que toda a pessoa tem o direito a receber cuidados de saúde seguros e de qualidade. Tem como objetivos promover o direito à proteção em saúde e otimizar a segurança da pessoa através da eliminação de incidentes que possam ser prevenidos, redução dos erros em saúde, reconhecidos internacionalmente e nacionalmente, como conducentes a ganhos em saúde (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021). Os ganhos em saúde só serão significativos se for melhorada a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e do ambiente onde são prestados os cuidados de saúde.

Neste pressuposto, no domínio da melhoria contínua da qualidade, o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4747), indica que o EE desempenha um papel dinamizador “... no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governamentação clínica”, e no desenvolvimento de “... práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua,” garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

Na ULS o plano de formação geral é organizado em diferentes grupos de trabalho, com áreas distintas de atuação, que asseguram a qualidade dos cuidados prestados. As áreas de formação que a ULS promove, abordam os temas da Sustentabilidade e Digitalização na Saúde, Emergência Médica Interna, Qualidade Assistencial, Gestão do Risco e Segurança, Competências Relacionais, Gestão, Doente Crítico e Emergente, Competências Técnicas, Técnicas de Informação e Comunicação. Algumas das áreas são de carácter obrigatório, com renovação a cada 3 anos, a todos os profissionais, destacando-se a formação de Suporte Básico de Vida e de Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde. Cada grupo de trabalho da ULS tem interlocutores nos diferentes serviços. No SN, para cada área específica, um EE desempenha a função de interlocutor, nas áreas dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Qualidade e Segurança, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e

Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Formação em Serviço, Sistemas de Informação em Enfermagem e Prevenção e Tratamento de Feridas. O interlocutor tem a competência de garantir transmissão de informação à equipa, bem como dinamizar e estimular a participação, promover o cumprimento de orientações, recomendações e normas, colaborar em estudos/projetos e divulgar os resultados na área específica de trabalho (ULS, 2024b).

Neste âmbito, nas primeiras semanas de estágio surgiu a oportunidade de colaborar com o interlocutor da qualidade e segurança, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no projeto “Implementação de uma estratégia formativa para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados”, com abordagem às temáticas: prevenção quedas e úlceras por pressão, precauções básicas no controlo de Infecção e identificação inequívoca do doente. Tem como objetivo geral promover o aumento da cultura de segurança e consciencialização dos enfermeiros, de forma a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. O projeto encontrava-se na fase de diagnóstico da situação, que previa a construção do formulário para avaliação do conhecimento da equipa nas áreas de prestação de cuidados, sensíveis a ganhos em saúde. Procedeu-se à construção do formulário e validação do pré-teste. Após aplicação do formulário à equipa, os resultados foram apresentados em reunião de serviço e após análise, será delineado o plano de formação direcionado às áreas que revelaram maior fragilidade. Este projeto de melhoria contínua integra-se no Pilar 1 – Cultura de segurança, do PNSD 2021-2026, com o objetivo estratégico de “Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021, p. 99). Os valores, as crenças e competências individuais e do grupo, de uma instituição de saúde, são determinantes no compromisso dos profissionais para as questões de segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021). O contributo do EEEMC foi fundamental para o desenvolvimento e implementação da estratégia formativa, bem como determinante no compromisso para a adesão dos profissionais às práticas de segurança do doente. O seu contributo não só reforça a qualidade dos cuidados prestados, como também promove uma cultura institucional voltada para a segurança e excelência da prática clínica.

Relativamente ao plano de formação anual, preconiza-se que o responsável seja o EE, assegurando a formação à área de especialidade bem como às áreas transversais à prestação de cuidados de saúde, promovendo a formação e participação da equipa na formação em serviço. Durante o estágio, em colaboração com o EE responsável pelo plano de formação, realizou-se uma proposta de formação transversal de desenvolvimento de competências em nefrologia para enfermeiros da ULS, intitulado de “Curso Básico de Enfermagem – Cuidar a

Pessoa com Doença Renal Crónica” (Anexo I). A proposta surge da necessidade de dar resposta às dificuldades relatadas pelos enfermeiros dos serviços externos à UD, na prestação de cuidados de excelência à pessoa com IR, e principalmente em tratamento dialítico. À data que redigo este documento, a proposta encontra-se em análise pelo Enfermeiro Gestor da UD da ULS.

De acordo com a DGS, as normas e protocolos de atuação definidos por um consenso alargado de peritos, suportada pela melhor evidência disponível, assumem-se como um instrumento incontornável para implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nomeadamente ao nível do acesso, da navegabilidade, da eficiência, da segurança e humanização do sistema de saúde (Gomes et al., 2022). A UD com o objetivo de garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa em tratamento dialítico, integra um conjunto normas de orientação, procedimentos, guias de boas práticas e protocolos de atuação, que são elaboradas e revistas periodicamente, tendo por base a melhor evidencia disponível, cumprindo as diretrizes internacionais.

A experiência do estágio permitiu uma análise mais profunda desta problemática, uma vez que os bons resultados em saúde motivam a equipa para o cumprimento das normas instituídas (Barroso et al., 2021). O Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4747), preconiza a competência do EE em reconhecer “que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” No âmbito do estágio, os EE garantem a elaboração, implementação e revisão das normas e guias de orientação para as boas práticas, com intuito de obter os melhores resultados em saúde. Desempenham ainda um papel de líderes e de referência para o cumprimento das mesmas e no esclarecimento de dúvidas. A UD que integra as unidades de HD e de DP, os EE de cada unidade são responsáveis pela elaboração/revisão dos respetivos manuais de funções, protocolos e procedimentos. Na unidade de HD, surgiu a preocupação, por parte do EE, em avaliar o nível de conformidade na aplicabilidade do procedimento “Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise” (MA.NEF.GER.001/3), uma vez que o seu cumprimento é fundamental na diminuição do risco de complicações do acesso vascular em HD. Perante esta necessidade, em colaboração com os EE, procedeu-se à elaboração de um instrumento de auditoria clínica que permitisse avaliar o nível de cumprimento do procedimento (Anexo II).

No decorrer do estágio, em discussão com os tutores, identificou-se a necessidade de formalizar o procedimento geral da consulta de enfermagem de esclarecimento sobre TSFR,

até então em falta, a fim de garantir a qualidade e segurança dos cuidados, tal como é preconizado pela DGS. Tendo como objetivo de estágio promover práticas seguras, e garantir um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais, procedeu-se à elaboração do procedimento geral de acordo com a Norma 017/2011 de 28 de Setembro, e em estreita colaboração com a equipa da unidade de DP, responsável pela consulta (Anexo III). A proposta final foi submetida à apreciação do Enfermeiro Gestor, após ter sido submetido à análise e discussão pelo grupo da unidade de DP, reconhecido como perito na área. A metodologia do tipo *focus group* permite, através da interação dos participantes com características em comum e relevantes face ao tema em discussão, diagnosticar potenciais problemas contribuindo para o desenvolvimento de programas de intervenção ou serviços (Krueger & Casey, 2009). O EEEMC desempenha um papel multifacetado e crucial na liderança deste processo, desde a identificação das necessidades e elaboração de procedimentos até à colaboração estreita com a equipa e à utilização de metodologias participativas. A capacidade do EEEMC de integrar conhecimento, a habilidade de coordenar esforços interdisciplinares e implementar melhorias contínuas é vital para uma prática clínica segura, que beneficia os profissionais de saúde bem como a pessoa alvo de cuidados.

Enquadrado no pilar 5 do PNSD 2021-2026, que define o objetivo estratégico consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados, com recurso a ferramentas que promovam a segurança da pessoa no SNS, está a identificação inequívoca da pessoa (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021). A correta identificação da pessoa que procura os cuidados de saúde é basilar para a segurança da pessoa e qualidade dos cuidados prestados. A UD cumpre rigorosamente a norma da instituição quanto ao método de identificação da pessoa. Toda a pessoa é portadora de uma pulseira de identificação com dados inequívocos da pessoa (nome, data de nascimento e número do processo clínico). Estes dados são confirmados com a pessoa, no momento da colocação da pulseira à entrada da UD e permanece durante a sessão de diálise, sendo removida apenas à saída. O EE coordenador do SN garante e supervisiona o cumprimento da norma de identificação inequívoca da pessoa, comunicando os resultados à equipa numa perspetiva de melhoria dos cuidados, sem carácter punitivo.

Neste domínio da melhoria continua da qualidade, considero que demonstrei uma postura de proatividade junto da equipa, como também, dinamizadora de práticas seguras através da colaboração com os EE na elaboração de procedimentos e instrumentos de auditoria. A compreensão da importância do papel do EE e a participação no desenvolvimento de

processos de melhoria da qualidade, permitiram aperfeiçoar as competências na promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

No domínio da gestão dos cuidados, o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4748), preconiza para o EE a competência de gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde,” e adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”

Na definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, referencial para a prática especializada, prevê que o EE na procura da excelência no exercício profissional contribua para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, através da utilização de metodologias de organização dos cuidados promotoras da qualidade e monitorização do cumprimento das dotações seguras dos cuidados especializados (OE, 2017).

Para o cumprimento destes requisitos é fundamental que os EE desenvolvam habilidades e capacidades de liderança e de gestão dos cuidados. Os EE são reconhecidos como líderes na equipa de enfermagem, e desempenham um papel importante na otimização dos cuidados especializados de qualidade, pelo conhecimento, habilidades e capacidades no planeamento, coordenação e distribuição dos recursos de forma eficiente (Treviso et al., 2017).

Os conceitos de liderança e gestão apresentam inúmeras definições, mas é consensual entre os investigadores que a capacidade de liderança está relacionada com a capacidade de resolver problemas, influenciar, orientar, motivar e habilitar a equipa rumo à eficácia. Gestão está relacionada com a capacidade de eficiência no planeamento, nos procedimentos e regulamentos (Cunha et al., 2016). Gerir recursos com eficiência refere-se ao uso adequado dos recursos disponíveis, de forma eficaz diz respeito à obtenção dos melhores resultados, dar resposta às necessidades com sucesso, e considera-se de forma eficiente quando o faz com o mínimo de recursos despendidos, uma vez que são esgotáveis (Cunha et. al. 2016).

O momento do estágio permitiu compreender melhor a importância do desenvolvimento das competências na liderança e gestão dos cuidados. Os focos de atenção foram a gestão dos recursos humanos e gestão de cuidados, acompanhando os EE nas suas funções de coordenação das unidades de HD e DP, nomeadamente na avaliação das necessidades da UD e no planeamento das sessões do PRHD e das sessões de treino/ensino para DPCA/PDA, de

acordo com os recursos disponíveis. Ambos assumem o papel de coordenadores e gestores das respetivas unidades, a par das suas funções na prestação de cuidados, diferenciando-se dos demais, pelas competências comunicacionais, relacionais e de liderança. Como gestores, evidenciam um papel importante na gestão dos recursos materiais, na organização do plano de trabalho da equipa e na resolução de problemas. São reconhecidos por todos os elementos da equipa multidisciplinar como verdadeiros líderes, que motivam e orientam a equipa rumo à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Em parceria com o Enfermeiro Gestor do SN, os EE coordenadores da UD, colaboram na elaboração do modelo de trabalho que garante o cumprimento do Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro da OE, no cálculo para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, de acordo com a complexidade, exigências e riscos associados à prestação de cuidados especializados à pessoa em tratamento dialítico. A OE em 2023 reconhece que a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em tratamento dialítico é de elevada complexidade que requer conhecimento baseado na melhor evidência e competência técnica e científica, pelo que através do Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro (2023), reconhece ao enfermeiro a competência acrescida diferenciada em enfermagem em diálise.

Relembro situações específicas vivenciadas ao longo do estágio, que exigiram o domínio da competência acrescida em diálise, tais como: as primeiras punções de acesso vascular autólogo, execução de técnicas dialíticas contínuas, técnica aférese de lipoproteínas, imunoabsorção e o programa de ensino/treino da pessoa para DPCA e DPA. O modelo de trabalho previamente delineado, garante que o enfermeiro alocado seja competente na resposta às necessidades. A gestão dos cuidados e do modelo de trabalho na UD é complexo, pela diversidade de recursos que é exigida na resposta às diferentes necessidades de cuidados.

Por exemplo, para a intervenção de primeira punção de FAV, o EE coordenador da unidade de HD é o responsável, no entanto, quando ausente delega previamente ao elemento que lhe reconhece perícia, através do método de instrução e demonstração prática. Esta decisão tem o objetivo maior de garantir cuidados de saúde de excelência, com qualidade e segurança.

Na Unidade de DP, programa de ensino/treino da pessoa para a DPCA ou DPCA é atribuído ao enfermeiro com a qualificação adequada para responder às necessidades e características individuais da pessoa. Durante o estágio, surgiu um caso clínico de indução de DPCA, uma

mulher de 40 anos, de nacionalidade ucraniana, que não dominava a língua portuguesa e compreendia com dificuldade a língua inglesa. Nesta situação específica, os cuidados foram planeados e delegados ao enfermeiro que melhor respondia às necessidades individuais da pessoa.

Outra situação geradora de grande stress é a gestão dos cuidados pelo enfermeiro alocado às técnicas dialíticas contínuas ou intermitentes nos serviços externos à UD. Uma vez que as situações, são na sua maioria, de carácter urgente, a organização do plano de trabalho torna-se difícil. O processo de tomada de decisão é desafiador para o enfermeiro. Nestas situações o EE desempenha um papel importante de assessoria à equipa, contribuindo para otimização do processo de tomada de decisão na prestação de cuidados à pessoa com IRC.

Ao abordar a competência no domínio da gestão de cuidados é basilar falar em comunicação. No desempenho das suas funções o EE deve aprimorar as suas competências de comunicação, com habilidades e estratégias que facilitem adaptar-se às características da equipa multidisciplinar, na procura da qualidade dos cuidados de enfermagem e consecução dos objetivos organizacionais (Yu & Ko, 2017). No decorrer do estágio foi possível observar algumas situações esporádicas de conflito entre a equipa multidisciplinar, provavelmente devido à falha de transmissão de informação. Especificamente, relembro situação relacionado com a técnica de punção. O EE coordenador da UD comunica à equipa a técnica de punção a ser utilizada em cada doente, por escrito, no processo clínico em suporte de papel, que permanece junto do doente durante o tratamento. No entanto, a intercorrência com a punção, apesar do seu registo no processo clínico, isoladamente não se mostra eficaz na transmissão da informação à equipa. O início do turno na sala de HD é um momento de grande stress, pela pressão que os doentes exercem sobre a equipa para iniciar o tratamento o mais rápido possível. Estes sucessivos acontecimentos confluem para o conflito e ocorrências de eventos adversos evitáveis. Pela proximidade com a equipa, por exercer funções no SN, esta fragilidade é reconhecida por toda a equipa, e diariamente trabalham de forma a diminuir o seu impacto na prestação de cuidados, utilizando-se outras estratégias e recursos como a partilha das experiências e dificuldades durante a passagem de turno e utilização de fotografia dos acessos de diálise, assegurando a confidencialidade e proteção dos dados clínicos.

Após análise e reflexão crítica das situações vivenciadas ao longo do estágio, entendo que o trabalho desenvolvido pela equipa é extremamente exigente e complexo, por executarem procedimentos invasivos com elevado risco associado, pelo que as capacidades de gestão e de liderança dos EE coordenadores são primordiais na garantia de cuidados seguros e de

qualidade. Acredito que liderança e gestão desempenhada pelos EE são impulsionadoras e elos fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados pela sua equipa. Considero que, no final deste estágio o conhecimento sobre estratégias de liderança e gestão de cuidados a adotar na procura da excelência no exercício profissional, foi adquirido.

2.4. *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4749), preconiza para o EE a competência de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando a “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” e ainda suportar os processos de tomada de decisão e as intervenções especializadas em evidência científica, assumindo uma papel ativo de agente facilitador nos processos de aprendizagem e no campo da investigação.

A longo dos anos assiste-se a uma evolução exponencial a nível científico e tecnológico, e longe vão os tempos em que a enfermagem se baseava apenas no saber fazer. Alcançar uma praxis de excelência só será possível quando as tomadas de decisão das ações de enfermagem forem suportadas na melhor evidência científica disponível. A incorporação da habilidade técnica com a científica e a relação de compromisso com a pessoa que procura os cuidados de saúde, são determinantes na excelência do cuidar (Benner, 2001).

O empoderamento profissional no desenvolvimento de conhecimento e competências, a capacidade de liderança e de gestão, e a incorporação da melhor evidência disponível resulta em ganhos em saúde (Teixeira, 2021). Os EE dotados destas características são a base para uma prática especializada promotora de cuidados de saúde seguros e de qualidade, em ambiente controlado ou em situações novas e inesperadas.

Neste seguimento, nas primeiras semanas de estágio foi definido para este estágio final o objetivo geral 4, desenvolver a competência da prática clínica especializada baseada em evidência científica. Uma vez que exerço funções no SN facilmente foi identificada a necessidade de colaborar com a equipa em novos projetos, bem como nos que se encontravam a decorrer. Nesta premissa foram definidos como objetivos específicos desenvolver um estudo de revisão, através da metodologia JBI, sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC no estadio 4-5, e colaborar com a

equipa de enfermagem no desenvolvimento de um novo projeto, nomeadamente a realização de um evento científico.

A implementação do projeto da CDRA teve início no mês de outubro de 2023, coincidente com o início do estágio, e rapidamente foram percebidas as preocupações e dúvidas da equipa sobre as intervenções a implementar durante a consulta, com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Confrontada por esta problemática, surgiu a questão de Investigação, “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?”. Como resposta à questão foi definido o objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5, com a metodologia de JBI. Foi elaborado um protocolo de *scoping review* em concordância com a metodologia de JBI e procedeu-se ao pré-registo na *Open Science Framework* (OSF) no dia 3 de janeiro de 2024 e obteve aprovação no dia 6 de janeiro de 2024, com atribuição de *Digital Object Identifier* (DOI): <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YX278>. Todo o processo de revisão encontra-se descrito na parte II do presente relatório final de estágio.

Ao desenvolver a componente de investigação, percorrendo todos os passos do processo de revisão, permitiu o desenvolvimento da unidade de competência do EE, suporta a prática clínica em evidência científica. A prática baseada em evidência pressupõe a formulação do problema em resposta às necessidades de informação identificadas, planejar e pesquisar a melhor evidência para dar resposta à questão, avaliar criticamente as evidências e sua utilidade e aplicabilidade na prestação de cuidados, implementar os resultados na prática e avaliar o desempenho (Sackett et al., 1996).

Com a realização da revisão considero que iniciei o processo de aquisição da competência do EE como dinamizador da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, na identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, como investigador e colaborador em estudos de investigação, na interpretação, organização dos resultados provenientes da evidência. Com a disseminação dos resultados, pretendo aperfeiçoar as competências neste domínio das aprendizagens, nomeadamente a capacidade de discutir as implicações e contribuições da investigação no conhecimento novo e desenvolvimento da prática de enfermagem especializada.

A realização do estágio no meu contexto de trabalho, motivou a equipa para a realização de um evento científico, do tipo jornadas de enfermagem, ambicionadas há já algum tempo. Com sentimento de pertença com a restante equipa, colaborou-se no planeamento das I

Jornadas de Enfermagem de Nefrologia da ULS, subordinadas ao tema “Cuidar a pessoa com doença renal crónica em contexto hospitalar” (Anexo IV). A organização e planeamento foram processos complexos, com alguns obstáculos inesperados, mas com resiliência e ânimo foram ultrapassados. Os EE da UD foram fundamentais neste processo, pela capacidade que demonstraram para ensinar, na partilha do conhecimento, e em liderar e gerir situações de conflito.

Nos dias 16 a 18 de novembro de 2023 decorreu o Encontro Renal 2023, no Porto Palácio Hotel, no qual surgiu a oportunidade de participar com apresentação da comunicação oral com o título “*Determinantes na autogestão da doença renal crónica*” (Anexo V). O trabalho apresentado teve como objetivo principal partilhar o projeto de investigação que decorre na UD da ULS, fazendo parte do projeto como uma das investigadoras responsáveis. Numa apreciação global do programa científico do Encontro Renal 2023, os temas que mais se destacaram foram os cuidados à pessoa em HD, especialmente com o acesso vascular para HD, negligenciando a técnica de DP. Uma reflexão mais imediata, esta constatação parece estar relacionada com o facto de a técnica de HD ter uma maior prevalência relativamente à DP. De acordo com os dados da SPN relativos ao ano de 2023, a técnica de HD tem uma prevalência de 60%, enquanto a DP tem 4% (SPN, 2023). Outro fator que poderá ter condicionado a escassa pesquisa e interesse dos enfermeiros pela técnica de DP, dever-se-á ao facto de haver mais enfermeiros a trabalhar em centros de HD. Atualmente, em Portugal existem 139 centros de HD (privados e públicos) e 26 unidades de DP, integradas exclusivamente em centros hospitalares (SPN, 2023). Fica a interrogação, se estes serão os possíveis condicionantes para a desigualdade entre as duas técnicas dialíticas.

No desenvolvimento das aprendizagens foi importante a realização de turnos na área médica da cirurgia vascular, onde foi possível assistir à construção de acesso autólogo, em contexto de cirurgia de ambulatório. Esta experiência motivou a realização de pesquisa da literatura, a fim de aprofundar os conhecimentos na área e suportar a tomada de decisão sobre os cuidados mais adequados à pessoa em fase de pré-construção de acesso bem como na fase da construção, maturação e manutenção.

No decorrer do estágio adotei sempre uma postura de proatividade na aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências, pela necessidade de crescimento profissional e de autoconhecimento.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica

Paralelamente ao aumento da esperança média de vida, assistimos ao aumento da incidência de doença aguda ou crónica, que apesar de cada doença apresentar um impacto diferente em cada pessoa, existe um conjunto de problemas e complicações comuns que estão associados, com necessidades de cuidados especializados muito abrangentes. Os EEEMC dão resposta à vasta diversidade de cuidados, pelo que a OE reconheceu a imperatividade de regular as especificidades das competências dos EEEMC de acordo com as necessidades do destinatário e do contexto dos cuidados. O Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, vem neste sentido e procede à descrição das competências específicas do EEEMC, sendo que o anexo V deste regulamento, se destina à área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

A OMS descreve a doença crónica como sendo uma doença prolongada no tempo, de progressão lenta, que exige tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas, e condição crónica como qualquer problema de saúde que persista e requer, algum grau de gestão dos cuidados de saúde, ao longo do tempo (WHO, 2002).

O regulamento supracitado, descreve que os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica podem ser prestados em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário, de forma continuada, objetivados na prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, na “promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19368). Dada a complexidade das intervenções, o mesmo regulamento preconiza que o EEEMC-PSC seja competente no cuidar a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, e em maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

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

A unidade de competência específica de cuidar a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica compreende que na resposta eficaz às limitações impostas pela doença, o EE “responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da

intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19368).

Para o desenvolvimento desta unidade de competência, foi definido como objetivo geral de estágio demonstrar competência no cuidar a pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRC em estadio 4-5. Como objetivos específicos: fomentar, junto da pessoa e família/cuidador, com DRC em tratamento de HD, cuidados de prevenção e controlo de infeção do acesso vascular para a HD; e refletir criticamente sobre as competências do EE no cuidado ao acesso vascular para a HD.

Como atividades concretizadores para o objetivo previamente delineado, definimos como estratégia: a pesquisa bibliográfica sobre práticas seguras no cuidar a pessoa com acesso vascular para a HD; assistir à consulta de acessos vasculares que decorre na UD; assistir à cirurgia de construção de acesso vascular para a HD e colocação de cateter peritoneal, que decorre no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) da ULS.

A National Kidney Foundation classifica a DRC em 5 níveis de estadiamento, em função dos valores da TFG, e é caracterizada pela perda progressiva, silenciosa e irreversível da função renal, que ao evoluir para a fase terminal (estadio 5), requer algum tipo de TSFR (KDIGO, 2024). As opções de tratamentos são o TMC, o transplante renal, a HD e a DP (KDIGO, 2024). A DRC afeta mais de 10% da população mundial, sendo que um estudo realizado na região norte de Portugal revelou uma prevalência de 9,8% para o estadio 3-5 da DRC (ISN, 2023; Kovesdy, 2022; Santos-Araújo et al., 2023; Sundström et al., 2022). Dados de SPN, indicam que em 2023, 2752 pessoas iniciaram algum tipo de TSFR, sendo que 80,2% iniciou HD, 10,2% DP e 8,4% TMC, verificando-se uma tendência crescente da incidência para a DP e TMC (SPN, 2023).

A DRC implica mudanças nos hábitos e estilos de vida da pessoa, com elevado impacto emocional e psicossocial. Diretrizes internacionais, KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) e *European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), recomendam acompanhamento continuado à pessoa, com intervenção de apoio à pessoa e família/cuidador, promoção do autocuidado e plano educacional sobre a doença, opções de tratamento e preparação para o acesso vascular, através da adequação de métodos e ferramentas de aprendizagem, a fim de promover o processo de tomada de decisão (EDTNA/ERCA, 2008; KDIGO, 2024).

Viver com uma condição crónica, concretamente a DRC, e manter o equilíbrio do estado de saúde, a pessoa vivencia um período de transição do tipo saúde/doença, necessitando de cuidados de enfermagem especializados e competentes, nos diferentes estadios de evolução da doença e especialmente nos momentos críticos, como o início do TSFR (Meleis, 2010). A transição para os tratamentos dialíticos exige à pessoa mudanças significativas nos comportamentos e estilo de vida, uma vez que passa a depender de uma máquina com regimes terapêuticos muito restritivos a nível hídrico e alimentar. O processo de adaptação à nova condição de saúde é vivenciado de forma única e diferente em cada pessoa, e suportada pela teoria de Afaf Meleis, esta transição apresenta determinados padrões, propriedades, ocorrência de eventos críticos e condicionantes facilitadores e inibidores que interferem nos padrões de resposta ao processo de transição (Meleis et al., 2000).

Neste sentido, o EE desempenha um papel importante e facilitador no progresso da pessoa para alcançar transições saudáveis. É imperativo identificar quais as estratégias que os enfermeiros podem usar para cuidar e apoiar a pessoa a alcançar resultados saudáveis inerentes aos processos de transição saúde/doença, uma vez que quando não são acompanhados, experimentam complicações consequentes da gestão inadequada dos regimes terapêuticos (Meleis, 2010).

Especificamente numa UD, ao EEEMC-PSC são exigidos conhecimentos e experiência na identificação das necessidades e desafios que a pessoa com DRC enfrenta nos estadio 4 e 5, e em tratamento dialítico. Ao longo do estágio, foram vivenciadas pelo menos duas situações relacionadas com o processo de transição da pessoa da fase pré-diálise para a fase dialítica que levaram a uma reflexão crítica sobre as competências específicas do EEEMC-PSC. Concretamente, ambas as situações envolveram doentes que iniciaram HD de forma programada, no entanto quando questionadas sobre a causa da doença renal, a finalidade do tratamento e cuidados prévios com o acesso vascular, apresentavam dúvidas ou não sabiam. Neste seguimento surgiu a questão de investigação, “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC estadio 4-5?”, integrada na componente de investigação, descrita na parte II do presente relatório.

A prática clínica do enfermeiro na UD é determinante na garantia do suporte efetivo e integral à pessoa e família/cuidador em tratamento dialítico, na promoção de cuidados seguros e de qualidade, preconizando ganhos em saúde, através da capacitação para o autocuidado, gestão da autonomia, visando uma transição segura nos processos adaptação à sua condição de saúde, prevenindo complicações, com vista à melhoria da qualidade de vida (Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro, 2023).

Desde outubro de 2023 a equipa da unidade de DP realiza a consulta de enfermagem de doença renal avançada, interdependente da consulta médica. Durante o estágio surgiu oportunidade de assistir a várias consultas, que tiveram como principais atividades o esclarecimento da pessoa e família/cuidador sobre a DRC, as diferentes modalidades de TSFR, autovigilância na prevenção de complicações, preparação para construção de acesso vascular para diálise, cuidados de autovigilância da FAV, avaliação do contexto familiar e social, colheita de produtos biológicos para exames complementares de diagnóstico e administração de terapêutica injetável, com objetivo de preservar o património vascular. Em discussão com a equipa, foi percebido que na transição da pessoa da consulta habitual de nefrologia para a CDRA, interligada com a consulta de enfermagem, o doente verbalizava satisfação. As razões desta satisfação estavam relacionadas com a possibilidade de, na mesma deslocação à ULS, realizar a colheita de produtos para análise, administração de terapêutica, monitorização dos sinais e sintomas de agravamento da FR, avaliar e monitorizar o acesso vascular autólogo e esclarecer dúvidas sobre a doença. Evitar deslocações excessivas ao hospital, poupando recursos pessoais e do SNS, bem como a diminuição de sobrecarga para os familiares, apesar de ainda não quantificados, a CDRA parece aumentar a satisfação e garante uma maior eficiência na gestão dos recursos.

Os cuidados especializados prestados pelo EEEMC-PSC durante a CDRA visam a capacitação da pessoa para o autocuidado, melhorando o conhecimento e adesão ao regime terapêutico, através de uma parceria de cuidados com a pessoa e família/cuidador, assumindo-se como fundamentais na promoção dos processos de adaptação seguros à condição de saúde (Huaman-Carhuas & Gutiérrez-Crespo, 2021). A fase pré-diálise é geradora de grande incerteza e ansiedade pela exigência na tomada de decisão sobre os TSFR. Observar os EEEMC durante a consulta permitiu aperfeiçoar a habilidade de identificar atempadamente as necessidades da pessoa e família/cuidador, e de promover intervenções especializadas, de implementar e avaliar o plano de cuidados. Durante a CDRA, com o objetivo de avaliar o conhecimento e identificar as necessidades da pessoa com DRC, os enfermeiros recorriam a estratégias facilitadoras de promoção de literacia em saúde (*Ask Me 3*, *Teach back* e *Show Me Back*), e à comunicação com linguagem simples, inequívoca e acessível, que lhes permitia a criação de um ambiente de cuidados favorável à sua espontaneidade e à do doente. Estes elementos pertencem ao modelo de comunicação em saúde (Modelo de Assertividade, Clareza da Linguagem e Positividade – ACP), descrito no guia prático para a segurança do doente, como uma estratégia eficaz na promoção da literacia em saúde (Barroso et al., 2021). Este modelo de comunicação “permite dotar o profissional de saúde com maiores

competências comunicativas, contribuindo para uma maior transparência, controlo positivo da relação, clareza na linguagem verbal e não verbal e reforço de relações positivas que conduzem a comportamentos positivos” (Almeida 2019, citado por Barroso et al., 2021, p. 352).

Concretamente na fase pré-diálise, quando a pessoa atinge a TGF<30 ml/min, é fortemente recomendado iniciar o processo de preparação e planeamento da construção de acesso ideal para a técnica de diálise ideal, através de uma abordagem centrada na pessoa, tendo em consideração as suas necessidades e preferências, e em equipa multidisciplinar constituída pelo nefrologista, cirurgião vascular e enfermeiro de diálise (EDTNA/ERCA, 2014; Lok et al., 2020).

Para a realização dos tratamentos dialíticos é necessário um acesso, sendo que para o tratamento de DP se designa de cateter peritoneal, implementado na cavidade peritoneal, e para o tratamento de HD se designa acesso vascular, podendo ser autólogo (FAV/PAV) e CVC. A longevidade dos tratamentos dialíticos, está associada à qualidade da diálise, que por sua vez depende da confiabilidade e integridade do acesso ao sistema vascular da pessoa, concretamente na HD, conhecido como acesso vascular (Lok et al., 2020; Sousa et al., 2023b).

O acesso vascular ideal para HD é aquele que dá resposta às necessidades da pessoa assegurando a diálise prescrita, livre de complicações (Lok et al., 2020). Manter o acesso vascular livre de problemas e complicações é um verdadeiro desafio para a equipa multidisciplinar nas UD (Sousa et al., 2023b). Neste sentido, o EEEMC-PSC desempenha um papel fundamental nos cuidados de prevenção de complicações e controlo de infeção relacionados com os acessos vasculares. As ações passam por garantir e fomentar junto da equipa a aplicabilidade dos procedimentos de manutenção e monitorização dos acessos, e melhorar o conhecimento da pessoa e família/cuidador sobre a prevenção do risco de infeção associado ao acesso para diálise.

A National Kidney Foundation enfatiza a necessidade de melhorar a competência técnica e científica das equipas multidisciplinares quanto à preparação, construção, monitorização e gestão de cada tipo de acesso vascular e na prevenção e resolução de complicações, antecipando necessidades de intervenção cirúrgica (Lok et al., 2020).

Nesta premissa, durante o estágio revelou-se pertinente para o desenvolvimento das aprendizagens e das competências específicas enquanto EEEMC-PSC, assistir à cirurgia de construção de acesso vascular para a HD e colocação de cateter peritoneal, que decorreu no CICA da ULS. Na realização dos tratamentos dialíticos o acesso é vital, e compreender a

anatomia e fisiologia dos acessos vasculares e a técnica de implementação do cateter peritoneal, bem como os cuidados adequados no pós-operatório imediato e tardio, é essencial na garantia da eficácia e segurança dos tratamentos.

Neste sentido, também a consulta de acessos vasculares que decorre na UD complementou o desenvolvimento da competência enquanto EEEMC-PSC, concretamente à pessoa em diálise. Foi percebido que durante a consulta são realizadas as atividades de mapeamento do património vascular para seleção dos melhores vasos para construção de FAV, posteriormente comunicado ao cirurgião vascular, a monitorização e evolução da FAV, bem como o estadio de desenvolvimento da FAV para iniciar punções. Apesar da consulta não integrar elementos da equipa de enfermagem, como é recomendado por vários autores, a experiência foi enriquecedora na reflexão da verdadeira importância do EEEMC-PSC neste processo de monitorização, vigilância e manutenção dos acessos vasculares. Estudo recente sugere que um modelo de gestão dos acessos vasculares assente em 3 níveis de competências específicas, que integra o enfermeiro, o nefrologista e o cirurgião vascular, pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com DRC terminal (Sousa et al., 2023a). Neste sentido, parece existir oportunidade de melhoria na UD nesta área de intervenção especializada.

Manter um acesso vascular livre de complicações não depende apenas da técnica cirúrgica, mas também dos programas de monitorização da maturação da FAV, da técnica e qualidade de punção utilizada, da relação enfermeiro-doente e da capacitação da pessoa para o autocuidado da FAV (EDTNA/ERCA, 2014; Sousa et al., 2023b). A tomada de decisão sobre a melhor técnica de punção é um verdadeiro desafio para o enfermeiro, pelo que a seleção inadequada potencia complicações, comprometendo a viabilidade do acesso, contribuindo para uma maior morbilidade e pior qualidade de vida da pessoa (EDTNA/ERCA, 2014; Sousa et al., 2023b).

Compete ao enfermeiro, com domínio do conhecimento fisiopatológico de acesso vascular, a tomada de decisão sobre a melhor técnica de punção, devendo ser individualizada, atender às características da pessoa (perfil de autocuidado e preferências), adaptada às características fisiológicas da FAV (tipo de acesso e veia de drenagem) e de acordo com a sua experiência na técnica de punção (Sousa et al., 2023b). O estágio na UD, possibilitou observar o EEEMC no processo de seleção da técnica de punção mais adequada, devidamente fundamentada e suportada por instrumentos de apoio à decisão clínica para canulação de FAV, evidenciando cuidados individualizados, seguros e competência técnica, justificada pela vasta experiência na área. A tomada de decisão suportada pela melhor evidência científica, como a utilização

de instrumentos de apoio à decisão para canulação de FAV, é fundamental na prestação de cuidados seguros e de qualidade, visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa em HD (Pinto et al., 2023; Sousa et al., 2023b).

Observar o processo de tomada de decisão do EEEMC na seleção da técnica de primeira punção, as intervenções desenvolvidas pelo EEEMC na CDRA, a prática clínica do nefrologista durante a consulta dos acessos vasculares, complementando com a possibilidade de assistir à construção da FAV permitiram a aquisição de novo conhecimento e o aperfeiçoamento das unidades de competência específica de identificação das necessidades da pessoa e sua família/cuidador, assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à DRC, e na promoção de intervenções especializadas facilitadoras no processo de transição saúde/doença.

3.2. Maximiza o Ambiente Terapêutico em Articulação com a Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica

Neste domínio de competência específica, o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018, p. 19369), prevê que o EEEMC-PSC, de acordo com o contexto da prática clínica, seja competente na “gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção”.

A prestação de cuidados de saúde à pessoa com DRC, concretamente na fase pré-diálise e na fase dialítica, é diversificada e inclui procedimentos invasivos que pela sua elevada complexidade e exigência técnica, e imprevisibilidade nos resultados, é suscetível a ocorrência de incidentes que podem produzir resultados negativos com danos para a pessoa e profissionais de saúde. Face a esta premissa, torna-se fundamental que o enfermeiro reflita continuamente sobre a sua prática clínica, tendo como suporte a melhor evidência científica disponível. É inegável a existência de algum grau de risco decorrente das intervenções, pelo que para garantir a segurança da pessoa alvo de cuidados e dos próprios profissionais, estes riscos devem ser antecipados e geridos, de forma a controlar e diminuir a ocorrência de dano e salvaguardando a segurança do doente (Barroso et al., 2021).

O conceito de segurança do doente é definido pela DGS (2011, p. 14-15) como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” e considera-se dano quando “implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo

e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.”

Como referido anteriormente, na análise sobre o domínio da melhoria continua da qualidade, as normas e protocolos de atuação, suportados pela melhor evidência disponível, assumem-se como instrumento incontornável na garantia da segurança dos cuidados (Gomes et al., 2022). A UD reveste-se de um conjunto de normas de orientação, procedimentos, guias de boas práticas e protocolos de atuação bem definidos, de forma a garantir a segurança de cuidados, sendo revistos periodicamente pelo EEEMC e divulgados junto da equipa através das reuniões de serviço. Neste seguimento, no decorrer do estágio a equipa manifestou preocupação no atraso da formalização do procedimento da consulta de enfermagem de esclarecimento sobre TSFR. A indisponibilidade deste procedimento para consulta pelos profissionais da ULS, pode conduzir a resultados negativos no processo de tomada de decisão da pessoa com DRC na fase pré-diálise e na transição situacional que enfrenta. Tendo como objetivo de estágio desenvolver a competência na gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à DRC em estadio 4-5, a elaboração do procedimento geral da consulta de enfermagem de esclarecimento sobre TSFR, de acordo com a Norma 017/2011 de 28 de Setembro (Anexo III), em estreita colaboração com os enfermeiros da unidade de DP, contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas. Durante a elaboração do procedimento, surgiu a necessidade de avaliar a satisfação da pessoa relativamente à consulta de esclarecimento sobre TSFR, e compreender a efetividade da informação transmitida, pelo que se projetou a consulta de seguimento não presencial por telefone, a realizar 7 dias após a consulta presencial. Para facilitar a realização da mesma, foi incluído no procedimento geral uma ferramenta de apoio, denominado de grelha de suporte à consulta não presencial (Anexo III). Durante o estágio foi possível acompanhar a fase inicial de implementação deste projeto, permitindo refletir sobre os possíveis contributos no processo de adaptação da pessoa à nova condição de saúde. Durante a consulta presencial a pessoa é confrontada com informação demasiada extensa sobre a doença renal, etiologia, sinais e sintomas de agravamento de IR, prevenção de complicações e sobre as diferentes modalidades de tratamento. Esta sobrecarga de informação num único momento não se prevê benéfica e alguns estudos sugerem uma intervenção faseada, articulando-se consultas individualizadas, presenciais e por telefone, a fim de promover o empoderamento da pessoa na fase pré-diálise (Donald et al., 2018; Lee, 2018).

Melhorar a segurança da prestação de cuidados de saúde é uma prioridade do SNS, que se propõe alcançar através da implementação do PNSD 2021-2026, estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos com as respetivas ações a implementar, constituindo-se numa ferramenta de apoio a todos os gestores (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021). A articulação e envolvimento ativo de todos os intervenientes nos diferentes níveis de cuidados é fundamental, sendo que as comissões da qualidade e segurança, presentes em todas as instituições do SNS, assumem o compromisso de implementar algumas estratégias. São exemplo a uniformização de procedimentos, o aumento da adesão a normas de orientação clínica e organizacional, e a monitorização permanente da qualidade e segurança (Barroso et al., 2021).

O PNSD 2021-2026 explana no pilar 5 a importância da garantia das práticas seguras em ambientes seguros, revelando que o “contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos”, com impacto nos resultados em saúde (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021, p. 102). Reconhecendo que existe algumas condicionantes na promoção de ambientes seguros, define como objetivo estratégico a redução das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos e como ação “suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das bundles de prevenção de IACS” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, 2021, p. 103).

As IACS são entendidas como eventos adversos que ameaçam a segurança do doente, com consequências para as instituições com elevados custos em saúde e para o doente pelo impacto negativo na qualidade de vida, aumento da morbimortalidade e insatisfação com os cuidados de saúde (Hegarty et al., 2019). A adoção de diretrizes e adequação de comportamentos, pelos profissionais de saúde, no controlo das IACS é crucial na prevenção de eventos adversos, garantindo a prestação de cuidados em ambientes seguros (Hegarty et al., 2019).

O risco de infeção subsiste em qualquer ato de cuidar, pelo que no âmbito da segurança dos cuidados especializados, o EEEMC-PSC deve surgir como líder na gestão do risco e na otimização de ambiente seguro e de qualidade aos cuidados especializados, monitorizando fatores desencadeantes de eventos adversos, minimizando-os, e salvaguardando a segurança de todos no processo de cuidar e instituindo medidas preventivas (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

No decorrer do estágio, foi possível identificar que a pessoa com DRC que realiza HD é exposta a um conjunto de intervenções invasivas com elevado risco de infeção da corrente sanguínea, uma vez que a técnica de HD é realizada através de circuito extracorporeal, com recurso a uma máquina por intermédio de um acesso vascular (o que liga a pessoa à máquina de diálise) (Norma 017/2011 de 28 de Setembro, 2011). Trata-se de procedimento que requer uma prática segura na monitorização e manipulação dos acessos vasculares, pelo que é exigida a toda a equipa o conhecimento e habilidade no cumprimento de normas e protocolos de atuação, a fim de reduzir os riscos evitáveis.

As complicações infecciosas e não infecciosas dos acessos vasculares para a HD são frequentes e tem impacte significativo nos custos em saúde. O risco de infeção varia em função do tipo de acesso vascular, sendo mais frequente, por ordem decrescente, CVC, PAV e FAV (Sousa, 2014). A literatura descreve alguns fatores que podem potenciar as complicações, tais como: incumprimento das normas de controlo de infeção; técnica de punção inadequada e ausência da vigilância dos sinais de infeção do acesso vascular (Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018; Sousa, 2014). Com o objetivo de ajudar os profissionais multidisciplinares a cuidar a pessoa com DRC, a KDOQI e a European Society for Vascular Surgery (ESVS), fornecem um conjunto de diretrizes baseadas em evidências para a manutenção e vigilância do acesso vascular em HD, com a última atualização em 2019 (Lok et al., 2020; Schmidli et al., 2018).

Ainda no âmbito do controlo das IACS, a DGS para a prevenção da infeção relacionado com CVC, através da Norma Clínica 022/2015 atualizada a 29 de agosto (2022), define um conjunto de intervenções, que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, visam a uniformização de práticas seguras e permite a sua comparação entre a prática e o que está preconizado (Barroso et al., 2021). Juntamente com a norma, a DGS preconiza grelhas de auditoria que permitem verificar o nível de conformidade da aplicabilidade dos feixes de intervenção (Barroso et al., 2021).

Durante o estágio constatou-se que os procedimentos e protocolos de atuação na monitorização e manutenção dos acessos vasculares da UD encontram-se alinhados com as diretrizes internacionais e acessíveis no portal interno da ULS, a todos os profissionais de saúde. Observou-se também uma premente preocupação da equipa de enfermagem no cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção.

O EEEMC assume um papel proativo, junto da equipa, para a adesão e o cumprimento das normas e diretrizes, bem como na realização de auditoria clínica, uma vez que as boas

práticas conduzem o caminho de segurança, como a diminuição do risco de complicações infecciosas e não infecciosas do acesso vascular em HD.

Neste sentido, e tendo por base as competências específicas do EEEMC-PSC, no decorrer do estágio revelou-se pertinente o desenvolvimento de instrumento de auditoria clínica com o objetivo de avaliar o nível de conformidades na aplicabilidade dos procedimentos e protocolos relacionados com os acessos vasculares (Anexo II), inexistente até ao momento. Tendo o objetivo de desenvolver competência na área da auditoria clínica, procedeu-se à elaboração de uma proposta de auditoria clínica (Anexo VI), que será submetida ao Departamento da Qualidade da ULS para apreciação e aprovação.

Durante o decorrer do estágio surgiu a oportunidade de adquirir conhecimentos sobre o desenvolvimento do ciclo de auditoria e desta forma aperfeiçoar a competência relativamente à fase do planeamento e de seleção de normas e critérios, consideradas como fase 1 e 2 do ciclo de auditoria. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018, p. 19369) o EEEMC-PSC deve ser competente na gestão das “circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”, fomentando a cultura de segurança dos cuidados especializados. Considero que as atividades desenvolvidas conduziram para aquisição e aperfeiçoamento de competências neste domínio da garantia da segurança dos cuidados especializados.

4. Considerações finais

O incremento da doença crónica associado ao envelhecimento populacional, traz grandes desafios ao modelo de prestação de cuidados de saúde, e concretamente na área de enfermagem à pessoa em situação crónica exige-se cuidados cada vez mais avançados, diferenciados e multidisciplinares. Percebida esta necessidade, os objetivos previamente delineados para o contexto de estágio tiveram o propósito maior de estimular e motivar a aprendizagem, e ainda de conduzir ao desenvolvimento das competências comuns e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Finda esta etapa torna-se fulcral a reflexão sobre os aspetos positivos, as dificuldades das experiências vividas e expectativas futuras enquanto EE.

A realização do estágio na UD, contribuiu positivamente para a concretização do meu desejo de desenvolver as competências comuns e específicas enquanto EEEMC-PSC, resultantes do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, adquiridas ao longo dos 18 anos de experiência profissional.

Considera-se ter alcançado os objetivos propostos previamente, através da análise descritiva, crítica e reflexiva dos resultados das atividades desenvolvidas no âmbito dos processos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com DRC.

As dificuldades foram atenuadas através de pesquisa bibliográfica, discussão e reflexão com o orientador e tutores do estágio, e ainda através da relação empática com a equipa de enfermagem. Os momentos de reflexão e análise crítica das situações vivenciadas proporcionaram grande enriquecimento profissional e pessoal.

As atividades desenvolvidas, que exigiram a participação da equipa, foram bem aceites, e positivamente criticadas pela pertinência dos temas abordados.

Todas as atividades desenvolvidas complementaram-se, cada uma com o seu impacto diferente no processo de desenvolvimento das aprendizagens, quer a nível profissional, académico e até mesmo no desenvolvimento do autoconhecimento.

Conhecer o processo de transição saúde/doença que a pessoa com DRC enfrenta revelou-se fundamental na conceção de estratégias que facilitem os processos de adaptação à situação de doença crónica. Enquanto futura EE, espera-se assumir um papel de agente facilitador nos

processos de transição saúde/doença, ajudando a pessoa a identificar as condicionantes facilitadoras e inibidoras, fomentando estratégias de gestão eficazes assentes numa conduta ética, legal e deontológica, assegurando cuidados de qualidade e seguros.

O estágio em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica revelou-se o ponto alto de todo o processo de aprendizagem e aquisição de competências comuns e específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, e ainda no aperfeiçoamento das competências do grau de Mestre.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de enfermagem para o empoderamento da
pessoa com doença renal crónica: *Scoping Review*

1. Resumo

Enquadramento: A doença renal crónica (DRC) é uma patologia que exige grandes mudanças e adaptações na vida da pessoa, de elevado impacto emocional e psicossocial, face à sua imprevisibilidade de evolução e resultados dos tratamentos. O enfermeiro desempenha um papel fundamental, neste processo de transição, através de intervenções promotoras de empoderamento da pessoa. Neste sentido, surge a questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC, no estadio 4-5?”.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC, no estadio 4-5.

Metodologia: *Scoping review*, conduzida em concordância com a metodologia JBI. Pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied health Collection, MedicLatina (via EBSCOhost – Research Databases); SciELO e RCAAP. Foram incluídos artigos sem limite de temporal e de idioma e utilizado o fluxograma PRISMA-ScR.

Resultados: De um total de 304 artigos foram incluídos 15 estudos nesta revisão. Foram identificadas intervenções de enfermagem do tipo ensinar e informar sobre a doença renal, instruir sobre os cuidados de autogestão da doença e apoiar a tomada de decisão partilhada como promotoras do empoderamento da pessoa na fase pré-diálise.

Conclusão: As intervenções de enfermagem com enfoque multidimensional no empoderamento, estruturadas em várias consultas presenciais e por telefone, em modo individual e em grupo, com recurso a ferramentas de suporte à tomada de decisão, apresentam melhoria do conhecimento da pessoa, comportamento de autogestão da doença e diminuição do conflito e da incerteza na tomada de decisão.

As evidências encontradas servem de ponto de partida para a construção de programas de intervenção de enfermagem, direcionados para a pessoa com DRC a vivenciar o processo de transição saúde/doença, na fase pré-diálise.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crónica; Enfermagem; Empoderamento

2. Abstract

Background: Chronic kidney disease (CKD) is a pathology that requires major changes and adaptations in the person's life, with a high emotional and psychosocial impact, due to its unpredictable evolution and treatment results. Nurses play a fundamental role in this transition process, through interventions that promote the person's empowerment. The research question arises: "What are the nursing interventions for the empowerment of people with CKD in stages 4-5?".

Objective: To map the scientific evidence on nursing interventions for the empowerment of people with CKD in stages 4-5.

Methodology: Scoping review, conducted in accordance with the JBI methodology. The search was carried out in the MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied health Collection, MedicLatina (via EBSCOhost - Research Databases); SciELO and RCAAP databases. Articles were included without time or language limits and the PRISMA-ScR flowchart was used.

Results: From a total of 304 articles, 15 studies were included in this review. Nursing interventions such as teaching and informing about kidney disease, instructing about self-management care and supporting shared decision-making were identified as promoting the empowerment of the person in the pre-dialysis phase.

Conclusion: Nursing interventions with a multidimensional focus on empowerment, structured in several face-to-face and telephone consultations, individually and in groups, using decision-making support tools, show an improvement in the person's knowledge, self-management behavior and a reduction in conflict and uncertainty in decision-making.

The evidence found serves as a starting point for the construction of nursing intervention programs aimed at people with CKD experiencing the health/disease transition process in the pre-dialysis phase.

Keywords: Chronic Renal Failure; Nursing; Empowerment

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A DRC afeta mais de 10% da população mundial, com variação significativa entre os países, e espera-se que aumente devido ao envelhecimento da população, mudanças nos estilos de vida e aumento da prevalência da hipertensão, obesidade e diabetes mellitus tipo 2, constituindo um importante problema de saúde pública mundial (ISN, 2023; Kovesdy, 2022; Santos-Araújo et al., 2023; Sundström et al., 2022). Um estudo realizado na região norte de Portugal revelou uma prevalência de 9,8% para o estadios 3-5 da DRC (Santos-Araújo et al., 2023).

Segundo a National Kidney Foundation, a DRC é classificada em 5 níveis de estadiamento, em função dos valores da TFG, e caracterizada pela perda progressiva, silenciosa e irreversível da função renal, que ao evoluir para a fase terminal (estadio 5), requer algum tipo de TSFR (KDIGO, 2024). As opções de tratamentos são TMC, o transplante renal, a HD e a DP (KDIGO, 2024). Diretrizes internacionais da KDIGO e da EDTNA/ERCA, recomendam acompanhamento continuado à pessoa em estadio 4-5, com intervenção de apoio à pessoa e família/cuidador, promoção do autocuidado e plano educacional sobre a DRC, opções de tratamento e preparação para o acesso vascular, através da adequação de métodos e ferramentas de aprendizagem (EDTNA/ERCA, 2008; KDIGO, 2024).

A DRC é uma patologia que exige grandes mudanças e adaptações na vida da pessoa, de elevado impacto emocional e psicossocial, face à sua imprevisibilidade da evolução e resultados dos tratamentos (Donald et al., 2018; Oliveira et al., 2020). A fase de diagnóstico, a decisão sobre as opções e incorporação dos tratamentos, exigentes e complexos, implicam transformações significativas na vida da pessoa, entendidas como um processo de transição saúde/doença, tendo como referencial teórico a teoria de médio alcance de Afaf Meleis (Oliveira et al., 2020; Schumacher et al., 2000).

A teoria das transições é um modelo conceptual que suporta e possibilita a orientação dos cuidados de enfermagem, utilizando intervenções terapêuticas centradas na pessoa em processo de transição. Com o objetivo de facilitar e apoiar uma transição saudável e fluída, o referencial teórico defende a importância das intervenções de enfermagem atenderem à experiência de cada indivíduo, e intervir em fatores que influenciam o processo de transição, tais como os significados, expectativas, conhecimento e habilidades, nível de envolvimento, a fim de alcançar o empoderamento da pessoa (Schumacher et al., 2000).

De facto, a evidência científica sustenta que, a pessoa com DRC depara-se com um conjunto de mudanças comportamentais necessárias para o controlo da sua condição de saúde, e que é uma prioridade em saúde desenvolver estratégias centradas nas necessidades. A literatura sugere uma abordagem multidisciplinar, a fim de retardar a progressão para a fase terminal, que exija algum tipo de TSFR, visando o empoderamento da pessoa e uma transição saúde/doença saudável (Donald et al., 2018; Kalantar-Zadeh et al., 2021; KDIGO, 2024; Schumacher et al., 2000).

Em 2021, World Kidney Day Joint Steering Committee declarou, o ano de *“Living Well with Kidney Disease”*, e alertou para a necessidade de aumentar a educação sobre o importante objetivo de empoderar a pessoa e seus cuidadores. Neste seguimento, Kalantar-Zadeh et al. (2021), defendem a implementação de intervenções de apoio à resiliência da pessoa, suporte social, construção de conhecimento e consciencialização, relação de confiança e controlo de autogestão, com o objetivo de ajudar a minimizar sintomas, complicações e limitações na vida diária, decorrentes da DRC.

Estudo de Donald et al. (2018), ao avaliar a eficácia de intervenções educativas lideradas por enfermeiros, concluiu que, quando implementadas com o envolvimento da pessoa, têm potencial para melhorar a condição de saúde.

Outro estudo, de Lin & Hwang (2020), evidencia que a controlo da DRC é de gestão difícil e contribui para os maus resultados dos tratamentos, pelo que recomenda uma abordagem centrada na pessoa, com promoção da literacia em saúde, através de tecnologias de informação. As intervenções de aplicações móveis visam comportamentos de saúde, mecanismo de feedback e colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa, levando a uma maior capacitação da pessoa (Lin & Hwang, 2020).

O estudo mais recente de Wu et al. (2022), que avalia o autocuidado, autoeficácia e autogestão na pessoa com DRC, em diferentes estadios da doença, sugere que o enfermeiro ao intervir nos fatores influenciadores da autogestão, como os níveis de depressão, o conhecimento sobre o autocuidado e autoeficácia, pode ajudar a pessoa a melhorar o seu autocuidado, fortalecer a sua autoeficácia no atraso da progressão da doença e a adaptar-se à condição de doença crónica.

O nível de conhecimento, autocuidado e autoeficácia são fatores preditores e significativos no empoderamento da pessoa para o processo de tomada de decisão, utilização de recursos para implementar a decisão e avaliação da eficácia das suas ações/decisões (Funnell et al., 1991). O empoderamento é entendido como um resultado e não como uma estratégia ou

intervenção para melhorar a adesão a um tratamento (Funnell et al., 1991). A pessoa é empoderada quando possui conhecimento, habilidade e atitude para influenciar o seu comportamento, a fim de melhorar a sua qualidade de vida (Funnell et al., 1991).

O conceito de empoderamento pode ser entendido a nível do princípio da autonomia e autodeterminação, a nível do envolvimento e controlo da pessoa, na tomada de decisão dos seus próprios cuidados e gestão da doença crónica (Bravo et al., 2015). O nível de empoderamento da pessoa pode ser modificado, por intervenções implementadas pelos profissionais de saúde e sistemas de saúde, num estilo de parceria com a pessoa (Bravo et al., 2015).

A OMS, no relatório sobre o plano estratégico para a saúde em 2020, define no âmbito da promoção da saúde, o empoderamento como um processo através do qual a pessoa adquire maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, o que implica que a pessoa tenha a capacidade de compreender o seu papel, habilidade e atitude no controlo dos fatores que afetam a sua saúde e bem-estar, e de se envolver com a equipa na tomada de decisão (WHO, 2012)

Neste sentido, a literatura sustenta a importância de promover planos de intervenção educacional que favoreçam o empoderamento da pessoa, uma vez que têm potencial para melhorar os resultados em saúde, a perceção da qualidade de vida da pessoa, diminuir hospitalizações, e por conseguinte, reduzir os custos em saúde (Castro et al., 2016; WHO, 2012).

4. Finalidade e objetivos

Viver com a DRC, na fase pré-diálise, exige o envolvimento da pessoa, pelos desafios que enfrentam na autogestão e nas decisões sobre os cuidados, implicando um processo de transição, com elevado impacte emocional e psicossocial, face à incerteza da evolução da doença e dos resultados das opções de tratamento. Nesta fase, as intervenções implementadas intentam atrasar a progressão da doença, adiar o início precoce das TSFR e preparar a pessoa para a incorporação do tratamento na sua vida. O enfermeiro desempenha um papel fundamental, como agente facilitador, neste processo de transição, através de intervenções promotoras de empoderamento da pessoa.

A evidência científica suporta a importância das intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa, pelo que, com objetivo de aprofundar o conhecimento na área, surgiu a questão de investigação, “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?”

Este estudo de investigação teve como objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5.

Numa pesquisa preliminar não foram identificadas *scoping reviews* sobre esta temática. Assim, a elevada prevalência da DRC, associada à menor qualidade de vida da pessoa, aquando do início precoce das TSFR, por gestão ineficaz da doença crónica, justificam a pertinência desta *scoping review*.

Com o mapeamento das intervenções de enfermagem, pretende-se contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com DRC, visando o seu empoderamento no estadio 4-5 da doença. Espera-se que esta revisão seja precursora de outros estudos nesta temática, e contribua para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua no cuidado à pessoa com DRC.

5. Metodologia

O presente estudo foi conduzido em concordância a metodologia JBI e congruente com as diretrizes do modelo PRISMA-ScR (Page et al., 2021; Peters et al., 2020).

Uma *scoping review* é uma ferramenta ideal para determinar a extensão da literatura numa determinada área, projetando-se assim a possibilidade de mapear o conhecimento científico e fornecer uma orientação para a prática clínica, estabelecendo-se como precursora para uma revisão sistemática (Munn et al., 2018; Peters et al., 2020). As *scoping reviews* são amplamente utilizadas na área da saúde com a finalidade de mapear a evidência sobre temas abrangentes e requerem uma metodologia rigorosa e transparente, a fim de reproduzir resultados confiáveis (Munn et al., 2018).

Como resposta à exigência de metodologia rigorosa e transparente foi desenvolvido um protocolo com a descrição detalhada do processo, que incluiu a clarificação da questão de investigação, dos objetivos, dos critérios de elegibilidade, da estratégia de pesquisa, informação sobre as fontes de triagem e seleção dos dados, extração dos dados, análise e apresentação dos resultados (Anexo VII – Q168: Projeto de estudo de investigação). O protocolo foi submetido no *Open Science Framework* (OSF) no dia 3 de janeiro de 2024 e obteve aprovação no dia 6 de janeiro de 2024, com atribuição de *Digital Object Identifier* (DOI): <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YX278>.

A OSF é uma plataforma on-line, considerada como uma ferramenta de confiança e honesta, que permite aos investigadores planear, recolher, analisar e partilhar os seus trabalhos de forma transparente, durante todo o processo de pesquisa.

5.1. Desenho do estudo

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020).

A população é representada pela pessoa com DRC no estadio 4-5, o conceito refere-se às intervenções de enfermagem para o empoderamento e o contexto integra a prestação de cuidados de saúde. Esta mnemónica traduziu-se na seguinte questão de revisão: Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?

A definição de critérios de inclusão e exclusão, servem de guia para a tomada de decisão, sobre os estudos a serem incluídos na revisão de *scoping* (Peters et al., 2020). Neste seguimento, foram definidos como critérios de inclusão todos os estudos realizados com pessoas com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de DRC em estadio 4 e/ou 5, ou com TFG <45ml/min ou com designação de fase pré-diálise, que descreviam as intervenções de enfermagem que promoviam o empoderamento da pessoa, durante a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar ou regime ambulatorio. Foram igualmente considerados estudos que descreviam as intervenções de enfermagem que promoviam o conhecimento, autoeficácia, autodeterminação, autonomia, autocuidado, autogestão e tomada de decisão partilhada, uma vez que são reconhecidos como domínios do conceito de empoderamento, de acordo com a definição de Bravo et al. (2015) e Castro et al. (2016).

Foram definidos como critérios de exclusão todos os estudos que incluíam pessoas com DRC no estadio 1 a 2, TFG >45ml/min e exclusivamente em HD, DP, transplante renal e TMC, uma vez que, o foco desta revisão foi conhecer as intervenções implementadas, antes do início de qualquer opção de tratamento.

Quanto à fonte de dados, foi definido como critério de inclusão estudos primários, qualitativos, quantitativos ou mistos publicados, revisões integrativas e sistemáticas da literatura, dissertações de mestrado e doutoramento. Foram excluídos livros, capítulos de livros, resumos, artigos de opinião e de conferência, e protocolos de estudo. Não foram definidos critérios de limitação temporal e de idioma.

De acordo com as recomendações da JBI, a estratégia de pesquisa utilizada percorreu as 3 etapas definidas previamente.

Numa primeira etapa, procedeu-se à pesquisa preliminar, entre os dias 11 e 20 de novembro de 2023, nas bases de dados MEDLINE (via Pubmed), CINAHL (via EBSCOhost) e no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com o objetivo de mapear as palavras mais utilizados no título, resumo e indexação dos termos, na descrição dos artigos no âmbito da temática desta revisão. Com base na pesquisa efetuada, foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os termos *Medical Subject Headings* (MeSH), e os CINAHL Headings, para as palavras-chave, com os seus respectivos sinónimos, apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Termos de pesquisa

Elementos PCC	População	Conceito	Contexto
Palavras-Chave	Doença Renal Crónica	Intervenções de Enfermagem	Empoderamento
Linguagem Natural	Doença Renal Crónica; Chronic Kidney Disease; Doença Renal Terminal; End-Stage Kidney Disease	Nursing Interventions	Empowerment
Terms MeSH/DeCS	Kidney Failure, Chronic (MeSH); Renal Insufficiency, Chronic (MeSH)	Nursing (MeSH) Nursing Care (MeSH)	Empowerment (MeSH) Patient Participation (MeSH) Patient Education as Topic (MeSH)
CINAHL Headings	Kidney Failure, Chronic Renal Insufficiency, Chronic	Nursing Interventions	Empowerment Power Patient Autonomy Patient Education Patient Preference
Operadores Booleanas		AND OR	

Numa segunda etapa, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados: MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied health Collection, MedicLatina (via EBSCOhost – Research Databases); SciELO; RCAAP e DART-Europe, com recurso a combinação dos descritores indexados e linguagem natural, a fim de definir a expressão booleana para cada base de dados (Anexo VIII – Estratégia de pesquisa)

A terceira etapa consistiu na análise da lista de referências bibliográficas, dos artigos triados para leitura de texto integral.

A pesquisa foi realizada no dia 15 de janeiro de 2024, orientada pelos critérios de inclusão e exclusão, nas seguintes bases de dados: MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied health Collection, MedicLatina (via EBSCOhost – Research Databases); SciELO; RCAAP (Tabela 2). Na data da pesquisa a base de dados DART-Europe, inicialmente proposta, encontrava-se indisponível.

Tabela 2. Estratégia de pesquisa

Expressão booleana	Base de Dados	Resultados
("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End-Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End-Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End-Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal Insufficiencies, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic")) AND ("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[Title/Abstract]) OR ("Nursing") OR ("Nursings")) AND ("empowerment"[MeSH Terms]) OR ("empowerment"[Title/Abstract]) OR ("empowerment") OR ("patient participation"[MeSH Terms]) OR ("patient participation"[Title/Abstract]) OR ("patient participation") OR ("Participation, Patient") OR ("Patient Involvement") OR ("Involvement, Patient") OR ("Patient Empowerment") OR ("Empowerment, Patient") OR ("Patient Participation Rates") OR ("Participation Rate, Patient") OR ("Participation Rates, Patient") OR ("Patient Participation Rate") OR ("Patient Activation") OR ("Activation, Patient") OR ("Patient Engagement") OR ("Engagement, Patient") OR ("patient education as topic"[MeSH Terms]) OR ("patient education as topic"[Title/Abstract]) OR ("patient education as topic") OR ("Education, Patient") OR ("Patient Education") OR ("Education of Patients")) Filters: Adult: 19+ years	MEDLINE	267
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease")) AND ((MH "Nursing Interventions") OR ("Nursing Interventions")) AND ((MH "Empowerment") OR ("Empowerment") OR (MH "Power") OR ("Power") OR (MH "Patient Preference") OR ("Patient Preference") OR (MH "Patient Autonomy") OR ("Patient Autonomy") OR (MH "Patient Education") OR ("Patient Education"))	CINAHL Complete	36
	Cochrane Plus	3
	Collection	
	Nursing & Allied health Collection	2

	MedicLatina	1
("Chronic Kidney Disease" OR "Kidney Failure, Chronic" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "End Stage Kidney Disease" OR "End-Stage Kidney Disease" OR "Doença Renal Crónica" OR "Doença Renal Terminal" OR "Falência Renal Crónica" OR "Insuficiência Renal Crónica") AND (Nursing OR Enfermagem OR "Intervenções de Enfermagem" OR "Nursing Interventions") AND (Empowerment OR Empoderamento OR "Patient Participation" OR "Participação do Paciente")	SciELO	5
(Doença Renal Crónica) E (Enfermagem) E (Empo*)	RCAAP	7
"Devido a um problema técnico, a pesquisa de palavras-chave no Portal de E-teses DART-Europe está atualmente desativada."	DART-Europe	-

Foi utilizado o software bibliográfico ZOTERO 6.0.30. (Corporation for Digital Scholarship), para extração dos artigos, remoção de duplicados e gestão dos artigos. Com base nos critérios de inclusão, a seleção das fontes foi feita pela análise dos títulos e resumos, por dois revisores independentes. O processo de revisão seguiu as diretrizes PRISMA ScR (Page et al., 2021).

Para a extração de dados, de forma a organizar todo o processo de análise dos artigos, foi elaborada uma tabela (Anexo IX – Tabelas de extração de dados), tendo por base o modelo desenvolvido pela JBI (Peters et al., 2020), onde inclui o autor(es)/ano/título, país de origem, objetivo, desenho de estudo, amostra e metodologia, intervenções de enfermagem (conteúdo e método), conclusões e nível de evidencia de cada artigo. Durante a extração de dados, foi utilizado o referencial semântico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com o objetivo de evidenciar o eixo da ação das intervenções de enfermagem que dão resposta à questão de investigação.

Uma vez que o foco da revisão foi mapear as intervenções de enfermagem, para a síntese e análise dos resultados procedeu-se a construção de uma tabela, tendo por base o modelo de desenvolvimento das intervenções de enfermagem, proposto por Aranda (2008), que incluiu o título do estudo, referencial teórico, população alvo, conteúdo da intervenção, método, dose (quantidade/frequência/duração), resultado desejado e medidas de resultados (Anexo X – Intervenções de Enfermagem segundo Modelo de Aranda).

5.2. Considerações éticas

A investigação científica é uma atividade humana que visa gerar conhecimento através de aplicação de metodologias científicas, que assume grande responsabilidades éticas em todas

as etapas do processo de investigação. O respeito pelos princípios éticos, orientam todo o processo de investigação, desde a pertinência e definição do problema a estudar, no planeamento, concretização e divulgação científica (Amado Martins, 2008).

Neste sentido, foi assegurada a fidelidade e a fiabilidade da informação dos artigos incluídos na revisão, pelo respeito e cumprimento da rigorosa metodologia de pesquisa, extração e gestão dos dados, referência bibliográfica e divulgação dos resultados.

Este estudo encontra-se inserido no projeto *ePowercare4All*, em desenvolvimento na ESSNCVP, previamente aprovado pela Comissão de Ética, e pretende contribuir para o seu terceiro objetivo específico: mapear a evidência científica sobre as intervenções dirigidas às diferentes necessidades da pessoa com doença crónica.

Não existe qualquer conflito de interesse na realização deste estudo por parte dos investigadores.

6. Resultados

Foram obtidos 304 artigos após remoção dos duplicados, tendo sido triados 38 artigos para leitura integral, após análise do título e resumo. Destes, após a leitura integral e análise das referências bibliográficas, foram incluídos 15 artigos na revisão. Foi utilizado o diagrama de fluxo para sistematizar todo o processo de revisão (Figura 1).

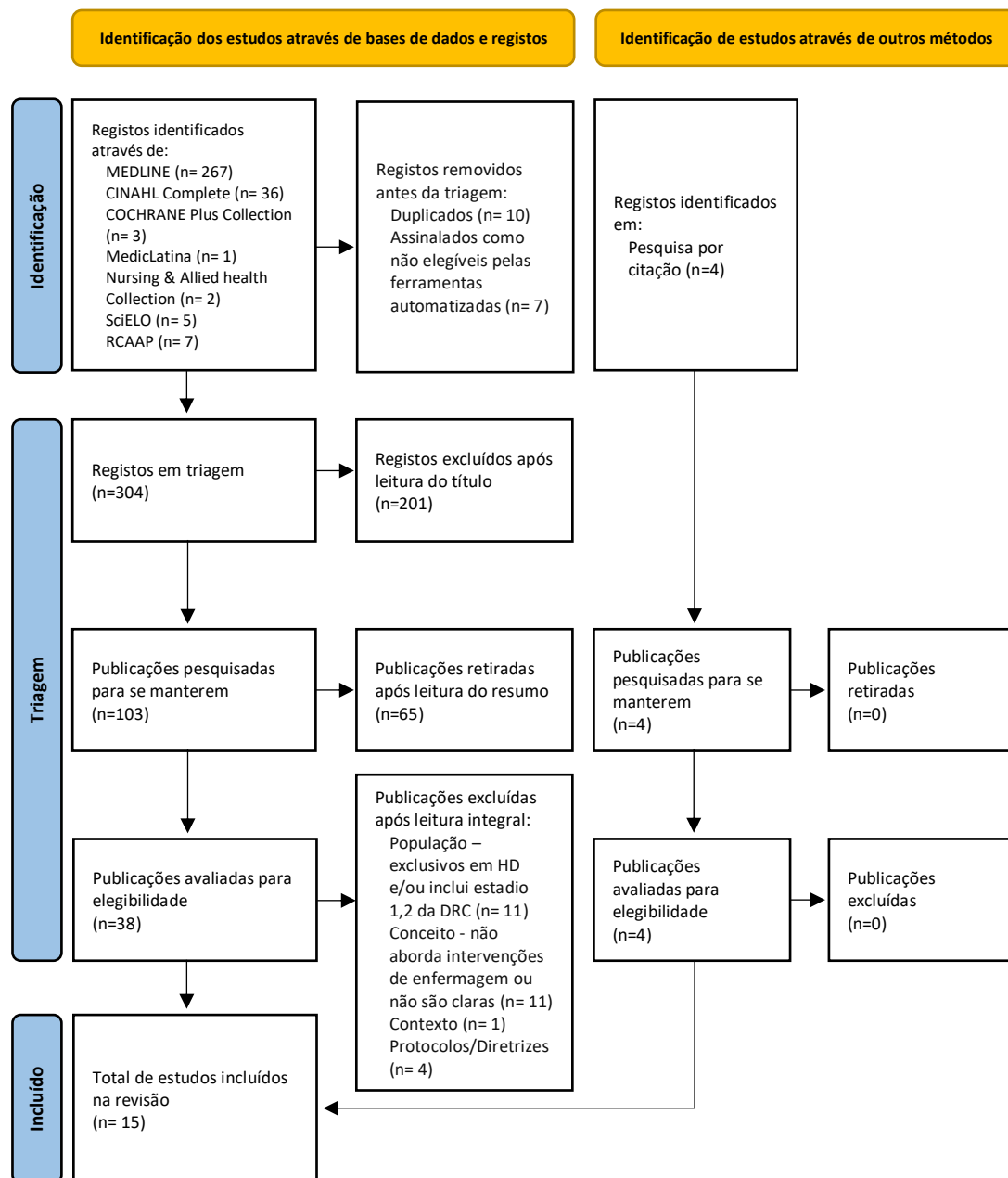


Figura 1. Fluxograma PRISMA

Adaptado de “PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources”, por Page et al., 2021.

Os estudos incluídos têm como data de publicação entre 1998 e 2021, e são distribuídos por diferentes países: Inglaterra (n= 1), Suécia (n= 1), Bélgica (n= 1), Perú (n= 1), Austrália (n= 1), Espanha (n= 3), Taiwan (n= 3) e Estados Unidos América (n= 4).

No que se refere ao desenho de estudo, distribuem-se entre: qualitativo (n=1); transversal descritivo (n=1); observacionais (n=3); caso-controlo (n=1); quase-experimental (n=5); pseudo-randomizado controlado (n=1) e randomizado controlado (n=3).

Os resultados desta revisão encontram-se resumidos na Tabela 3, segundo o autor, ano, país, objetivo de estudo, metodologia, intervenções de enfermagem e nível de evidência. As intervenções de enfermagem mapeadas, que dão resposta à questão de investigação e ao objetivo desta revisão, são descritas de acordo com o referencial semântico da CIPE®, tendo por base o modelo de desenvolvimento das intervenções de enfermagem, proposto por Aranda (2008), que inclui o conteúdo da intervenção, método, dose (quantidade/frequência/duração) e resultado da intervenção sensível aos cuidados de enfermagem.

Tabela 3. Síntese de Resultados

Código Autor(es) Ano / País	Objetivo	Metodologia	Intervenções de Enfermagem	Nível de Evidência
			Conteúdo; Método; Dose (Quantidade/frequência/Duração); Resultado da intervenção	
E1. Tweed & Ceaser, (2005) Inglaterra	Identificar os temas centrais e procurar padrões e relações, no processo de tomada de decisão sobre o tratamento preferido.	Estudo Qualitativo Amostra: 9 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Informar sobre os diferentes TSFR. Promover comportamento interativo com outros doentes renais. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual <u>Dose:</u> 1 sessão <u>Resultado:</u> Observar e interagir com outros doentes renais, a informação e apoio da equipa de enfermagem foram considerados influentes no processo de tomada de decisão.	5.b
E2. Klang et al. (1998) Suécia	Avaliar os efeitos de um programa de educação pré-diálise.	Estudo caso-controlo Amostra: 56 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC e Gestão de dieta; TSFR; Exercício físico; Impacto da doença na vida familiar, económica e social. Orientar para outros profissionais de saúde (nutricionista, fisioterapeuta e assistente social). Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Em grupo <u>Dose:</u> 2 horas cada sessão / 4 sessões <u>Resultado:</u> ↓ Sintomas e dos níveis de ansiedade; ↑ Perceção do estado de saúde, funcional e transição para os TSFR.	3.d
E3. Goovaerts et al. (2005). Bélgica	Avaliar a influência do Programa de Educação Pré-Diálise na escolha dos TSFR.	Estudo observacional retrospectivo Amostra: 185 pessoas com DRC 4	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC e TSFR. Promover comportamento interativo com outros doentes renais. Orientar para outros profissionais de saúde (nutricionista e assistente social). Providenciar material educativo de suporte. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual – Uso de tecnologia (vídeo) e Folheto informativo <u>Dose:</u> 60 minutos/1 sessão <u>Resultado:</u> ↑ Tomada de decisão entre as modalidades de autocuidado (DP, HD domicílio); ↓ Início precoce do TSFR; ↓ Hospitalizações no início do tratamento.	3.e

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

E4. Huaman-Carhuas & Gutiérrez-Crespo, (2021). Perú	Avaliar o impacto da intervenção de enfermagem no autocuidado da pessoa com DRC avançada.	Estudo quase-experimental Amostra: 60 pessoas, DRC 3b-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC; Controlo e prevenção de complicações; TSFR. Informar sobre opções de tratamento. Avaliar o conhecimento sobre a doença. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual <u>Dose:</u> 3 sessões <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento sobre a DRC; ↑Nível de autocuidado; ↑Adesão ao regime terapêutico (farmacológico).	2.c
E5. Gutiérrez Vilaplana et al. (2009). Espanha	Avaliar os efeitos da intervenção “Educação em grupo” (NIC 5604) no <i>coping</i> , controlo do medo, ansiedade dos doentes e a associação entre variáveis demográficas e clínicas.	Estudo observacional, sem grupo de controlo Amostra: 41 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre Doença renal; Alimentação; TSFR; Exercício físico; Impacto da IRC na vida familiar, económica e social. Providenciar material educativo de suporte. Incentivar comportamento procura de saúde. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Grupo – Uso de folheto informativo <u>Dose:</u> 2 horas/6 sessões (1 por mês) /6 meses <u>Resultado:</u> Melhor nível de estado funcional e de autocuidado; ↑Controlo do medo e ansiedade; ↑Comportamento de procura de saúde (informação).	3.e
E6. Enworom & Tabi (2015). EUA	Apresentar os benefícios do programa <i>Kidney Disease Education</i> (KDE), no conhecimento dos comportamentos de autogestão da pessoa com DRC.	Estudo transversal descritivo Amostra: 49 pessoas com DRC 4	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC (função, etiologia); Controlo e prevenção de complicações; TSFR; Seleção do acesso vascular; Impacto psicológico; Planeamento de cuidados avançados. Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC. Avaliar o conhecimento sobre a doença. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual e Grupo <u>Dose:</u> 6 sessões <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento sobre estadios DRC e regime terapêutico; ↑Consciencialização dos doentes para o baixo nível de conhecimento sobre os sintomas de agravamento da DRC; ↑Perceção de autoeficácia na autogestão da DRC.	4.b

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

E7. Chiou & Chung (2012). Taiwan	Testar a eficácia de um DVD multimédia interativo, como ferramenta de educação da pessoa com DRC terminal.	Estudo quase-experimental, com GC Amostra: 60 pessoas com DRC 5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC e TSFR. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Apoiar a tomada de decisão informada. <u>Método:</u> Presencial – Cara a cara / Distância – Telefone / Modo: Individual e em Grupo Uso de tecnologia (DVD multimédia) <u>Dose:</u> 1 sessão presencial + 3 contactos telefónicos com intervalo de 2 semanas / 8 semanas <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento duradouro; Processo de tomada de decisão informada; Redução da incerteza da decisão terapêutica.	2.c
E8. Chen et al. (2011). Taiwan	Avaliar o impacto da intervenção de apoio à autogestão nos resultados em pessoas com DRC avançada.	Estudo randomizado controlado Amostra: 54 pessoas com DRC 3b-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre: Estadio 3 (saúde renal, fatores de risco, sinais e sintomas de uremia e complicações); Estadio 4 (gestão de complicações; TSFR e avaliação para acesso de diálise); Estadio 5 (monitorização sintomas; cuidados com acesso de diálise e complicações associadas à diálise). Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC e regime terapêutico. <u>Método:</u> Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual/Grupo – Uso de folheto <u>Dose:</u> 1 sessão presencial + 1 contacto telefónico semanal + 2 reuniões grupo apoio / 12 meses <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento sobre DRC; ↑Adesão ao regime terapêutico; ↓Hospitalizações.	1.c
E9. Brown et al. (2019). Austrália	Avaliar a eficácia da intervenção de suporte à decisão (OPTIONS) para pessoas idosas com doença renal avançada na escolha do tratamento.	Estudo pseudo-randomizado controlado Amostra: 37 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC; Complicações; TSFR. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre a ferramenta de suporte à toma de decisão. Encorajar expressão de crenças e valores. Apoiar a tomada de decisão autónoma. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual – Uso de tecnologia (Gravação de áudio) + material didático (Livro e Ficha de trabalho) <u>Dose:</u> 45 min / 2 sessões – 1 no 1º e 3º mês / 3 meses <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento sobre os benefícios e riscos dos TSFR; ↓ Conflito e arrependimento no processo de tomada de decisão.	1.d

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

E10. Fishbane et al. (2017). EUA	Descrever os efeitos do programa de intervenção <i>Healthy Transitions</i> em comparação com os cuidados habituais na DRC em fase avançada.	Estudo randomizado controlado Amostra: 126 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC; TSFR; Alimentação (rótulos); Regime medicamentoso. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Avaliar condições de segurança no domicílio. Providenciar material de apoio a autogestão (balança). Entrevista Motivacional. <u>Método:</u> Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual <u>Dose:</u> 2 sessões no mínimo, máximo variável – de acordo com as necessidades identificadas <u>Resultado:</u> ↑ Opção por DP e TR; Melhor preparação para iniciar HD, com acesso de diálise funcionante e sem hospitalização; ↑ Adesão ao regime terapêutico.	1.c
E11. Ho et al. (2020). Taiwan	Explorar a eficácia de um programa de <i>Shared Decision Making</i> (SDM) sobre os TSFR, na pessoa com DRC.	Estudo quase-experimental, com GC Amostra: 67 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC e TSFR. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Instruir sobre a ferramenta de suporte à tomada de decisão. Apoiar a tomada de decisão partilhada. <u>Método:</u> Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual – Uso de material didático (ferramenta de suporte a tomada de decisão). <u>Dose:</u> 6 sessões: 3 presenciais, 1 por mês; 3 Contacto telefónico, intervaladas com as presenciais / 3 meses <u>Resultado:</u> Melhor navegação no processo de tomada de decisão; Melhor autoeficácia da decisão; Menor conflito na tomada de decisão.	2.c
E12. Gutiérrez Vilaplana et al. (2007). Espanha	Avaliar a intervenção de “ensino em grupo”, na consulta de doença renal crónica avançada.	Estudo quase-experimental, pre-test – post-test Amostra: 24 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC; TSFR; Alimentação; Aspetos legais e sociais. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. Incentivar comportamento procura de saúde. Apoiar a tomada de decisão. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Em Grupo – Uso de material didático (folheto informativo) e PowerPoint <u>Dose:</u> 2 horas / 8 Sessões / 6 meses <u>Resultado:</u> ↑ Conhecimento sobre DRC, alimentação e regime terapêutico; ↑ Controlo do Medo no processo de tomada de decisão; ↑ Comportamento procura de saúde (procura informação).	2.d

E13. Montoya et al. (2016). EUA	Avaliar a eficácia de um modelo de visita de grupo, aplicado por um enfermeiro versus os cuidados habituais, para a pessoa com DRC no estadio 4.	Estudo randomizado controlado Amostra: 30 pessoas com DRC 4	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC; Complicações associadas a progressão da doença; TSFR; Alimentação; Implicações económicas e financeiras. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC. Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Em Grupo – Uso de material didático e recursos a PowerPoint <u>Dose:</u> 1h30min a 2 horas / 6 Sessões / 9 meses <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento; Melhor nível de Autoeficácia e Autogestão da DRC.	1.c
E14. Aguilera et al. (2012). Espanha	Avaliar se a educação em grupo, aumenta os conhecimentos da pessoa com DRC e sua família, sobre a doença, tratamentos e cuidados farmacológicos, higiénicos e mentais.	Estudo observacional descritivo Amostra: 19 pessoas com DRC 4-5	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre: DRC (o rim e a sua função); TSFR; Alimentação; Regime medicamentoso (vacinação e eritropoietina); Exercício físico; Impacto psicológico. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Apoiar a tomada de decisão consciente e autónoma. Instruir sobre regime terapêutico (medicamentoso, hábitos alimentares). Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Em Grupo – Uso de PowerPoint <u>Dose:</u> 1h30min (10'debate) / 7 Sessões / 4 meses <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento (DRC e TSFR); ↑Ligeiro da Ansiedade; ↑Adesão ao tratamento.	4.b
E15. Jacobson Vann et al. (2015). EUA	Fornecer uma visão geral de um projeto-piloto concebido para melhorar o nível de conhecimento e autogestão, da pessoa com DRC, no estadio 3b-4.	Estudo quase-experimental, pre-test – pos-test Amostra: 9 pessoas com DRC 3b-4	<u>Conteúdo:</u> Ensinar sobre DRC; Comorbilidades; Controlo de sintomas; TSFR; Autogestão de cuidados. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre gestão do regime terapêutico (medicamentoso, hábitos alimentares e exercício físico) Incentivar comportamento procura de saúde. Avaliar a fase da mudança de comportamento. Ajudar a delinear objetivos mensuráveis para a mudança de comportamento. <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual – Uso de material didático (Folheto informativo; Guia do doente renal; Web Sites) <u>Dose:</u> 60 minutos / até 6 Sessões <u>Resultado:</u> ↑Conhecimento sobre DRC, TSFR e gestão da doença, ↑Perceção do estado de saúde; ↑Mudança de comportamento de saúde (alimentação e exercício físico).	2.d

Da leitura e análise efetuada aos resultados dos estudos incluídos, verificamos que todos abordaram programas de intervenção educacionais, com tamanho de amostra variável e população-alvo a pessoa com DRC em diferentes estádios: estadio 3b-4 (n=1), estadio 3b-5 (n=2), estadio 4-5 (n=8), estadio 4 (n=3) e estadio 5 (n=1).

Da análise criteriosa dos programas de intervenção educacionais, foram mapeadas várias intervenções de enfermagem e tendo por base o seu conteúdo, destacaram-se: ensinar sobre aspetos relacionados com a doença renal (n=14), avaliar o conhecimento (n=12), providenciar material educativo de suporte (n=9), instruir sobre cuidados de gestão da doença (n=3), regime terapêutico (n=3) e ferramentas de suporte à tomada de decisão (n=2), apoiar a tomada de decisão informada, consciente e autónoma (n=5) e promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais (n=6).

Quanto à intervenção do tipo ensinar, os temas abordados foram diversos, sendo os mais predominantes a doença renal (n=14), os TSFR (n=14), o controlo e prevenção de complicações (n=6), a gestão da dieta e alimentação (n=6), o impacto da doença na vida familiar, económica e social (n=4). Os menos abordados foram o exercício físico (n=3), o regime medicamentoso (n=2), acesso para a diálise (n=2), impacto psicológico (n=2), planeamento de cuidados avançados (n=1) e autogestão de cuidados (n=1).

No que se refere ao método das intervenções desenvolvidas pelos estudos, dividiram-se entre o presencial (cara a cara) (n=15), à distância (telefone) (n=4), em modo individual (n=7), em grupo (n=5) e misto (n=3).

Quanto à utilização de tecnologia, dividiram-se entre o uso de telefone (E7, E8, E10, E11), vídeo (E3), DVD multimédia (E7), gravação de áudio (E9), PowerPoint (E12, E13, E14) e Website (E15). Os materiais didáticos utilizados foram: folheto informativo (E3, E5, E8, E12, E13, E15), ficha de trabalho (E9), livro (E9, E15) e ferramenta de suporte à tomada de decisão (E11).

No que se refere à dose da intervenção (a quantidade, frequência e duração), os resultados foram diversos. Todos os estudos referiram a frequência das intervenções, no entanto 7 estudos não fizeram referência à quantidade e duração. Após leitura do quadro síntese, verificamos que a quantidade da sessão presencial, cara a cara, teve uma variação entre os 45 e 120 minutos. A frequência, em modo presencial individual foi de 1 (n=4), 2 (n=1), 3 (n=2) e 6 (n=1) sessões, em grupo de 1 (n=1), 2 (n=1), 4 (n=1), 6 (n=3) e 8 (n=1) sessões, e à distância pelo telefone entre 1 (n=2) e 3 (n=2) contactos. A duração das intervenções variou entre os 2 e 12 meses.

Os resultados dos programas de intervenção incluídos dos estudos foram:

- aumento de conhecimento sobre DRC (E4, E6, E7, E8, E12, E13, E14, E15), regime terapêutico (E6, E12), alimentação (E12) e benefícios e riscos dos TSFR (E9, E14, E15);
- processo de tomada de decisão facilitado pela redução da incerteza (E7), diminuição do conflito e arrependimento (E9, E11), aumento da autoeficácia da decisão (E11), melhor controlo do medo e ansiedade (E2, E12, E5);
- aumento da decisão pelas modalidades de autocuidado (DP) (E3, E10); aumento dos comportamentos de procura de saúde (informação) (E5, E12), alimentação adequada e exercício físico (E15);
- aumento da adesão ao regime terapêutico (TSFR e/ou farmacológico) (E4, E8, E10, 14);
- melhor nível de autocuidado (E4, E5), diminuição de sintomas (E2), diminuição de hospitalizações para início dos tratamentos dialíticos (E3, E8, E10);
- melhor perceção do estado de saúde (E2, E15), melhor nível de autoeficácia e de autogestão da DRC (E6, E13).

Ao analisar os resultados, identificamos focos de atenção das intervenções de enfermagem, que foram avaliados por instrumentos de avaliação, que pretendem indicar o resultado desejado das intervenções. De forma a sintetizar, elaboramos a Tabela 4.

Tabela 4. Instrumentos de avaliação dos focos de atenção

Foco de Atenção	Instrumentos de Avaliação
Conhecimento (n = 7)	Kidney Disease Knowledge Survey (KiKS) ^(E6) Scale of knowledge ^(E7) CKD knowledge checklist (15 itens – kidney function, diet, treatment and medication) ^(E8) CRE (Classificação de Resultados de Enfermagem) (S-1803; S-1802; S-1814) – Conocimiento ^(E12) CKD Stage 4 Knowledge Instrument ^(E13) Nurse Education Intervention Checklist (baseado no Spoken Knowledge in Low Literacy patients with Diabetes (SKILLD)) ^(E15) CRE (S-1813) – Conocimiento régimen terapéutico ^(E12)
Processo de tomada de decisão (n=4)	Decision Regret Scale ^(E7,E9) Decision Conflict Scale (DCS) ^(E9,E11) Decision Self-Efficacy Scale (DSES) ^(E11) CRE (J-0906) – Toma de decisiones ^(E12)
Autogestão (n=3)	Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease ^(E13) Perceived Kidney Self-Management Scale ^(E15) Cuestionario de adherencia Morisky-green-Levine ^(E4)
Ansiedade (n=3)	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ^(E2,E5,E14)
Medo (n=2)	Medo, Autocontrolo (NOC 1404) ^(E5) CRE (O-1404) – Control del miedo ^(E12)
Estado funcional (n=2)	Sickness Impact Profile (SIP) ^(E2) Karnofsky Performance Scale Index ^(E5)
Perceção do estado de saúde (n=1)	Perceived health (Health Index – HI) ^(E2)
Incerteza (n=1)	Scale of uncertainty ^(E7)

Da análise narrativa dos resultados dos estudos incluídos, norteadas pela Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, emergem 3 principais focos de atenção das intervenções de enfermagem, agrupando-se em: conhecimento, processo de tomada de decisão e autogestão.

A construção de um programa ideal de intervenção de enfermagem capaz de responder às necessidades da pessoa com DRC em estadio 4-5, a vivenciar um processo de transição saúde/doença, aquando da incorporação de algum TSFR, envolve um conjunto de intervenções capazes de produzir resultados positivos nestes 3 focos de atenção.

Com a finalidade de sintetizar o processo de análise, usamos o diagrama da Teoria das Transições de Meleis et al. (2000) (Figura 2), salientando o tipo de transição, as propriedades, as condicionantes da transição e indicadores de resultado, que as intervenções de enfermagem mapeadas dão resposta.

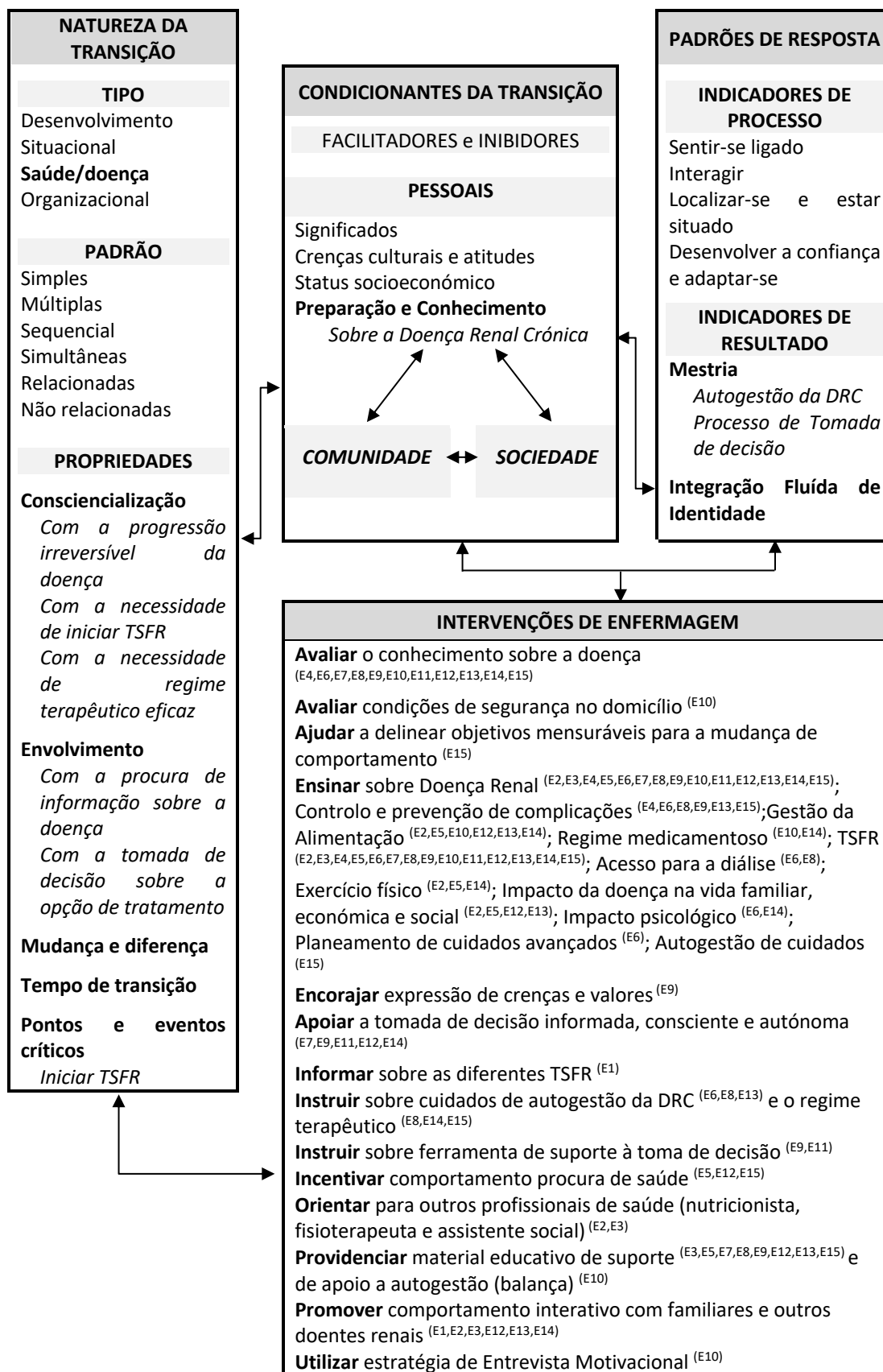


Figura 2. Intervenções de enfermagem mapeadas na revisão

Adaptado do Diagrama da Teoria das Transições de Meleis et al., 2000.

7. Discussão

A pessoa com insuficiência renal passa por diferentes fases de mudança ao longo da sua vida que, de acordo com a teoria das transições, podem ser desencadeadas por eventos críticos relacionados com o diagnóstico inicial, a gestão da doença e a incorporação de tratamentos dialíticos, ao progredir para o estadio 4-5 (Meleis et al., 2000; Oliveira et al., 2020; KDIGO, 2024). A incorporação do TSFR tem um impacto profundo na pessoa e família/cuidador, que o obriga a alterações significativas na sua vida podendo ter implicações a nível físico, psicológico, familiar e socio-económico, que lhe exige a incorporação de conhecimentos, habilidades e atitude na autogestão da doença crónica (EDTNA/ERCA, 2008; Oliveira et al., 2020; KDIGO, 2024).

Os enfermeiros pela proximidade no cuidado à pessoa com doença crónica, desempenham um papel de agente facilitador neste processo de transição, ao implementar programas de intervenção capazes de conduzir ao empoderamento da pessoa. O empoderamento poderá ser entendido como uma intervenção educativa participativa bem como um processo e o resultado desejado, numa transição de saúde-doença e na autogestão da condição crónica, factor que parece ser determinante para obtenção de ganhos em saúde (Luz et al., 2022).

Da leitura dos estudos incluídos nesta revisão, verificamos que todos abordaram programas de intervenção educativos, conduzidos por equipas multidisciplinares, sendo que as intervenções mapeadas foram realizadas por enfermeiros com experiência na área da nefrologia, durante a consulta de enfermagem na área da doença renal avançada. A literatura sustenta a importância da consulta de enfermagem direcionada à pessoa com DRC avançada na prevenção de sintomas bem como na preparação da pessoa para a evolução da doença e no processo de tomada de decisão sobre o tratamento que mais lhe interessa (E. Bardón Otero, 2008; KDIGO, 2024). Os mesmos autores sugerem que o enfermeiro dedicado a esta consulta deve deter formação e experiência na área da nefrologia e possuir habilidades a nível de empatia, proximidade afetiva, respeito e assertividade (E. Bardón Otero, 2008; EDTNA/ERCA, 2008; KDIGO, 2024).

Da análise criteriosa dos programas de intervenção educativos observamos que as intervenções de enfermagem mais frequentes estão centradas no ensino sobre a doença, no apoio ao processo de tomada de decisão partilhado e na promoção da autogestão. Estes resultados sugerem que as intervenções de enfermagem têm um papel fundamental no

empoderamento da pessoa com DRC na fase pré-diálise, quando dirigidas aos 3 focos de atenção que emergiram desta revisão: o conhecimento, a autogestão e o processo de tomada de decisão partilhado.

No que se refere ao foco do conhecimento, as intervenções do tipo informar, ensinar e educar a pessoa sobre a DRC, foram as que tiveram maior expressão em todos os artigos e revelaram-se fundamentais no empoderamento da pessoa. À luz da teoria das transições, a preparação e o conhecimento são condicionantes facilitadoras no processo de transição saúde/doença pelo empoderamento que proporciona à pessoa (Meleis et al., 2000). O enfermeiro ao intervir no foco do conhecimento poderá promover o empoderamento da pessoa para a tomada de decisão de modo a maximizar a sua autonomia. Desta forma, os programas educativos participativos em saúde podem ser entendidos como um processo de capacitação da pessoa para aumentar o controlo sobre os factores que influenciam a sua saúde, de modo a contribuir para a aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconsciência necessária para assumirem a responsabilidade das suas decisões (Ania-González et al., 2022; Wang et al., 2007; WHO, 2012).

Dos 15 estudos incluídos na revisão, 11 avaliaram os conhecimentos da pessoa na fase pré e após a intervenção de programa educativo tendo verificado um aumento do conhecimento sobre a doença renal (o rim e suas funções) (E4, E6, E7, E8, E12, E13, E14, E15), o regime terapêutico (E6, E12), a alimentação (E12) e os benefícios e riscos dos TSFR (E9, E14, E15). O conhecimento foi menos expressivo sobre as doenças associadas à doença renal e sintomas de agravamento da função renal (E6, E13, E15). Estes achados vão de encontro com outros estudos realizados com doentes renais que evidenciam que os conhecimentos da pessoa na fase pré-diálise são baixos, revelando uma baixa literacia em saúde (Dinh et al., 2022; Silva, 2022; Wu et al., 2022).

A literacia em saúde na pessoa com DRC é limitada e está frequentemente associada a uma pior autogestão da doença. Níveis de literacia em saúde mais elevados são associados a melhor nível de escolaridade, melhor perceção da qualidade de vida e adoção de estratégias eficazes na autogestão da doença (Boonstra et al., 2021; Costa et al., 2021; Silva, 2022). Em Portugal, a DGS (2018) reconheceu este factor como determinante no processo de autogestão da doença crónica e desenvolveu o Plano de Ação para a Literacia em Saúde definindo como prioridades manter a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente o nível de literacia em saúde, promover o autocuidado e a autogestão informada nos processos de saúde. As áreas de intervenção prioritárias, na promoção dos

bem-estar na doença crónica, são dirigidas para a gestão da saúde, gestão da doença e navegação no SNS, com o objetivo de capacitar a pessoa com doença crónica (DGS, 2018).

Neste seguimento, os resultados desta revisão parecem ir de encontro com as necessidades identificadas pelas políticas de saúde. No que se refere ao foco de atenção da autogestão, 7 estudos parecem mostrar uma relação entre a intervenção de ensinar a pessoa sobre DRC e instruir sobre cuidados de autogestão com a decisão pelas modalidades de autocuidado (diálise peritoneal) (E3, E10), a diminuição do início precoce dos TSFR (E3) e do número de hospitalizações para o início das mesmas (E3, E8, E10), aumento da adesão ao regime terapêutico (TSFR e/ou farmacológico) (E4, E8, E10, 14), melhor nível de autoeficácia e de autogestão da DRC (E6, E13).

As intervenções de autogestão visam facilitar a capacidade da pessoa de fazer as mudanças de estilo de vida associados à vivência de uma condição crónica, gerir os sintomas, o tratamento, as consequências físicas, emocionais e psicossociais, e de aceder e utilizar os recursos em saúde de forma adequada (Donald et al., 2018; Doyle et al., 2019; Jiang et al., 2022).

Os estudos incluídos nesta revisão parecem mostrar que as intervenções direcionadas para o foco do conhecimento e autogestão da doença estão intimamente interligadas, conduzindo ao empoderamento da pessoa na autogestão da sua doença.

Estes resultados parecem ir de encontro com o estudo de revisão de León & Javier (2014), ao concluir que após um programa de educação para a saúde, proveniente de uma consulta pré-diálise, a pessoa inicia tratamento de forma programada e apresenta taxas de internamento menores, quer antes ou após de iniciar algum tipo de TSFR. Para os autores Castro et al. (2016) e WHO (2012), o processo de empoderamento da pessoa, através de programas educativos partilhados tem potencial na redução dos custos em saúde pelo comportamento adequado na utilização dos recursos em saúde.

Outro foco de atenção que se destaca nesta revisão é o processo de tomada de decisão partilhado. A pessoa com DRC enfrenta inúmeras decisões ao longo da sua vida e concretamente no estadio 4-5, precisa de fazer uma escolha sobre os diferentes TSFR. A tomada de decisão é um processo complexo, que exige à pessoa pensamento crítico, conhecimento e acesso a recursos de apoio à tomada de decisão, de forma a reduzir a incerteza na tomada de decisão e evitar conflitos e arrependimentos (Chiou & Chung, 2012; Engels et al., 2022; Murray et al., 2009). Os atrasos no processo de tomada de decisão podem

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica resultar num início de diálise emergente, associado a um aumento da morbilidade, mortalidade e custos em saúde (Engels et al., 2022).

Da leitura dos estudos incluídos identificamos nos programas de intervenção educativos, intervenções do tipo promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais (E1, E2, E3, E12, E13, E14) e instruir sobre ferramenta de suporte à toma de decisão (E9, E11), focadas no processo de tomada decisão partilhada. Estes estudos evidenciaram a redução da incerteza (E7), diminuição do conflito e arrependimento (E9, E11), aumento da autoeficácia da decisão (E11), melhor controlo do medo e ansiedade (E2, E12, E5).

As intervenções de apoio à tomada de decisão partilhada são reconhecidas como um modelo ideal de cuidados para ajudar a pessoa a compreender as suas opções, a envolver-se no plano de cuidados e a tomar decisões informadas de acordo com os seus valores e preferências (Engels et al., 2022; Ho et al., 2020; Murray et al., 2009). O modelo de cuidados centrado na pessoa pressupõe um processo de tomada de decisão partilhado, isto é, o envolvimento proativo e colaborativo entre o profissional de saúde e a pessoa, onde a pessoa toma consciência da sua escolha, compreende a sua escolha e considera o que é mais importante para ela (Engels et al., 2022; Murray et al., 2009).

As pessoas quando expostas a intervenções capazes de fornecer informações inequívocas sobre os potenciais riscos e benefícios dos tratamentos, de promover interação e discussão entre pares, participar ativamente no processo de tomada de decisão com recurso a ferramentas de suporte como folhetos informativos, ferramentas de multimédia, tendem a sentir-se mais empoderadas e a sentir menos conflito na tomada de decisão (Engels et al., 2022; Hsiao et al., 2016; Murray et al., 2009). Os achados do estudo E1 vão neste sentido, ao concluir que a oportunidade da pessoa com DRC observar e interagir com seus pares desempenha um papel crucial no processo de tomada de decisão (Tweed & Ceaser, 2005). Também o estudo E11 que utilizou a ferramenta de suporte à tomada de decisão partilhada que consistia em 3 consultas de acompanhamento, sendo o objetivo da última consulta alcançar o acordo sobre a escolha do tratamento, de acordo com os valores e preferências da pessoa, concluiu que a ferramenta de suporte permitiu ajudar a pessoa a navegar no processo complexo de tomada de decisão, sobre os TSFR, e reduziu significativamente o conflito de decisão relativamente às diferentes TSFR.

Quanto ao método das intervenções verificou-se uma variabilidade com predomínio para o método presencial e em modo individual. O método à distância, concretamente o uso de telefone, foi utilizado em combinação com o método presencial. Os estudos E7, E8, E10 e E11

utilizaram a combinação de métodos (presencial e à distância), em modo individual e em grupo, com uma quantidade de 4 a 6 sessões de acordo com as necessidades da pessoa. Os seus resultados foram semelhantes ao evidenciarem no grupo de controlo um aumento dos conhecimentos sobre TSFR, melhor preparação para iniciar tratamento sem hospitalização e melhor autoeficácia no processo de tomada de decisão. Os estudos E12, E13, E14, que recorreram apenas ao método presencial e em grupo, com momentos de discussão entre pares, obtiveram resultados semelhantes. O número de sessões foi variado, tendo-se verificado uma tendência para mais do que uma sessão, com duração da intervenção superior a 2 meses.

A literatura sustenta que os programas de intervenção educativos participativos com mais de uma sessão, com possibilidade de articular o método presencial e à distância, em modo individual mas também incorporar momentos de discussão e de partilha de experiências entre pares, podem ajudar a promover o empoderamento da pessoa na fase pré-diálise (Donald et al., 2018; Lee, 2018).

Por último, é de referir que nenhum dos estudos analisados utilizou um instrumento de avaliação do empoderamento da pessoa no contexto da DRC. Avaliar o empoderamento da pessoa é importante para prática clínica, uma vez que as pessoas mais empoderadas estão mais capacitadas a envolverem-se nos processos de tomada de decisão em relação à gestão da sua condição de saúde e a compreenderem a importância do autocuidado e da gestão eficaz do regime terapêutico (Luz et al., 2020).

No entanto, importa referir que os estudos utilizaram outros instrumento que permitiram avaliar o impacto das intervenções noutros domínios que constituem o conceito de empoderamento como o conhecimento, autoeficácia, autogestão e tomada de decisão, de acordo com a definição dos autores Bravo et al. (2015) e Castro et al. (2016).

8. Conclusão

A pessoa com DRC na fase pré-diálise enfrenta múltiplos eventos críticos que a obriga a mudanças significativas na sua vida, com tomada de decisões importantes sobre os seus cuidados de saúde. O empoderamento da pessoa na fase pré-diálise surge como resultado desejado para obtenção de ganhos em saúde, uma vez que a pessoa empoderada é aquela que possui o conhecimento e recursos suficientes para implementar as suas decisões de forma autónoma e experiência suficiente para avaliar a eficácia das mesmas.

Sendo o objetivo desta revisão mapear as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC em estadio 4-5, a vivenciar o processo de transição saúde/doença, as intervenções de enfermagem identificadas destacam a importância de se focar nos diferentes domínios do conceito de empoderamento como o conhecimento a autogestão e o processo de tomada de decisão partilhado.

As intervenções do tipo ensinar e informar sobre a DRC, instruir sobre os cuidados de autogestão da doença e apoiar a tomada de decisão partilhada foram as mais frequentes, promovendo o empoderamento da pessoa através do aumento dos conhecimentos, das habilidades na autogestão da doença e da autonomia no processo de tomada de decisão. As combinações de metodologias na implementação das intervenções, com dose superior a 2 sessões por mais de 2 meses, foram associadas a melhores resultados, como diminuição do conflito e da incerteza na tomada de decisão, melhor perceção de autoeficácia e autogestão da DRC, com melhor preparação para o início do TSFR sem hospitalização e com o acesso de diálise funcionante. As ferramentas de suporte à tomada de decisão influenciam positivamente o processo de tomada de decisão partilhado, pois incentivam a participação ativa da pessoa, facilitando a comunicação e promovendo uma relação colaborativa entre o profissional e a pessoa.

Este enfoque multidimensional no empoderamento contribui para melhorar a qualidade de vida da pessoa, promover adesão ao tratamento, aumentar a sua autonomia no autocuidado e facilitar o processo de transição da pessoa para um novo estado de saúde.

A teoria das transições de Afaf Meleis fornece um enquadramento teórico útil para compreender e orientar as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa na fase pré-diálise, destacando a importância do apoio durante as fases de mudança e de transição na vida da pessoa.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgico na área da pessoa em situação crónica desempenha um papel essencial no processo de empoderamento da pessoa com DRC estadio 4-5, oferecendo cuidados com foco de atenção no conhecimento, autogestão e processo de tomada de decisão partilhado. Considerando-se que estão interligados entre si, possibilitam a estruturação de programas de intervenção eficientes na promoção do empoderamento da pessoa com DRC em estadio 4-5, nomeadamente uma consulta de enfermagem, desempenhando um papel facilitador na adaptação da pessoa às diferentes fases da doença, promovendo o bem-estar e qualidade de vida.

Assim, revela-se necessário rever o modelo actual da consulta de esclarecimento sobre as TSFR centrado num acto único e oferecer um modelo capaz de articular vários recursos para responder às necessidades e expectativas da pessoa e em simultâneo capaz de estabelecer uma relação que promova o empoderamento.

O enfermeiro ocupa uma posição privilegiada na identificação de questões pertinentes para a pesquisa nesta área, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC. Ao exercer uma prática clínica suportada pela evidência, asseguramos a qualidade dos cuidados e conduzimos à obtenção de ganhos em saúde pelo envolvimento da pessoa na sua nova condição de saúde.

A evidência disponível nesta área é ainda limitada, sendo necessário continuar a desenvolver estudos comparativos, com integração de instrumentos de avaliação do empoderamento, de forma a estabelecer directrizes para a prática de enfermagem. Constatou-se que todos os estudos foram centrados em programas de educação pré-definidos, sem auscultação prévia das necessidades e expectativas da pessoa. Os resultados dos estudos poderão estar de alguma forma limitados, uma vez que a pessoa ao aceitar participar no estudo, já estará pré-disposta para a mudança. Outra limitação a este estudo incidi na seleção dos termos de pesquisa, que foram os mais citados na literatura de forma a conseguir abranger o maior número de artigos, no entanto podem ter sido excluídos outros igualmente pertinentes para responder à questão de investigação.

Pretende-se que esta revisão tenha um impacto para a prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento de novos estudos e ser um ponto de partida para a construção de novos programas de intervenção de enfermagem à pessoa com DRC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica é uma área complexa e exigente, em constante evolução, que nos obriga a uma reflexão da prática clínica e a um contínuo investimento em formação especializada, de forma a alcançar um nível de conhecimento teórico e prática notável, que nos leva a prestação de cuidados de excelência com resposta eficaz às necessidades de cuidados da pessoa com doença crónica.

Ao longo do percurso da formação especializada, o estágio na UD proporcionou o meio favorável ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, bem como a análise crítica e reflexiva das práticas, pelo contacto direto com uma variedade de experiências que envolveram novas aprendizagens e mobilização de novos conhecimentos para a prática, fundamental para a prestação de cuidados de excelência à pessoa a vivenciar a doença crónica.

Neste seguimento, foi sempre mantido o propósito de incorporar a evidência científica atual, associada à experiência e opinião de peritos, atendendo ao contexto e recursos disponíveis, nos processos de tomada de decisão que respondessem adequadamente às necessidades identificadas pela pessoa com DRC.

De forma sintetizada, ao longo deste relatório foram documentadas as oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista através de uma análise crítica e reflexiva das práticas, baseada na evidência científica disponível, possibilitando aquisição de competências de mestre.

A investigação sobre temas pertinentes que contribuam para uma prática clínica reflexiva e baseada na evidência foi umas das etapas deste percurso de formação especializada e de aquisição de competência que confere o grau de mestre. O caminho percorrido revelou-se árduo, mas simultaneamente bastante enriquecedor e construtivo, contribuindo para a consciencialização das minhas capacidades de resiliência.

O trabalho de investigação teve como objetivo mapear as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com DRC em estadio 4-5 e revelou a importância de intervir no conhecimento da pessoa sobre a sua doença e de apoiar os processos de tomada de decisão, de forma faseada e antecipatória. Estas conclusões contribuem para uma prática baseada em evidência e servem como ponto de partida para projetos de melhoria contínua

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica
implementando programas de intervenção de enfermagem que promovam o empoderamento da pessoa com DRC.

Fazendo uma leitura retrospectiva dos objetivos propostos para o presente curso de mestrado, considero que os mesmos foram adequados e atingidos, possibilitando aquisição de um conjunto de competências comuns e específicas do enfermeiro com prática clínica mais avançada.

Contudo, foram sentidas algumas limitações relacionados com a componente de investigação, revelando-se um grande desafio pessoal. A orientação tutorial e a disponibilidades dos orientadores foram pilares essenciais neste processo de aprendizagem.

Tal como referi no pensamento deste relatório, posso não ter feito o melhor estudo ou as melhores atividades, mas fiz tudo para que o melhor fosse feito e já não sou o que era. Este caminho não termina aqui e, enquanto futura EE com grau de mestre, tenho o desejo de desempenhar o papel de agente de mudança na profissão de enfermagem avançada e contribuir para a produção de conhecimento científico, impulsionado pela experiência da prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2011). *Recomendações Técnicas para Serviços de Hemodiálise*. ACSS.
<https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- Aguilera, A., Prieto, M., Romero, L. G., Toral, B. A., Crespo, E. M., Rio, I. R., Gutierrez, E., Fernández, A. C., & Serrano, P. B. (2012). A little-used strategy in caring for patients with chronic kidney disease: Multidisciplinary education of patients and their relatives. *Revista de la Sociedad Espanola de Enfermeria Nefrologica*, 15, 14–21.
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Amado Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- ANADIAL. (2024). Portal da Associação Nacional de Centros de Diálise.
<https://www.anadial.pt/marcos-historicos-da-dialise/>
- Ania-González, N., Olano-Lizarraga, M., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Interventions to empower cardiorenal patients: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 78(2), 363–376. <https://doi.org/10.1111/jan.15007>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 15(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Coords). (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Bekker, H. L., Winterbottom, A. E., Gavaruzzi, T., Finderup, J., & Mooney, A. (2023). Decision aids to assist patients and professionals in choosing the right treatment for kidney failure. *Clinical Kidney Journal*, 16(Supplement_1), i20–i38. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfad172>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Boonstra, M. D., Reijneveld, S. A., Navis, G., Westerhuis, R., & De Winter, A. F. (2021). Co-Creation of a Multi-Component Health Literacy Intervention Targeting Both Patients with Mild to Severe Chronic Kidney Disease and Health Care Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13354. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413354>
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M., & the Cochrane Healthcare Quality Research Group, Cardiff University. (2015). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
- Brown, L., Gardner, G., & Bonner, A. (2019). A randomized controlled trial testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3032–3044. <https://doi.org/10.1111/jan.14112>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- CH. (2021). *Plano de Atividades & Orçamento 2021*. Unidade Local de Saúde
- Chen, S.-H., Tsai, Y.-F., Sun, C.-Y., Wu, I.-W., Lee, C.-C., & Wu, M.-S. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease—A prospective randomized controlled trial. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official*

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica
Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 26(11), 3560–3566. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr047>

Chiou, C.-P., & Chung, Y.-C. (2012). Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1223–1231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03793.x>

Costa, C., Ribeiro, O., & Santos, E. (2021). Níveis de literacia em saúde nos doentes renais crónicos em estadio 4 e 5 e seus preditores. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 9e, Artigo 9e. <https://doi.org/10.29352/mill029e.25021>

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Neves, P. (Eds.). (2016). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (8ª ed. rev). Lisboa: RH Editora.

Daugirdas, J. T., Depner, T. A., Inrig, J., Mehrotra, R., Rocco, M. V., Suri, R. S., Weiner, D. E., Greer, N., Ishani, A., MacDonald, R., Olson, C., Rutks, I., Slinin, Y., Wilt, T. J., Rocco, M., Kramer, H., Choi, M. J., Samaniego-Picota, M., Scheel, P. J., ... Brereton, L. (2015). KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884–930. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.07.015>

Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República I série, nº 215 (07-11-2023) (4-20)

Despacho n.º 12635/2023, de 11 de dezembro (2023). Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica. Diário da República II série, nº 237 (11-12-2023) (102-107)

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro (2021). Procede à aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II série, nº 187 (24-09-2021) (96-103)

- Dinh, H. T. T., Nguyen, N. T., & Bonner, A. (2022). Healthcare systems and professionals are key to improving health literacy in chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, 48(1), 4–13. <https://doi.org/10.1111/jorc.12395>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: DGS
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 – Portugal Lisboa*. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS)
- 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>
- Doyle, N., Murphy, M., Brennan, L., Waugh, A., McCann, M., & Mellotte, G. (2019). The «Mikidney» smartphone app pilot study: Empowering patients with Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Care*, 45(3), 133–140. <https://doi.org/10.1111/jorc.12281>
- E. Bardón Otero, A. M. i M. (2008). Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología*, 28, 53–56.
- EDTNA/ERCA (2008). *Chronic Kidney Disease: A Guide to Clinical Practice (Stages 4-5)*. (A. Mahon & K. Jenkins, Eds) Luzern: European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association.
- EDTNA/ERCA (2014). *Vascular Access Cannulation and Care: A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula*. (M.T. Parisotto & J. Pancirova, Eds) Luzern: European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association.

Engels, N., De Graav, G. N., Van Der Nat, P., Van Den Dorpel, M., Stiggelbout, A. M., & Bos,

W. J. (2022). Shared decision-making in advanced kidney disease: A scoping review.

BMJ Open, 12(9), e055248. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055248>

Enworom, C. D., & Tabi, M. (2015). Evaluation of Kidney Disease Education on Clinical

Outcomes and Knowledge of Self-Management Behaviors of Patients with Chronic

Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology*

Nurses' Association, 42(4), 363–372; quiz 373.

Fishbane, S., Agoritsas, S., Bellucci, A., Halinski, C., Shah, H. H., Sakhiya, V., & Balsam, L.

(2017). Augmented Nurse Care Management in CKD Stages 4 to 5: A Randomized

Trial. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney*

Foundation, 70(4), 498–505. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.02.366>

Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., Taylor-

Moon, D., & White, N. H. (1991). Empowerment: An idea whose time has come in

diabetes education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 37–41.

<https://doi.org/10.1177/014572179101700108>

Gomes, A. L., Sanches, A. M., Pereira, C., Costa, D., Marques, L., Furtado, J., & Fonseca, V. R.

(2022). *Normas da DGS: Numa nova visão para a Qualidade na Saúde*. Direção-Geral

da Saúde. [https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/normas-da-dgs-2022--](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/normas-da-dgs-2022--numa-nova-visao-para-a-qualidade-na-saude-pdf.aspx)

[numa-nova-visao-para-a-qualidade-na-saude-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/normas-da-dgs-2022--numa-nova-visao-para-a-qualidade-na-saude-pdf.aspx)

Goovaerts, T., Jadoul, M., & Goffin, E. (2005). Influence of a pre-dialysis education

programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy. *Nephrology, Dialysis,*

Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant

Association - European Renal Association, 20(9), 1842–1847.

<https://doi.org/10.1093/ndt/gfh905>

Gutiérrez Vilaplana, J. M., Samsó Piñol, E., Cosi Ponsa, J., Ibars I Moncasi, P., & Craver

Hospital, L. (2007). Evaluación de la intervención enseñanza: Grupo en la consulta de

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica
enfermedad renal crónica avanzada. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica*, 10(4). <https://doi.org/10.4321/S1139-13752007000400004>

Gutiérrez Vilaplana, J. M., Zampieron, A., Craver, L., & Buja, A. (2009). Evaluation of psychological outcomes following the intervention «teaching group»: Study on predialysis patients. *Journal of Renal Care*, 35(3), 159–164. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2009.00113.x>

Hegarty, J., Murphy, S., Creedon, S., Wills, T., Savage, E., Barry, F., Smiddy, M., Coffey, A., Burton, A., O'Brien, D., Horgan, S., Nibhuachalla, C., Brennan, C., Agreli, H., & Drennan, J. (2019). Leadership perspective on the implementation of guidelines on healthcare-associated infections. *BMJ Leader*, 3(2). <https://doi.org/10.1136/leader-2018-000111>

Ho, Y.-F., Chen, Y.-C., Huang, C.-C., Hu, W.-Y., Lin, K.-C., & Li, I.-C. (2020). The Effects of Shared Decision Making on Different Renal Replacement Therapy Decisions in Patients With Chronic Kidney Disease. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 28(4), e109. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000386>

Hsiao, C.-Y., Lin, L.-W., Su, Y.-W., Yeh, S.-H., Lee, L.-N., & Tsai, F.-M. (2016). The Effects of an Empowerment Intervention on Renal Transplant Recipients: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 24(3), 201–210. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000115>

Huaman-Carhuas, L., & Gutiérrez-Crespo, H. F. (2021). Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica*, 24(1), 68–76. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021007>

International Society of Nephrology (ISN) (2023). ISN Global Kidney Health Atlas. Disponible en: https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital_REV_2023_10_03.pdf

Jacobson Vann, J. C., Hawley, J., Wegner, S., Falk, R. J., Harward, D. H., & Kshirsagar, A. V.

(2015). Nursing Intervention Aimed at Improving Self-Management for Persons with Chronic Kidney Disease in North Carolina Medicaid: A Pilot Project. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 42(3), 239–255; quiz 256.

Jiang, Y., Ramachandran, H. J., Teo, J. Y. C., Leong, F. L., Lim, S. T., Nguyen, H. D., & Wang, W.

(2022). Effectiveness of a nurse-led smartphone-based self-management programme for people with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 1154–1165. <https://doi.org/10.1111/jan.15178>

Kalantar-Zadeh, K., Li, P. K.-T., Tantisattamo, E., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Lui, S.-F.,

Ulas, I., Andreoli, S., Balducci, A., Dupuis, S., Harris, T., Hradsky, A., Knight, R., Kumar, S., Ng, M., Poidevin, A., Saadi, G., & Tong, A. (2021). Living Well With Kidney Disease by Patient and Care-Partner Empowerment: Kidney Health for Everyone Everywhere. *Kidney Medicine*, 3(2), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2021.01.001>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice

Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 105(4S), 117-314. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>

Klang, B., Björvell, H., Berglund, J., Sundstedt, C., & Clyne, N. (1998). Predialysis patient

education: Effects on functioning and well-being in uraemic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 36–44. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00639.x>

Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney*

International Supplements, 12(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*.

SAGE.

- Lee, S. J. (2018). An Empowerment Program to Improve Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease. *Korean Journal of Adult Nursing*, 30(4), 426–436. <https://doi.org/10.7475/kjan.2018.30.4.426>
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Procede à Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República I série, nº 181 (16-08-2015) (8059-8105)
- León, B., & Javier, F. (2014). Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada: ¿existe evidencia de su utilidad? *Enfermería Nefrológica*, 17(2), 120–131. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000200006>
- Lin, C.-C., & Hwang, S.-J. (2020). Patient-Centered Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease: Challenges and Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9443. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249443>
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, Artigo 30. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Luz, E., Bastos, F., & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 3), e20025. <https://doi.org/10.12707/RV20025>

Luz, E. L. D., Bastos, F. D. S., & Vieira, M. M. S. (2022). O Empowerment na doença cónica:

Revisão integrativa da literatura: Empowerment in chronic disease: an integrative literature review. *Archives of Health*, 3(5), 650–662.

<https://doi.org/10.46919/archv3n5-001>

Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

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.

Montoya, V., Sole, M. L., & Norris, A. E. (2016). Improving the Care of Patients with Chronic Kidney Disease Using Group Visits: A Pilot Study to Reflect an Emphasis on the Patients Rather Than the Disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 43(3), 207–222; quiz 223.

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Murray, M. A., Brunier, G., Chung, J. O., Craig, L. A., Mills, C., Thomas, A., & Stacey, D. (2009). A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.010>

Norma 017/2011 de 28 de Setembro (2011). Tratamento Médico Conservador da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. Normas e Circulares Normativas. Direção Geral da Saúde. Atualizada a 14-06-2012. pp. 1-35. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012.aspx>

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica
Norma Clínica 022/2015 atualizada a 29 de agosto (2022). “Feixe de Intervenções” de
Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Normas Clínicas.
Direção Geral da Saúde. Atualizada a 29-08-2022. pp. 1-26. Disponível em:
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Oliveira, F. A. D., Almeida, A. R. L. P. D., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R. S. D. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03581.
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018049203581>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Leiria: Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Médicos (2017). *Manual de boas práticas de diálise crónica*. Ordem dos Médicos: Colégio de especialidade de nefrologia

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica
of scoping reviews. *JBIE Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Pinto, R., Duarte, F., Mata, F., Sousa, C., Salgueiro, A., & Fernandes, I. (2023). Construção e validação de um modelo de decisão para a canulação da fistula arteriovenosa em hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8.
<https://doi.org/10.12707/RVI22021>

Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro (2023). Procede ao Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise. *Diário da República II série*, n.º 221 (15-11-2023) (142-154).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/1226-2023-224292442>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Procede ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II série*, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Procede ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República II série*, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Procede ao Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República II série*, n.º 184 (25-09-2019) (128-155).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Rosansky, S. J., Schell, J., Shega, J., Scherer, J., Jacobs, L., Couchoud, C., Crews, D., & McNabney, M. (2017). Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, 18(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0617-3>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ : British Medical Journal*, 312(7023), 71–72.
- Santos-Araújo, C., Mendonça, L., Carvalho, D. S., Bernardo, F., Pardal, M., Couceiro, J., Martinho, H., Gavina, C., Taveira-Gomes, T., & Dinis-Oliveira, R. J. (2023). Twenty years of real-world data to estimate chronic kidney disease prevalence and staging in an unselected population. *Clinical Kidney Journal*, 16(1), 111–124. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac206>
- Schmidli, J., Widmer, M. K., Basile, C., De Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C. P., Haage, P., Hamilton, G., Hedin, U., Kamper, L., Lazarides, M. K., Lindsey, B., Mestres, G., Pegoraro, M., Roy, J., Setacci, C., Shemesh, D., Tordoir, J. H. M., Van Loon, M., ... Roca-Tey, R. (2018). Editor's Choice – Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(6), 757–818. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.02.001>
- Schumacher, K.; Jones, P.S.; Meleis, A.I. (2000). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In A. Meleis, Lankas (ed.), *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 129-144). Springer Publishing Company.
- Silva, A. (2022). *Literacia em saúde e qualidade de vida do doente insuficiente renal crónico em programa regular de hemodiálise*. [Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/21498>

SNS. (2024). Portal do Serviço Nacional de Saúde.

<https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2023). *Registo Nacional de Doença Renal crónica*.

Gabinete do registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/registo-nacional-de-doenca-renal-cronicav4-apresentacao-dmr.pdf

Sousa, C. N. (2014). *Cuidar da pessoa com doença renal crónica terminal com fístula arteriovenosa*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77147>

Sousa, C. N., Teles, P., Sousa, R., Cabrita, F., Ribeiro, O. M. P. L., Delgado, E., Coutinho, S., Moura, S. C. M., Delgado, M. F., Costa, J. F., Sá, T. G., Teixeira, S. M. P., Mendonça, A. E. O., & Ozen, N. (2023a). Hemodialysis vascular access coordinator: Three-level model for access management. *Seminars in Dialysis*, sdi.13153. <https://doi.org/10.1111/sdi.13153>

Sousa, C. N., Teles, P., Ribeiro, O. M. P. L., Sousa, R., Lira, M. N., Delgado, E., Oliveira, D., Campos, L., Fernandes, F., Moura, S. C. M., Delgado, M. F., Sá, T. G., Teixeira, S. M. P., Souza, L. H., Ribeiro, R. C. H. M., Oliveira, G. F. N., Mendonça, A. E. O., & Ozen, N. (2023b). How to choose the appropriate cannulation technique for vascular access in hemodialysis patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis: Official Peer-Reviewed Journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy*, 27(3), 394–401. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.13973>

Sundström, J., Bodegard, J., Bollmann, A., Vervloet, M. G., Mark, P. B., Karasik, A., Taveira-Gomes, T., Botana, M., Birkeland, K. I., Thuresson, M., Jäger, L., Sood, M. M.,

- VanPottelbergh, G., & Tangri, N. (2022). Prevalence, outcomes, and cost of chronic kidney disease in a contemporary population of 2·4 million patients from 11 countries: The CaReMe CKD study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 20, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100438>
- Teixeira, A. C. (2021). *Empoderamento profissional e enfermagem baseada na evidência: contributos para uma otimização da prática*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/139961>
- Treviso, P., Peres, S., Silva, A., & Santos, A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração em Saúde*, 17. <https://doi.org/10.23973/ras.69.59>
- Tweed, A. E., & Ceaser, K. (2005). Renal replacement therapy choices for pre-dialysis renal patients. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(12), 659–664. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.12.18287>
- ULS. (2024a). Relatório de atividades. Documento interno serviço de nefrologia da Unidade Local de Saúde
- ULS. (2024b). Regulamento para os Enfermeiros Interlocutores. Documento interno da Unidade Local de Saúde
- Verberne, W. R., Geers, A. B. M. T., Jellema, W. T., Vincent, H. H., van Delden, J. J. M., & Bos, W. J. W. (2016). Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 11(4), 633–640. <https://doi.org/10.2215/CJN.07510715>
- Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., Raposo, J. F., & Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479–487

- Wang, L., Dong, J., Gan, H.-B., & Wang, T. (2007). Empowerment of patients in the process of rehabilitation. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 27 Suppl 2, S32-34.
- World Health Organization (2002). Innovative care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva, WHO.
- WHO. (2012). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century* (WHO Regional Office for Europe). <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Health2020-Long.pdf>
- Wu, S. V., Wang, T., Liang, S., Lin, L., Lu, Y., & Lee, M. (2022). Differences in self-care knowledge, self-efficacy, psychological distress and self-management between patients with early- and end-stage chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15–16), 2287–2295. <https://doi.org/10.1111/jocn.16046>
- Yu, S., & Ko, Y. (2017). Communication competency as a mediator in the self-leadership to job performance relationship. *Collegian*, 24(5), 421–425. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.09.002>

ANEXOS

ANEXO I: PROPOSTA DE FORMAÇÃO TRANSVERSAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM NEFROLOGIA

“Curso Básico de Enfermagem – Cuidar a Pessoa com Doença Renal Crónica”

PROPOSTA DE FORMAÇÃO TRANSVERSAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS

Curso Básico de Enfermagem – Cuidar a Pessoa com Doença Renal Crónica

JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

A doença renal crónica (DRC) é caracterizada pela perda progressiva, silenciosa e irreversível da função renal, que ao evoluir para a fase terminal (estadio 5), requer algum tipo de tratamento de substituição da função renal (TSFR). As opções de tratamentos são o conservador médico, o transplante renal (TR), a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP). Os estadios 1-3 são frequentemente de evolução assintomática, os estadios 4-5 são na sua totalidade sintomáticos (KDIGO, 2013). Atualmente, estima-se que cerca de 850 milhões de pessoas vivam com DRC, o que corresponde a aproximadamente 10% da população mundial (International Society of Nephrology, 2023). Em Portugal, tem uma prevalência de 9,8%, para o estadio 3-5 da DRC (Santos-Araújo et al., 2023). Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em dezembro de 2022, encontravam-se 21.357 pessoas a realizar um TSFR, 21,3% com idade superior a 80 anos, tendo iniciado tratamento 2705 pessoas (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023).

A literatura descreve a DRC como uma condição crónica que despoleta um processo de transição de saúde/doença e, consequentemente, a necessidade de adaptação a uma doença com um regime terapêutico complexo e exigente, de elevado impacto emocional e psicossocial, face à imprevisibilidade da sua evolução e *outcomes* dos tratamentos (Donald et al., 2018; Oliveira et al., 2020). Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem ser continuados, mesmo em ambiente hospitalar, e implementados com o objetivo de retardar a progressão da doença, minimizar as suas complicações, e promover os processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico (OE, 2017 – Padrões da qualidade).

A pessoa com DRC terminal, recorre com frequência aos serviços de saúde e regularmente necessita de internamento hospitalar, por causas diretamente

relacionadas com a evolução da doença ou com os TSFR – TR, indução ou complicações do tratamento dialítico e/ou do acesso para a diálise.

No Centro Hospitalar Universitário [REDACTED], a resposta às necessidades de internamento da pessoa em DRC é assegurado pelo serviço de Nefrologia, no entanto, frequentemente, os cuidados são assegurados por outros serviços não especializados na área de nefrologia. Face a esta realidade, e com a premissa da melhoria da segurança e qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, revela-se fundamental aperfeiçoar o conhecimento e as competências em nefrologia dos enfermeiros destes serviços, a fim de garantir cuidados personalizados e adequados às necessidades da pessoa e família/cuidador a vivenciar a DRC, de forma a obter ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. A formação contínua em contexto da prática clínica permite o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de excelência. Desta forma, consideramos fundamental a existência de uma formação específica na área dos cuidados à pessoa com DRC.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

1. Definição, epidemiologia, etiologia, complicações e tratamentos da DRC.
2. Cuidados à pessoa com DRC e família/cuidados, nos vários contextos de prestação de cuidados de saúde.
3. Gestão do regime terapêutico na fase pré-diálise e em TSFR.
4. Gestão do património vascular da pessoa com DRC.
5. Cuidados com o acesso para diálise.
6. Documentação dos cuidados de enfermagem e inter-relação com o serviço de nefrologia.
7. Apresentação e discussão de casos clínicos.

OBJETIVOS

1. Informar sobre as especificidades de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC e família/cuidador;

2. Capacitar os enfermeiros para a prestação de cuidados diferenciados à pessoa com DRC e família/cuidador, nas diferentes etapas da DRC;
3. Ensinar a identificar necessidades específicas da pessoa com DRC e família/cuidador e estabelecer um plano de cuidados que responda a essas necessidades;
4. Reconhecer de forma atempada as complicações da DRC, possibilitando um encaminhamento rápido e em momento oportuno, de forma a não colocar em risco a vida e/ou a segurança da pessoa com DRC.

METODOLOGIA: Método expositivo e participativo em sala, com apresentação/discussão de casos clínicos e elaboração de plano de cuidados.

REGIME DE CERTIFICAÇÃO: Serão certificados os formandos que demonstrem aquisição de conhecimento através de um questionário e que, cumulativamente, frequentem valores iguais ou superiores a 95% da carga horária total do curso.

LOCAL: Centro de Formação do [REDACTED]

CARGA HORÁRIA: 4 horas

DESTINATÁRIOS DA FORMAÇÃO: Enfermeiros

EQUIPA PEDAGÓGICA: Formadores internos (equipa de enfermeiros especialistas do serviço de Nefrologia do [REDACTED]).

BIBLIOGRAFIA:

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>

International Society of Nephrology. (2023). ISN Global Kidney Health Atlas. www.theisn.org/global-atlas

National Kidney Foundation (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-163.\

Oliveira, F. A. D., Almeida, A. R. L. P. D., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R. S. D. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03581. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018049203581>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: - na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Leiria: Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Santos-Araújo, C., Mendonça, L., Carvalho, D. S., Bernardo, F., Pardal, M., Couceiro, J., Martinho, H., Gavina, C., Taveira-Gomes, T., & Dinis-Oliveira, R. J. (2023). Twenty years of real-world data to estimate chronic kidney disease prevalence and staging in an unselected population. *Clinical Kidney Journal*, 16(1), 111–124. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac206>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). Portuguese Registry of Kidney Replacement Therapy 2022. https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2023_registo.pdf

ANEXO II: INSTRUMENTO DE AUDITORIA CLÍNICA

Instrumento de Auditoria Clínica Interna												
Serviço:				Auditor(es):								
Manual da unidade de Hemodiálise (MA.NEF.GER.001/3) – Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise – Cateter Vascular Central (CVC) Protocolo de Orientação Clínica (POC.NEF.HD.013/3) – Manipulação dos Cateteres												
	Data											
N.º Procedimento												
C / D												
1. Enfermeiro higieniza as mãos antes de iniciar o procedimento.												
2. Coloca a máscara o enfermeiro.												
3. Coloca a máscara o doente.												
4. Usa luvas limpas para descolar o penso do CVC.												
5. Descontamina as conexões com CHD a 2% em álcool.												
6. Deixa secar por 20 a 30 seg.												
7. Usa técnica asséptica com utilização de luvas esterilizadas.												
8. Confirma a permeabilidade do CVC ao conectar no ramo arterial uma seringa de 5 e aspirar cerca de 3cc de sangue. 1. Se usa seringa > 5ml 2. Se aspira < 3ml 3. Se aspira > 3ml												
9. Confirma a permeabilidade do CVC ao conectar no ramo venoso uma seringa de 5 e aspirar cerca de 3cc de sangue. 1. Se usa seringa > 5ml 2. Se aspira < 3ml 3. Se aspira > 3ml												
10. Avalia o local de inserção do CVC ao comprimir o local de inserção.												
11. Realiza penso ao local de inserção do CVC com técnica asséptica.												
12. Desinfeta o local de inserção com solução aquosa CHD a 4%, com duração mínima de 1 minuto.												
RESULTADO DE CONFORMIDADE												
Critérios: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável												
Legenda: C – Conexão D – Desconexão												

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

Instrumento de Auditoria Clínica Interna												
Serviço:						Auditor(es):						
Manual da unidade de Hemodiálise (MA.NEF.GER.001/3) – Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise Fístula Arteriovenosa (FAV) – Canulação												
	Data											
Nº Procedimento												
1. Doente lava o membro da FAV com água e sabão, antes de entrar na sala de HD.												
2. Enfermeiro higieniza as mãos antes de iniciar o procedimento.												
3. Avalia o frémito e pulso da FAV, através da palpação.												
4. Localiza os locais de punção antes da descontaminação da pele.												
5. Descontamina a pele com solução CHD a 2% em álcool.												
6. Deixa secar por 20 a 30 seg.												
7. Após desinfecção da pele não toca nos locais de punção.												
8. Usa luvas limpas na canulação da FAV.												
9. Respeita a técnica de orientação para a punção, definida para aquele doente.												
10. Usa técnica "Non-Touch" na conexão das linhas venosa e arterial.												
11. Higieniza as mãos no final do procedimento.												
RESULTADO DE CONFORMIDADE												
Critérios: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável												
Observações e Sugestões:												

Instrumento de Auditoria Clínica Interna												
Serviço:						Auditor(es):						
Manual da unidade de Hemodiálise (MA.NEF.GER.001/3) – Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise Fístula Arteriovenosa (FAV) – Desconexão												
	Data											
Nº Procedimento												
1. Enfermeiro higieniza as mãos antes de iniciar o procedimento.												
2. Usa luvas limpas para a desconexão.												
3. Usa técnica "Non-Touch" na desconexão das linhas de sangue.												
4. Usa técnica "Non-Touch" na remoção das agulhas.												
5. Doente usa luvas limpas na hemóstase.												
6. Usa luvas limpas, na colocação do penso compressivo estéril no local de inserção das agulhas.												
7. Higieniza as mãos entre procedimentos/atividades com outros doentes.												
8. Remove as luvas do doente no final da hemóstase.												
9. Higieniza as mãos no final do procedimento.												
RESULTADO DE CONFORMIDADE												
Critérios: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável												
Observações e Sugestões:												

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

Instrumento de Auditoria Clínica Interna													
Serviço:										Auditor(es):			
Manual da unidade de Hemodiálise (MA.NEF.GER.001/3) – Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise Prótese Arteriovenosa (PAV) – Canulação													
Data	Nº Procedimento												
	1. Doente lava o membro da PAV com água e sabão, antes de entrar na sala de HD.												
	2. Enfermeiro higieniza as mãos antes de iniciar o procedimento.												
	3. Avalia o frémito e pulso da PAV, através da palpação.												
	4. Localiza os locais de punção antes da descontaminação da pele.												
	5. Descontamina a pele com solução corada de CHD 2% em álcool.												
	6. Deixa secar por 20 a 30 seg.												
	7. Usa técnica asséptica com luvas esterilizadas na canulação da PAV.												
	8. Respeita a técnica de punção em escada.												
	9. Não usa garrote na canulação da PAV.												
	10. Usa técnica "Non-Touch" na conexão das linhas venosa e arterial.												
	11. Higieniza as mãos no final do procedimento.												
RESULTADO DE CONFORMIDADE													
Critérios: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável													
Observações e Sugestões:													

Instrumento de Auditoria Clínica Interna													
Serviço:										Auditor(es):			
Manual da unidade de Hemodiálise (MA.NEF.GER.001/3) – Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise Prótese Arteriovenosa (PAV) - Desconexão													
Data	Nº Procedimento												
	1. Enfermeiro higieniza as mãos antes de iniciar o procedimento.												
	2. Usa luvas limpas para a desconexão.												
	3. Usa técnica "Non-Touch" na desconexão das linhas de sangue.												
	4. Usa técnica asséptica, com luvas esterilizadas, na remoção das agulhas.												
	5. Doente usa luvas limpas na hemóstase.												
	6. Usa técnica asséptica, com luvas esterilizadas, na colocação do penso compressivo estéril no local de inserção das agulhas.												
	7. Higieniza as mãos entre procedimentos/atividades com outros doentes.												
	8. Remove as luvas do doente no final da hemóstase.												
	9. Higieniza as mãos no final do procedimento.												
RESULTADO DE CONFORMIDADE													
Critérios: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável													
Observações e Sugestões:													

Indicador de Medida		
Avaliação da Taxa Global de Conformidade =	$\frac{\text{Total de Critérios Conforme}}{\text{Total de Critérios Aplicáveis}} \times 100$	
Critério de Superação: Taxa Global de Conformidade >75%		

Informação adicional
Entende-se por Higienização das Mãos a técnica de higienização das mãos por fricção com SABA (<u>Solução Antisséptica de Base Alcoólica</u>), cumprindo a Norma n. 007/2019 de 16/10/2019, da Direcção-Geral da Saúde.
SIGLAS CVC – Cateter Vascular Central CHD – Clorexidina FAV – Fístula Arteriovenosa HD – Hemodiálise PAV – Prótese Arteriovenosa

ANEXO III: PROCEDIMENTO GERAL

“Procedimento geral da consulta de enfermagem de esclarecimento sobre TSFR”

Procedimento Geral

Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre Técnicas de Substituição da Função Renal

1. OBJETIVO/ENQUADRAMENTO

Definir os procedimentos relativos à organização, funcionamento, objetivos gerais e específicos da Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento para a Doença Renal Crónica em Estadio 5 (DRC5), de acordo com a Norma 017/2011 de 28 de Setembro, da Direção-Geral da Saúde, que decorre no Serviço de Nefrologia, Unidade de Diálise, do Centro Hospitalar Universitário [REDACTED]

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma doença progressiva, silenciosa e irreversível da função renal. Segundo a *National Kidney Foundation* (KDIGO, 2013), a DRC é classificada em 5 níveis. Quando a pessoa evolui para o estadio 5, suscita a necessidade de início a curto prazo uma das Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR). As opções de tratamentos para a DRC5 são: Tratamento Conservador Médico (TCM), Transplante Renal (TR), técnicas dialíticas que incluem a Hemodiálise (HD) e a Diálise Peritoneal (DP) (KDIGO, 2013). A informação sistemática e o esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento para a DRC5, são mandatários para todos os utentes com DRC5, para uma tomada de decisão informada, livre e consciente. A DGS preconiza, através da Norma 017/2011 de 28 de Setembro, uma consulta de esclarecimento que obedece aos seguintes requisitos:

- a) *“ter o objetivo de contribuir para o esclarecimento pleno do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas;*
- b) *ser funcionalmente individualizada e dispor de registo próprio;*
- c) *integrar uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista;*
- d) *dispor de apoio de material informativo adequado”.*

2. ÂMBITO

Procedimento a aplicar na Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento para a DRC5.

3. SIGLAS/ABREVIATURAS/DEFINIÇÕES/EVIDÊNCIAS

CHU [REDACTED] - Centro Hospitalar Universitário [REDACTED]

CVC – Cateter Vascular Central

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

DRC5 – Doença Renal Crónica em Estadio 5

FAV – Fístula arteriovenosa

HD – Hemodiálise

TMC – Tratamento Médico Conservador

TR – Transplante Renal

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

4. RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do(a) Enfermeiro(a) Gestor do Serviço de Nefrologia elaborar e manter este procedimento atualizado e divulgá-lo pelos profissionais de saúde.

A Equipa de Enfermagem faculta e assegura, a todos os utentes que frequentam a Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento para a DRC5, os conhecimentos corretos e necessários para uma opção informada, livre e consciente, por uma modalidade de tratamento.

5. METODOLOGIA

A Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre TSFR integra-se numa equipa multidisciplinar. A referenciação para a consulta é feita pela equipa médica de nefrologia, em contexto de internamento ou consulta externa.

Local de Funcionamento, horário e equipa

A Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre TSFR, funciona na sala de treino da diálise peritoneal, do Serviço de Nefrologia - Unidade de Diálise do CHU [REDACTED].

O horário de funcionamento:

- Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre TSFRS: Terça-feira a Sexta-feira, 1 consulta por dia, às 14h.
- Contacto de Seguimento: Segunda-feira, das 14h às 15h, máximo de 4 agendamentos (14h00 - 14h15 - 14h30 - 14h45).

A Equipa de Enfermagem que dá apoio à consulta é a mesma que está destacada para o treino da diálise peritoneal, dotada de conhecimentos especializados sobre DRC.

A referenciação da pessoa com DRC em estadio 4-5 é realizada pelo Nefrologista da Consulta Externa ou Internamento, procedendo-se ao seu agendamento para a semana que antecede a próxima Consulta Médica de Nefrologia (até duas semanas).

A Consulta de Enfermagem de Esclarecimento é realizada em regime de consulta externa programada, única, por método presencial, individualizada, com acompanhamento de familiar/cuidador, sempre que possível e seja da vontade do utente. Não obsta que, por preferência do utente ou decisão da equipa multidisciplinar, haja marcação de consultas subsequentes.

O contacto de seguimento é agendado numa segunda-feira, da semana seguinte, realizado de forma não presencial, em regime de Teleconsulta.

Objetivos específicos da consulta de enfermagem de esclarecimento sobre TSFR:

- Assegurar a transmissão correta e adequada de conhecimentos ao utente e família/cuidador, sobre a DRC e diferentes modalidades de tratamento para a DRC5, para uma opção informada, livre e consciente, por uma modalidade de tratamento;
- Ajudar a pessoa e família/cuidador a compreender a informação relacionada com o processo de evolução da DRC;
- Promover e encorajar a expressão de preocupações, dúvidas, medos e crenças dificultadoras no processo de aceitação da DRC;

- Apoiar a pessoa e família/cuidador na tomada de decisão sobre a modalidade de tratamento;
- Envolver a família/cuidador no processo de tomada de decisão;
- Articular cuidados de saúde com a equipa multidisciplinar;
- Divulgar o Anexo II da Norma 017/2011 de 28 de Setembro.

Material e Método

Utilização de comunicação efetiva (linguagem simples e relação empática);

Material de suporte à demonstração das técnicas dialíticas (HD e DP);

Material didático de apoio à informação fornecida:

- Infográfico sobre a “Progressão da Doença Renal Crónica” (Anexo A)
- Manual sobre “O tratamento da Insuficiência Renal Crónica”
(PUB.NEF.GER.011/1)

Procedimento Consulta Presencial

1. Explicar o motivo e objetivos da Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre TSFR;
2. Avaliar os conhecimentos sobre a doença renal crónica;
3. Informar sobre:
 - a. DRC como doença progressiva, irreversível e incurável;
 - b. Diminuição da função depurativa do rim, que leva a acumulação no organismo substâncias nocivas (ureia, creatinina, potássio, fósforo, sódio e água);
 - c. Deficiente produção renal de Eritropoietina e Vitamina D ativa, imprescindível para a formação de glóbulos vermelhos e normal calcificação do osso;
 - d. Sinais e sintomas de agravamento da função renal (dispneia, edemas, aumento repentino do peso corporal, diminuição do débito urinário, náuseas, vômitos, halitose, prurido, cansaço para pequenos esforços, perda de força muscular);

- e. Risco de vida presente e diminuição da qualidade de vida, pela acumulação exagerada das substâncias nocivas.
 - f. Modalidades de tratamento para a DRC5: diálise; transplante renal e tratamento médico conservador.
4. Explicar o que a Diálise é uma técnica que substitui, de forma parcial a função do rim, limpando o sangue das substâncias nocivas e que, trata-se de tratamento definitivo para a pessoa em não possa ser submetida a transplante renal.
5. Informar, explicar e demonstrar as modalidades dialíticas:
- a. Hemodiálise – Utiliza uma membrana artificial – o *dialisador* (Filtro) – um *monitor de hemodiálise* – que bombeia o sangue ao longo de um sistema de tubos – *circuito extracorporal* – desde a veia até ao dialisador (onde o sangue é limpo), retomando ao corpo, sendo necessário um *acesso vascular* – a Fistula arteriovenosa (FAV) ou Cateter Vascular Central (CVC).
 - b. Diálise peritoneal – Utiliza a membrana natural – o *peritoneu* – da cavidade peritoneal, onde é introduzido o dialisante, através de um tubo inserido na parede abdominal – o *cateter peritoneal* – colocado de forma simples sob anestesia local. As modalidades de DP podem ser: Diálise Peritoneal Contínua ambulatoria (DPCA) ou Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).
6. Informar e explicar o Transplante Renal:
- a. Dador vivo
 - b. Dador cadáver
 - c. Processo de inscrição na lista de espera para transplante de dador cadáver;
 - d. Riscos e complicações relacionados e não relacionadas, com a intervenção cirúrgica;
7. Informar e explicar o Tratamento Médico Conservador da DRC – consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal;
8. Elucidar sobre eventuais vantagens, desvantagens ou contraindicações das diferentes modalidades de TSFR (risco associado de infeção, risco associado ao ato cirúrgico, contraindicações médicas);

9. Reforçar a importâncias da adesão ao regime terapêutico (medicamentoso, restrições hídricas e hábitos alimentares);
10. Criar momento para colocar questões e esclarecer dúvidas;
11. Apresentar a sala de HD;
12. Providenciar Manual sobre Insuficiência Renal Crónica;
13. Agendar contacto de seguimento;
14. Efetuar registos no processo de enfermagem (Anexo B).

Procedimento do Contacto de Seguimento - Teleconsulta

Após a consulta presencial, de enfermagem de esclarecimento sobre TSFR, a contato de seguimento tem o objetivo de identificar necessidades, esclarecer dúvidas e assegurar que a informação foi apreendida. Caso seja identificada a necessidade de melhorar o conhecimento da pessoa e família/cuidador, agendar nova consulta presencial.

Durante o contacto de seguimento, em regime de teleconsulta, seguir os seguintes critérios/questões de orientação (Anexo C):

1. Recebeu informação sobre a função dos rins. Consegue dizer qual é? (Deve referir pelo menos 1 dos termos, ou com a mesma semântica)
 - a. Opções de resposta: *Depuração; Limpa o sangue; Filtro do corpo; Filtra o sangue; Remove as impurezas do sangue ou outras com a mesma semântica.*
2. Recebeu informação sobre as diferentes modalidades de tratamento para a DRC. Consegue dizer quais são? (Deve referir pelo menos 2, ou com a mesma semântica)
 - a. Opções de resposta: *Hemodiálise (tratamento através de uma máquina); Diálise peritoneal (tratamento através da barriga; tratamento que se faz em casa); Transplante renal; Tratamento conservador;*
3. Recebeu informação sobre sinais e sintomas de agravamento da DRC. Consegue referir alguns? (Deve referir pelo menos 2)
 - a. Opções de resposta: *Náuseas; Vômitos; Edemas; Inchaço nos olhos e tornozelos; Aumento de peso; Dispneia; Cansaço; Falta de ar; Perda de apetite; Tremores; Falta de concentração; Anemia; Formigueiro; Pernas inquietas; Dificuldade em dormir.*
4. Pretende colocar alguma questão?

5. Tem dúvidas sobre outro assunto?
6. Pretende agendar outra consulta?

Procedimento para melhoria da qualidade

Devem ser efetuadas auditorias clínicas internas, pelo menos trimestralmente, no âmbito da implementação do presente procedimento, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados à pessoa e família/cuidador (Anexo D).

6. BIBLIOGRAFIA

National Kidney Foundation (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-163. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

Norma 017/2011 de 28 de Setembro (2011). Tratamento Médico Conservador da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. Normas e Circulares Normativas. Direção Geral da Saúde. Atualizada a 14-06-2012. pp. 1-35. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012.aspx>

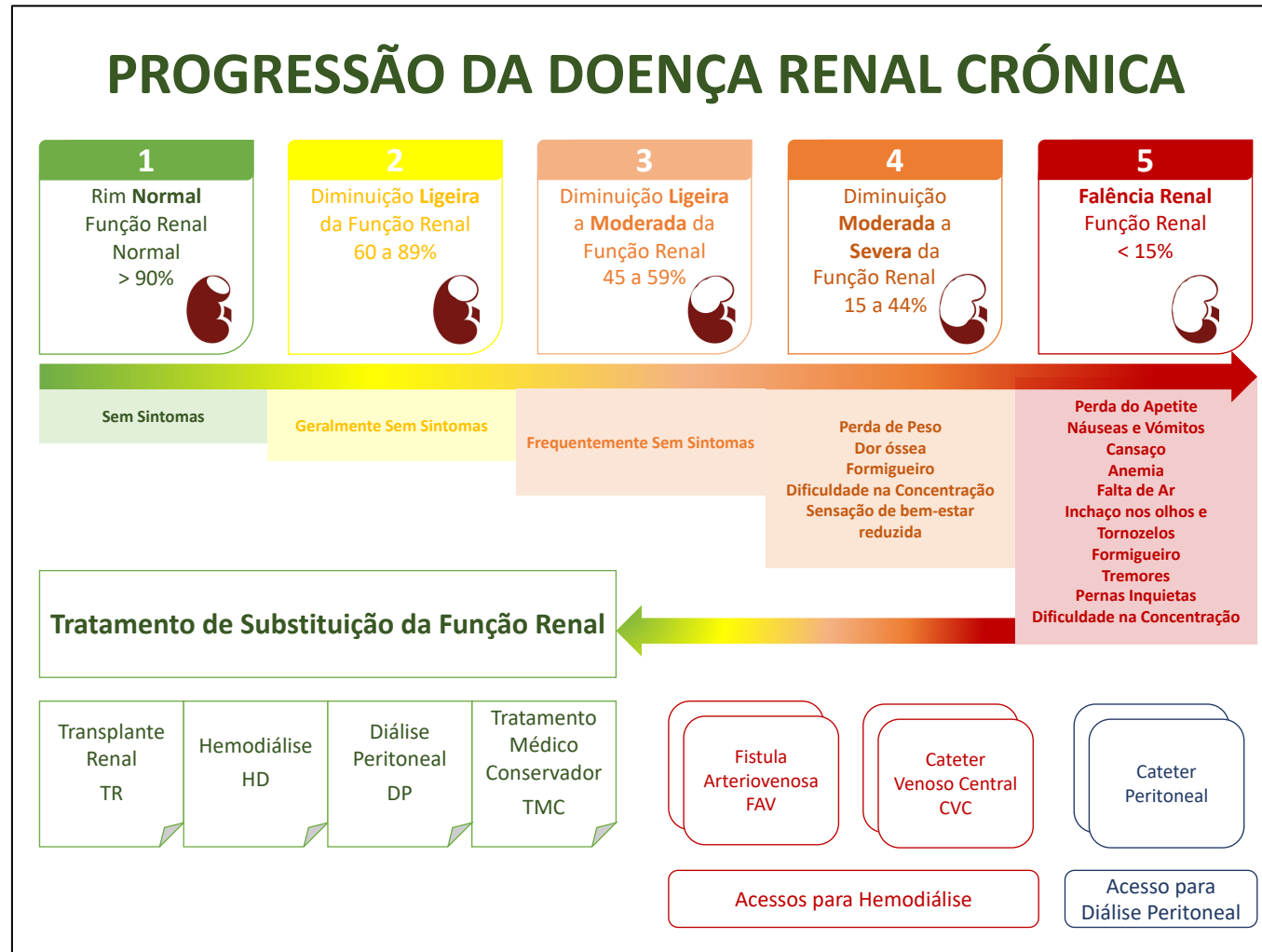
7. AUTORES

Equipa da Unidade de diálise peritoneal

ANEXO A

Infográfico sobre a

“PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA”



ANEXO B

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Foco de Atenção	Intervenção de Diagnóstico	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Resultado de Enfermagem
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre a doença	Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença	• Ensinar sobre a doença [IRC e Opções de Tratamento]; • Ensinar sobre complicações da doença [IRC]; • Providenciar material de leitura [Manual sobre “O tratamento da Insuficiência Renal Crónica” – PUB.NEF.GER.011/1]	Conhecimento sobre a doença
Crença de saúde	Avaliar crença de saúde	Crença de saúde Dificultadora	• Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico; • Encorajar crença de saúde controlo	Sem crença de saúde dificultadora

ANEXO C

GRELHA DE SUPORTE À TELECONSULTA

GRELHA DE SUPORTE À TELECONSULTA

Questão	Opções de resposta
1. Recebeu informação sobre a função dos rins. Consegue dizer qual é? (Deve referir pelo menos 1)	▪ Depuração ▪ Limpa o sangue ▪ Filtro do corpo ▪ Filtra o sangue ▪ Remove as impurezas do sangue ▪ Outras com a mesma semântica
2. Recebeu informação sobre as diferentes modalidades de tratamento para a DRC. Consegue dizer quais são? (Deve referir pelo menos 2)	▪ Hemodiálise; tratamento através de uma máquina ▪ Diálise peritoneal; tratamento através da barriga; tratamento que se faz em casa; ▪ Transplante renal; ▪ Tratamento conservador;
3. Recebeu informação sobre sinais e sintomas de agravamento da DRC. Consegue referir alguns? (Deve referir pelo menos 2)	▪ Náuseas; Vómitos; Perda de apetite ▪ Edemas; Inchaço nos olhos e tornozelos ▪ Aumento de peso ▪ Anemia; Cansaço; Dispneia; Falta de ar ▪ Pernas inquietas; Cãibras; Tremores; Formigueiro ▪ Dificuldade em dormir; Falta de concentração
7. Pretende colocar alguma questão?	
8. Tem dúvidas sobre outro assunto?	
9. Pretende agendar outra consulta?	

ANEXO D

INSTRUMENTO DE AUDITORIA CLÍNICA

Instrumento de Auditoria Clínica Interna													
Norma 017/2011 de 28 de Setembro – Tratamento Médico Conservador da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5													
Serviço:						Auditor(es):							
Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre TSFR													
☐ Presencial		Data											
☐ Seguimento													
1. Refere pelo menos uma função do rim.													
2. Refere pelo menos duas modalidades de tratamento para a doença renal crónica.													
3. Refere pelo menos dois sintomas de agravamento da insuficiência renal crónica.													
Subtotal													
TAXA GLOBAL DE CONFORMIDADE													
Legenda: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável													
Observações e Sugestões:													

Indicador de Medida
Avaliação da Taxa Global de Conformidade = $\frac{\text{Total de Critérios Conforme}}{\text{Total de Critérios Aplicáveis}} \times 100$
Critério de Superação: Taxa Global de Conformidade >75%

ANEXO IV: PROGRAMA CIENTÍFICO DAS I JORNADAS DE ENFERMAGEM DE NEFROLOGIA DA ULS

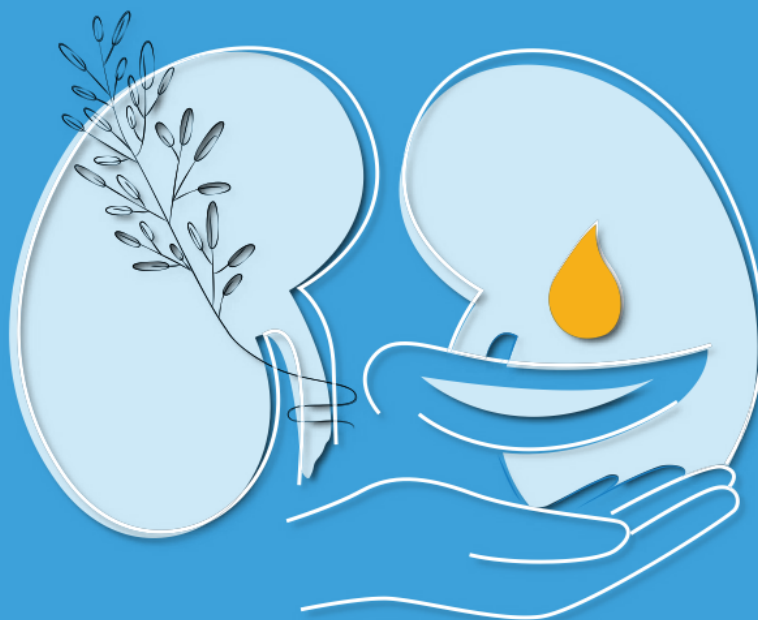
“Cuidar a pessoa com doença renal crónica em contexto hospitalar”

I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS [REDACTED]

29 de abril | Auditório [REDACTED]

30 de abril | Auditório [REDACTED]

ULS [REDACTED]



**CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA
EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Programa

I JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA

DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED]

CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Local: Auditório [REDACTED]

1º DIA – 29 de Abril de 2024

8h30 – 13h30

WORKSHOPS

Coordenação Geral e Formadores

Enfermeiros do Serviço de Nefrologia da ULS

Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal

3 Grupos até 15 participantes

Sessões de aproximadamente 1h30min

Sala 1 – Hemodiálise e Técnicas Contínuas

Sala 2 – Diálise Peritoneal Automática

Sala 3 – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória e Acesso de Diálise

8h30 – 10h00

Sala 1 (GA); Sala 2 (GB); Sala 3 (GC)

10h00 – 10h30

Coffee Break Livre

10h30 – 12h00

Sala 1 (GC); Sala 2 (GA); Sala 3 (GB)

12h00 – 13h30

Sala 1 (GB); Sala 2 (GC); Sala 3 (GA)

2º DIA – 30 de Abril de 2024

8h30 – 9h00

Abertura de Secretariado

9h00 – 10h00

MESA 1

Cuidar a pessoa com Doença Renal Crónica em pré-diálise

Promoção da saúde na pessoa com DRC em parceria com os cuidados de saúde primários: novos modelos do cuidar

Consulta de Enfermagem no cuidado à pessoa em pré-diálise

(Consulta de enfermagem de Esclarecimento sobre TSFR e Consulta de Enfermagem de Doença Renal Avançada)

10h00 – 10h30	Sessão Solene de Abertura
10h30 – 11h00	<i>Coffee Break</i>
11h00 – 12h00	MESA 2 Cuidados Paliativos na DRC Cuidar a pessoa em Tratamento Conservador Médico: quando a diálise não é opção Cuidar a pessoa e família/cuidador em fim de vida: a vivência do luto
12h00 – 13h00	MESA 3 Gestão do regime terapêutico na pessoa submetida a transplante renal Capacitação da pessoa para a alta <i>(estrutura dos ensinamentos a pessoa submetida a transplante renal)</i> Articulação com a consulta externa de transplante renal
13h00 – 14h30	Almoço Livre
14h30 – 15h00	Apresentação de E-POSTER
15h00 – 16h00	MESA 4 Cuidar a pessoa em tratamento dialítico: Hemodiálise Cuidar a pessoa em hemodiálise <i>(Gestão alimentar e hídrica, especificidades de administração terapêuticas, vigilância após tratamento dialítico)</i> Gestão do acesso vascular em contexto hospitalar
16h00 – 17h00	MESA 5 Cuidar a pessoa em tratamento dialítico: Diálise Peritoneal Cuidar a pessoa em Diálise Peritoneal <i>(princípios da técnica, cuidados diários com cateter)</i> Capacitação da pessoa para a técnica
17h00 – 17h30	Atribuição de prémio simbólico de melhor E-Póster Sessão de Encerramento

COMISSÃO ORGANIZADORA e COMISSÃO CIENTÍFICA
Enfermeiros Especialistas do Serviço de Nefrologia da ULS

ANEXO V: CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO ORAL

“Determinantes na autogestão da doença renal crónica”



CERTIFICADO

A comunicação oral com o título

Determinantes na autogestão da doença renal crónica

elaborada por

Elisabete Delgado (1); Elisabete Delgado (1);

(1) - Centro Hospitalar Universitário

Portugal

foi apresentada no **XXXVII CONGRESSO DA APEDT**
que decorreu nos dias 16, 17 e 18 novembro de 2023
no Porto Palácio Hotel.

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT



ANEXO VI: PROPOSTA DE AUDITORIA CLÍNICA

	Impresso		
Formulário de Proposta de Auditorias Clínicas		Pág. 1 de 2	
	Referência GC.		
Tópico	Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise		
Serviço	Nefrologia – Unidade de Hemodiálise		
Proponente	Elisabete Moreira Delgado 		
Equipa de trabalho			
Telefone	Ext. 		
Enquadramento da auditoria			
As complicações infecciosas e não infecciosas dos acessos vasculares para a hemodiálise são frequentes e tem impacte significativo nos custos em saúde. A literatura descreve alguns fatores que podem potenciar as complicações, tais como: incumprimento das normas de controlo de infeção; técnica de punção inadequada e ausência da vigilância dos sinais de infeção do acesso vascular. Com o objetivo de ajudar os profissionais multidisciplinares a cuidar a pessoa com doença renal crónica, a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) e a European Society for Vascular Surgery (ESVS), fornecem um conjunto de diretrizes baseadas em evidências para a manutenção e vigilância do acesso vascular em hemodiálise, com a última atualização em 2019. Os procedimentos e protocolos de orientação da Unidade de Hemodiálise encontram-se alinhados com as diretrizes internacionais e acessíveis no portal interno, a todos os profissionais de saúde. O cumprimento das normas e diretrizes é fundamental na diminuição do risco de complicações do acesso vascular em hemodiálise, pelo que se revela importante avaliar o nível de conformidade na sua aplicabilidade.			
Objectivos da Auditoria – definição de critérios e standards			
Objetivos: 1. Avaliar o cumprimento do procedimento "Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise" – Fistulas arteriovenosas (Ponto 5.10.1 do MA.NEF.GER.001/3) 2. Avaliar o cumprimento do procedimento "Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise" – Próteses arteriovenosas (Ponto 5.10.3 do MA.NEF.GER.001/3) 3. Avaliar o cumprimento do procedimento "Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise" – Cateter Vascular Central (POC.NEF.HD.013/3)			

Impresso

Formulário de Proposta de Auditorias Clínicas

Pág. 2 de 2

Critérios:

Critérios de Manutenção	Critérios de Monitorização
- Doente lava o membro da FAV/PAV com água e sabão, antes de entrar na sala de HD; - Enfermeiro higieniza as mãos antes de iniciar o procedimento (FAV/PAV/CVC); - Descontamina a pele com solução CHD a 2% em álcool (FAV); - Descontamina a pele com solução corada de CHD 2% em álcool (PAV); - Deixa secar por 20 a 30 seg. (FAV/PAV/CVC); - Após desinfecção da pele não toca nos locais de punção (FAV/PAV); - Usa luvas limpas na canulação da FAV; - Usa técnica asséptica com luvas esterilizadas na canulação da PAV; - Respeita a técnica de orientação para a punção da FAV, definida para aquele doente; - Respeita a técnica de punção em escada na PAV; - Não usa garrote na canulação da PAV; - Usa técnica "Non-Touch" na conexão das linhas venosa e arterial (FAV/PAV); - Usa luvas limpas para a desconexão (FAV/PAV); - Usa técnica "Non-Touch" na desconexão das linhas de sangue (FAV/PAV); - Usa técnica "Non-Touch" na remoção das agulhas (FAV); - Usa técnica asséptica, com luvas esterilizadas, na remoção das agulhas (PAV); - Doente usa luvas limpas na hemóstase (FAV/PAV); - Usa luvas limpas, na colocação do penso compressivo estéril no local de inserção das agulhas (FAV); - Usa técnica asséptica, com luvas esterilizadas, na colocação do penso compressivo estéril no local de inserção das agulhas (PAV); - Higieniza as mãos entre procedimentos/atividades com outros doentes (FAV/PAV); - Remove as luvas do doente no final da hemóstase (FAV/PAV); - Higieniza as mãos no final do procedimento (FAV/PAV/CVC) - Coloca a máscara o enfermeiro (CVC); - Coloca a máscara o doente (CVC); - Usa luvas limpas para descolar o penso do CVC; - Descontamina as conexões com clorexidina a 2% em álcool (CVC); - Usa técnica asséptica com utilização de luvas esterilizadas (CVC); - Realiza penso ao local de inserção do CVC com técnica asséptica; - Desinfeta o local de inserção com solução aquosa CHD a 4%, com duração mínima de 1 minuto.	- Avalia o frémito e pulso da FAV/PAV, através da palpação. - Localiza os locais de punção antes da descontaminação da pele (FAV/PAV). - Avalia o local de inserção do CVC ao comprimir o local de inserção. - Confirma a permeabilidade do CVC ao conectar no ramo arterial uma seringa de 5 e aspirar cerca de 3cc de sangue. - Confirma a permeabilidade do CVC ao conectar no ramo venoso uma seringa de 5 e aspirar cerca de 3cc de sangue.

	Impresso Formulário de Proposta de Auditorias Clínicas	 Pág. 3 de 2
---	--	--

Considera-se procedimento conforme quando todos os critérios são cumpridos.

Considera-se procedimento não conforme quando pelo menos um dos critérios não foi cumprido.

Define-se um *Standard* mínimo de 75% de conformidade para os procedimentos:

- "Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise" – Fistulas arteriovenosas
- "Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise" – Próteses arteriovenosas
- "Manipulação e Monitorização de Acessos Vasculares para Hemodiálise" – Cateter Vascular Central

Suporte da Auditoria

1. ☐ Critérios do manual do CHKS	Qual: _____
2. ☐ Norma da DGS (NOC)	Qual: _____
3. ☐ Decreto de Lei ou Despacho	Qual: _____
4. ☒ Procedimento de orientação Clínica (POC)	Qual: POC.NEF.HD.013/3
5. ☒ Outro	Qual: Manual da unidade de hemodiálise – MA.NEF.GER.001/3

Aspectos relacionados com a Auditoria

1. ☐ Incidentes	2. ☐ Evidência de Melhoria Clínica	3. ☐ Melhoria da Qualidade
4. ☐ Custos	5. ☐ Efeitos laterais de terapêutica	6. ☐ Risco de Complicações
7. ☐ Informação Clínica	8. ☐ Infecção Nosocomial	9. ☐ Planeamento de trabalho
10. ☐ Risco para o doente	11. ☒ Verificação de aderência a protocolos/ <i>guidelines</i>	
12. ☐ Outros _____		

Fonte dados

1. ☒ Doentes envolvidos directamente: ☐ Sim ☒ Não	2. ☐ Registo Clínico
3. ☐ Entrevista/questionário	4. ☐ Consulta Programas Informáticos
5. ☐ Inquérito	
6. ☒ Outros Observacional e acompanhamento do procedimento	

Informação adicional / Dados da amostra

Entre Fevereiro e Março de 2024 em dias aleatórios, para cada procedimento de conexão e desconexão da FAV, PAV e CVC, garantir-se-á um mínimo de 10 observações.

SIGLAS
 CVC – Cateter Vascular Central
 CHD – Clorexidina

Impresso

Formulário de Proposta de Auditorias Clínicas

Pág. 4 de 2

FAV – Fístula Arteriovenosa
 HD – Hemodiálise
 PAV – Prótese Arteriovenosa

Tipo de Auditoria

☒ Prospectiva ☐ Retrospectiva

☐ Reauditoria ☐ Transversal ☐ Multidisciplinar

Anexos

☒ Check list / Impresso ☐ Guidelines ☐ Outros _____

Data de Início

Fevereiro de 2024	Data Fim	Março de 2024	Data Relatório	Maio de 2024
-------------------	----------	---------------	----------------	--------------

Proponente (S)		Data	
Validação Técnica		Data	
Enfermeiro Director		Data	
Director Clínico		Data	

ANEXO VII: Q168 PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO



PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo de investigação (máximo de 15 palavras)
Intervenções de Enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica: <i>Scoping Review</i>
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe
Enfermagem/L1 – Respostas humanas ao processo de saúde/doença
Investigador responsável
Nome: Elisabete Moreira Delgado Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Mestrado Categoria profissional: Enfermeira Instituição: Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) Email: elisabetemdelgado@hotmail.com Telemóvel: 918561985 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0009-0001-6760-2976
Calendarização
Data prevista de início da fase empírica: 1 de Dezembro de 2023 Data prevista de conclusão: 16 de Abril de 2024
Instituições envolvidas
Instituição principal: Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis Papel: Unidade de investigação. Acesso a base de dados.
Orientador
Nome: Cecília Maria Rodrigues Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Doutoramento Categoria profissional: Instituição: ESSNorteCVP Email: cecilia.rodrigues@essnortecvp.pt Telemóvel: 967025915 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0003-0701-1135 (*preferencialmente em formato ORCID)





COMPONENTE CIENTÍFICA

Resumo (mínimo de 150 e o máximo de 250 palavras)

A doença renal crónica (DRC) é uma patologia que exige grandes mudanças e adaptações na vida da pessoa, de elevado impacto emocional e psicossocial, face à sua imprevisibilidade de evolução e *outcomes* dos tratamentos. O enfermeiro desempenha um papel fundamental, neste processo de transição, através de intervenções promotoras de empoderamento da pessoa. Neste sentido, surge a questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?”, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5.

O tipo de estudo é uma *scoping review*, conduzida em concordância com a metodologia *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice*, e congruente com as diretrizes do modelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*).

Espera-se mapear estudos que evidenciam as intervenções de enfermagem que promovem o empoderamento da pessoa com DRC, no estadio 4-5, bem como identificar lacunas de conhecimento percebendo a necessidade de investigação primária.

Os resultados da revisão têm a pretensão de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC, no estadio 4-5, a vivenciar o processo de transição saúde/doença. As evidências encontradas, poderão ainda servir de ponto de partida para a construção de programas de intervenção de enfermagem, direcionados para a pessoa a vivenciar o processo de transição, da fase pré-diálise para a incorporação dos tratamentos dialíticos.

Palavras-chave: (3 a 5 palavras-chave de acordo com os descritores MESH/DeCS)

Insuficiência Renal Crónica; Enfermagem; Empoderamento

Revisão da Literatura (máximo de 1000 palavras)

A DRC afeta mais de 10% da população mundial, com variação significativa entre os países, e espera-se que aumente devido ao envelhecimento da população, mudanças nos estilos de vida e aumento da prevalência da hipertensão, obesidade e diabetes mellitus tipo 2, constituindo um importante problema de saúde pública mundial (Kovesdy, 2022; Sundström et al., 2022; ISN, 2023; Santos-Araújo et al., 2023). Um estudo realizado na região norte de Portugal, revelou uma prevalência de 9,8%, para o estadio 3-5 da DRC (Santos-Araújo et al., 2023).





Segundo a *National Kidney Foundation*, a DRC é classificada em 5 níveis de estadiamento, em função dos valores da taxa de filtração glomerular, e caracterizada pela perda progressiva, silenciosa e irreversível da função renal, que ao evoluir para a fase terminal (estadio 5), requer algum tipo de Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR) (KDIGO, 2013). As opções de tratamentos são o conservador médico, o transplante renal, a hemodiálise e a diálise peritoneal (KDIGO, 2013). Diretrizes internacionais, KDIGO e *European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), recomendam acompanhamento continuado à pessoa em estadio 4-5, com intervenção de apoio a pessoa e família/cuidador, promoção do autocuidado e plano educacional sobre a DRC, opções de tratamento e preparação para o acesso vascular, através da adequação de métodos e ferramentas de aprendizagem (EDTA/ERCA, 2008; KDIGO, 2013).

A literatura descreve a DRC é como uma patologia que exige grandes mudanças e adaptações na vida da pessoa, de elevado impacto emocional e psicossocial, face à sua imprevisibilidade da evolução da doença e *outcomes* dos tratamentos (Donald et al., 2018; Oliveira et al., 2020). A fase de diagnóstico, a decisão sobre as opções e incorporação dos tratamentos, exigentes e complexos, implicam transformações significativas na vida da pessoa, entendidas como um processo de transição saúde/doença, sustentado no referencial teórico da teoria de médio alcance de Afaf Meleis (Schumacher et al., 2000; Oliveira et al., 2020).

A teoria das transições é um modelo conceptual que suporta e possibilita a orientação dos cuidados de enfermagem, utilizando intervenções terapêuticas centradas na pessoa em processo de transição. Com o objetivo de facilitar e apoiar uma transição saudável e fluida, o referencial teórico defende a importância de reforçar positivamente indicadores de processo, nomeadamente o empoderamento da pessoa (Schumacher et al., 2000).

De facto, a evidência científica sustenta que, a pessoa com DRC depara-se com um conjunto de mudanças comportamentais necessárias para o controlo da sua condição de saúde, e que é uma prioridade em saúde desenvolver estratégias centradas nas necessidades. A literatura sugere uma abordagem multidisciplinar, a fim de retardar a progressão para a fase terminal, que exija algum tipo de TSFR, visando o empoderamento da pessoa e uma transição saúde/doença saudável (Schumacher et al., 2000; KDIGO, 2013; Donald et al., 2018; Kalantar-Zadeh et al., 2021).

Em 2021, *World Kidney Day Joint Steering Committee* declarou, o ano de “*Living Well with Kidney Disease*”, e alertou para a necessidade de aumentar a educação sobre o importante objetivo de empoderar a pessoa e seus cuidadores. Neste seguimento, Kalantar-Zadeh et al. (2021), defendem a implementação de intervenções de apoio à resiliência da pessoa, suporte social, construção de conhecimento e consciencialização, relação de confiança e controlo de autogestão, com o objetivo de ajudar a minimizar sintomas, complicações e limitações na vida diária, decorrentes da DRC.





Estudo de Donald et al. (2018), ao avaliar a eficácia de intervenções educativas lideradas por enfermeiros, concluiu que, quando devidamente implementadas com o envolvimento da pessoa, têm potencial para melhorar a condição de saúde.

Outro estudo, de Lin & Hwang (2020), evidencia que a controlo da DRC é de gestão difícil e contribui para os maus resultados dos tratamentos, pelo que recomenda uma abordagem centrada na pessoa, com promoção da literacia em saúde, através de tecnologias de informação. As intervenções de aplicações móveis visam comportamentos de saúde, mecanismo de *feedback* e colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa, levando a uma maior capacitação da pessoa (Lin & Hwang, 2020).

O conceito de empoderamento pode ser entendido a nível do princípio da autonomia e autodeterminação, a nível do envolvimento e controlo da pessoa, na tomada de decisão dos seus próprios cuidados e gestão da doença crónica, podendo o nível de empoderamento da pessoa ser modificado, por intervenções implementadas pelos profissionais de saúde e sistemas de saúde, num estilo de parceria com a pessoa (Bravo et al., 2015).

Justificação do tema

Viver com a DRC, na fase pré-diálise, exige o envolvimento da pessoa, pelos desafios que enfrentam na autogestão e nas decisões sobre os cuidados, implicando um processo de transição, com elevado impacte emocional e psicossocial, face à incerteza da evolução da doença e dos resultados das opções de tratamento. Nesta fase, as intervenções implementadas intentam atrasar a progressão da doença, adiar o início precoce das TSFR e prepara a pessoa para a incorporação dos tratamento na sua vida. O enfermeiro desempenha um papel fundamental, como agente facilitador, neste processo de transição, através de intervenções promotoras de empoderamento da pessoa.

A evidência científica suporta a importância das intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa, pelo que, com objetivo de aprofundar o conhecimento na área, surge a questão de investigação, “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?”

Este estudo de investigação tem como objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5.

Numa pesquisa preliminar não foram identificadas *scoping review* sobre esta temática. Assim, a elevada prevalência da DRC, associado a menor qualidade de vida da pessoa, aquando do início precoce das TSFR, por gestão ineficaz da doença crónica, justificam a necessidade de desenvolver esta *scoping review*.





Material e Métodos (máximo de 1000 palavras)

O tipo de estudo será uma *scoping review*, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível, na área de estudo pretendida. Uma *scoping review* visa, com base na identificação e análise da literatura, sobre um determinado tópico ou questão, dar uma visão geral das evidências disponíveis, identificar lacunas de conhecimento, esclarecer conceitos e fornecer orientação para a prática clínica (Munn et al., 2018; Peters et al., 2020).

A *scoping review* será conduzida em concordância a metodologia Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice, e congruente com as diretrizes do modelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018; Peters et al., 2020).

Neste seguimento, foram definidos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020). A população é representada pela pessoa com DRC no estadio 4-5, o conceito refere-se às intervenções de enfermagem para o empoderamento e o contexto integra a prestação de cuidados de saúde. Esta mnemónica traduz-se na seguinte questão de revisão: Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?

Crítérios de Inclusão e Exclusão

A definição de critérios de inclusão e exclusão, servem de guia para a tomada de decisão, sobre os estudos a serem incluídos na revisão de *scoping* (Peters et al., 2020).

População – Considerarei todos os estudos realizados com pessoas com DRC, no estadio 4-5, fase pré-diálise, com idade superior a 18 anos. Serão excluídos estudos realizados com pessoas em algum TSFR (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal e tratamento médico conservador), uma vez que, o foco desta revisão é conhecer as intervenções implementadas, antes do início de qualquer opção de tratamento.

Conceito – Serão considerados todos os artigos direcionados para as intervenções de enfermagem que visem o empoderamento da pessoa com DRC, no estadio 4-5. Serão excluídos estudos que não integrem as intervenções de enfermagem para promoção do empoderamento da pessoa com DRC, no estadio 4-5.

Contexto – Serão considerados os estudos que integram a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar ou regime ambulatorio.

Tipos de Fonte – Serão incluídos estudos primários, qualitativos, quantitativos ou mistos publicados; revisões integrativas e sistemáticas da literatura, dissertações de mestrado e doutoramento. Serão excluídos livros, capítulos de livros, resumos, artigos de opinião e de conferência, e protocolos de estudo.

Idioma das publicações – Não haverá limitações de idioma.

Limite cronológico – Não haverá limite temporal.





Estratégia de pesquisa

A *scoping review* é uma ferramenta ideal para determinar a extensão da literatura numa determinada área, projetando-se assim a possibilidade de mapear o conhecimento científico e fornecer uma visão geral, estabelecendo-se como precursor para uma revisão sistemática (Munn et al., 2018).

De acordo com as recomendações da JBI, será utilizada uma estratégia de pesquisa por 3 etapas, a fim de descrever o planeamento da pesquisa de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências.

Numa primeira etapa, procedeu-se a uma pesquisa preliminar, entre os dias 11 e 20 de novembro de 2023, nas bases de dados MEDLINE (via *Pubmed*), CINAHL (via *EBSCOhost*) e no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com o objetivo de mapear as palavras mais utilizados no título, resumo e indexação dos termos, na descrição dos artigos no âmbito da temática desta revisão. Com base na pesquisa efetuada, foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os termos *Medical Subject Headings* (MeSH), e os *CINAHL Headings*, para as palavras-chave, com os seus respetivos sinónimos, apresentados na tabela 1:

Tabela 1 – Termos de pesquisa

Elementos PCC	Palavras-chave	Terms MeSH/DeCS	CINAHL Headings	Operadores Booleanos
População	Doença Renal Crónica Insuficiência Renal Crónica	<i>Kidney Failure, Chronic (Mesh)</i> <i>Renal Insufficiency, Chronic (Mesh)</i>	<i>Kidney Failure, Chronic</i> <i>Renal Insufficiency, Chronic</i>	AND OR
Conceito	Intervenções de Enfermagem	<i>Nursing (Mesh)</i> <i>Nursing Care (Mesh)</i>	<i>Nursing Interventions</i>	
	Empoderamento	<i>Empowerment (Mesh)</i> <i>Patient Participation (Mesh)</i>	<i>Empowerment Power</i> <i>Patient Autonomy</i> <i>Patient Education</i> <i>Patient Preference</i>	
Contexto	Prestação de Cuidados de Saúde			

Numa segunda etapa, será efetuada uma pesquisa nas bases de dados: MEDLINE (via *PubMed*); CINAHL *Complete*, *Cochrane Plus Collection*, *Nursing & Allied health Collection*, *MedicLatina* (via *EBSCOhost – Research Databases*); SciELO; RCAAP e DART-Europe. Será utilizado a combinação dos descritores indexados, a fim de definir a expressão booleana: *(((kidney failure, chronic[MeSH Terms]) OR (chronic renal insufficiency[MeSH Terms])) AND ((Nursing[MeSH Terms]) OR (Nursing[Title/Abstract])) AND (((empowerment[MeSH Terms]) OR (empowerment[Title/Abstract])) OR*



((patient participation[MeSH Terms]) OR (patient participation[Title/Abstract]))).

A terceira etapa consistirá na análise da lista de referências bibliográficas dos artigos incluídos na revisão.

Seleção dos estudos/Fontes de evidência

Será utilizado o software bibliográfico ZOTERO 6.0.30. para extração de artigos e remoção dos duplicados.

Com base nos critérios de inclusão, a seleção das fontes será feita pela análise dos títulos e resumos, por dois revisores independentes sendo as divergências resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor experiente. O processo de revisão será de acordo com as diretrizes PRISMA ScR (Tricco et al., 2018).

Para a extração de dados, de forma a organizar todo o processo e tendo por base o formulário desenvolvido pelo JBI (Peters et al., 2020), os dados extraídos serão: autor, título, ano de publicação, país de origem, objetivo, desenho/material e métodos do estudo, amostra/participantes/contexto, intervenções de enfermagem, conclusões e nível de evidência.

Apresentação das evidências

A análise das evidências será uma descrição narrativa dos resultados, acompanhada pelo fluxograma de decisão. Uma vez que o foco da revisão é mapear as intervenções de enfermagem, a síntese dos resultados poderá ser feita através de uma tabela, incluindo o objetivo e conteúdo da intervenção, método, dose/tempo, resultados e instrumentos utilizados (Aranda, 2008).

Considerações éticas (máximo de 300 palavras)

A investigação científica é uma atividade humana que visa gerar conhecimento através de aplicação de metodologias científicas, que assume grande responsabilidades éticas em todas as etapas do processo de investigação. O respeito pelos princípios éticos, orientarão todo o processo de investigação, desde a pertinência e definição do problema a estudar, no planeamento, concretização e divulgação científica (Amado Martins, 2008).

Neste sentido, será assegurada a fidelidade e a fiabilidade da informação dos artigos incluídos na revisão, pelo respeito e cumprimento da rigorosa metodologia de pesquisa, extração e gestão dos dados, referência bibliográfica e divulgação dos resultados.

Este estudo encontra-se inserido no projeto *ePowercare4All*, em desenvolvimento na Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), previamente aprovado pela Comissão de Ética, e pretende contribuir para o seu terceiro objetivo específico: mapear a





evidência científica sobre as intervenções dirigidas às diferentes necessidades da pessoa com doença crónica.

Não existe qualquer conflito de interesse na realização deste estudo por parte dos investigadores.

Referências bibliográficas (máximo de 20 referências de acordo com APA 7ª edição)

- Amado Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem - Revista Científica / Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 15(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2007.11.002>
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M., & the Cochrane Healthcare Quality Research Group, Cardiff University. (2015). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
- 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>
- EDTNA/ERCA. (2008). *Chronic Kidney Disease: A Guide to Clinical Practice (Stages 4-5)*. (A. Mahon & K. Jenkins, Eds) Luzern: European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association.
- International Society of Nephrology (ISN). (2023). ISN Global Kidney Health Atlas. Disponível em: https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital_REV_2023_10_03.pdf
- Kalantar-Zadeh, K., Li, P. K.-T., Tantisattamo, E., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Lui, S.-F., Ulasi, I., Andreoli, S., Balducci, A., Dupuis, S., Harris, T., Hradsky, A., Knight, R., Kumar, S., Ng, M., Poidevin, A., Saadi, G., & Tong, A. (2021). Living Well With Kidney Disease by Patient and Care-Partner Empowerment: Kidney Health for Everyone Everywhere. *Kidney Medicine*, 3(2), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2021.01.001>
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
- Lin, C.-C., & Hwang, S.-J. (2020). Patient-Centered Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease: Challenges and Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9443. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249443>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E.

Página 8 de 11





(2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

National Kidney Foundation (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-163.

Oliveira, F. A. D., Almeida, A. R. L. P. D., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R. S. D. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03581. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018049203581>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Santos-Araújo, C., Mendonça, L., Carvalho, D. S., Bernardo, F., Pardal, M., Couceiro, J., Martinho, H., Gavina, C., Taveira-Gomes, T., & Dinis-Oliveira, R. J. (2023). Twenty years of real-world data to estimate chronic kidney disease prevalence and staging in an unselected population. *Clinical Kidney Journal*, 16(1), 111–124. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac206>

Schumacher, K.; Jones, P.S.; Meleis, A.I. (2000). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In A. Meleis, Lankas (ed.), *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 129-144). Springer Publishing Company.

Sundström, J., Bodegard, J., Bollmann, A., Vervloet, M. G., Mark, P. B., Karasik, A., Taveira-Gomes, T., Botana, M., Birkeland, K. I., Thuresson, M., Jäger, L., Sood, M. M., VanPottelbergh, G., & Tangri, N. (2022). Prevalence, outcomes, and cost of chronic kidney disease in a contemporary population of 2-4 million patients from 11 countries: The CaReMe CKD study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 20, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100438>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Financiamento e apoios previstos

Não estão previstos custos, financiamento ou apoio externo, para a realização deste estudo de revisão.





Previsão de disseminação científica

Prevê-se a divulgação dos resultados desta *scoping review*, através da participação em eventos científicos, sob forma de comunicação oral livre ou poster, bem como, publicação em forma de artigo científico em revista académica.

Autorização para tratamento, utilização e divulgação de dados

☒ Autorizo o tratamento, a utilização e a divulgação dos dados constantes neste documento para efeitos de introdução na base de dados de UID, divulgação dos Estudos de Investigação da UID e divulgação da produção científica dos autores deste Projeto de Estudo de Investigação.

Assinatura do investigador responsável: *Elisabete Moreira Delgado* Data: 01/12/2023



ANEXO VIII: ESTRATÉGIA DE PESQUISA

MEDLINE (via PubMed)	Resultados
((("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End-Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End-Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End-Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal Insufficiencies, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic"))) AND (("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[Title/Abstract]) OR ("Nursing") OR ("Nursings"))) AND (("empowerment"[MeSH Terms]) OR ("empowerment"[Title/Abstract]) OR ("empowerment") OR ("patient participation"[MeSH Terms]) OR ("patient participation"[Title/Abstract]) OR ("patient participation") OR ("Participation, Patient") OR ("Patient Involvement") OR ("Involvement, Patient") OR ("Patient Empowerment") OR ("Empowerment, Patient") OR ("Patient Participation Rates") OR ("Participation Rate, Patient") OR ("Participation Rates, Patient") OR ("Patient Participation Rate") OR ("Patient Activation") OR ("Activation, Patient") OR ("Patient Engagement") OR ("Engagement, Patient") OR ("patient education as topic"[MeSH Terms]) OR ("patient education as topic"[Title/Abstract]) OR ("patient education as topic") OR ("Education, Patient") OR ("Patient Education") OR ("Education of Patients"))) Filters: Adult: 19+ years	267
((("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End-Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End-Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End-Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal	632

Insufficiencias, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic")) AND (("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[Title/Abstract]) OR ("Nursing") OR ("Nursings")) AND (("empowerment"[MeSH Terms]) OR ("empowerment"[Title/Abstract]) OR ("empowerment") OR ("patient participation"[MeSH Terms]) OR ("patient participation"[Title/Abstract]) OR ("patient participation") OR ("Participation, Patient") OR ("Patient Involvement") OR ("Involvement, Patient") OR ("Patient Empowerment") OR ("Empowerment, Patient") OR ("Patient Participation Rates") OR ("Participation Rate, Patient") OR ("Participation Rates, Patient") OR ("Patient Participation Rate") OR ("Patient Activation") OR ("Activation, Patient") OR ("Patient Engagement") OR ("Engagement, Patient") OR ("patient education as topic"[MeSH Terms]) OR ("patient education as topic"[Title/Abstract]) OR ("patient education as topic") OR ("Education, Patient") OR ("Patient Education") OR ("Education of Patients"))	
((("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End-Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End-Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End-Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal Insufficiencies, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic")) AND (("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[Title/Abstract]) OR ("Nursing") OR ("Nursings")) AND (("empowerment"[MeSH Terms]) OR ("empowerment"[Title/Abstract]) OR ("empowerment") OR ("patient participation"[MeSH Terms]) OR ("patient participation"[Title/Abstract]) OR ("patient participation") OR ("Participation, Patient") OR ("Patient Involvement") OR ("Involvement, Patient") OR ("Patient Empowerment") OR ("Empowerment, Patient") OR ("Patient Participation Rates") OR ("Participation Rate, Patient") OR	148

("Participation Rates, Patient") OR ("Patient Participation Rate") OR ("Patient Activation") OR ("Activation, Patient") OR ("Patient Engagement") OR ("Engagement, Patient"))	
(("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End- Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End- Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End- Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal Insufficiencies, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic")) AND (("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[Title/Abstract]) OR ("Nursing") OR ("Nursings")) AND (("empowerment"[MeSH Terms]) OR ("empowerment"[Title/Abstract]) OR ("empowerment"))	40
(("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End- Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End- Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End- Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal Insufficiencies, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic")) AND (("Nursing"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[Title/Abstract]) OR ("Nursing") OR ("Nursings"))	5 643

((("kidney failure, chronic"[MeSH Terms]) OR ("kidney failure, chronic"[Title/Abstract]) OR ("kidney failure, chronic") OR ("End-Stage Kidney Disease") OR ("Disease, End-Stage Kidney") OR ("End Stage Kidney Disease") OR ("Kidney Disease, End-Stage") OR ("Chronic Kidney Failure") OR ("End-Stage Renal Disease") OR ("Disease, End-Stage Renal") OR ("End Stage Renal Disease") OR ("Renal Disease, End-Stage") OR ("Renal Disease, End Stage") OR ("Renal Failure, End-Stage") OR ("End-Stage Renal Failure") OR ("Renal Failure, End Stage") OR ("Renal Failure, Chronic") OR ("Chronic Renal Failure") OR ("ESRD") OR ("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]) OR ("renal insufficiency, chronic"[Title/Abstract]) OR ("renal insufficiency, chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiencies") OR ("Renal Insufficiencies, Chronic") OR ("Chronic Renal Insufficiency") OR ("Kidney Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Insufficiency") OR ("Chronic Kidney Diseases") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("Disease, Chronic Kidney") OR ("Diseases, Chronic Kidney") OR ("Kidney Disease, Chronic") OR ("Kidney Diseases, Chronic") OR ("Chronic Renal Diseases") OR ("Chronic Renal Disease") OR ("Disease, Chronic Renal") OR ("Diseases, Chronic Renal") OR ("Renal Disease, Chronic") OR ("Renal Diseases, Chronic"))	209 990
EBSCOhost (CINAHL <i>Complete</i> ; <i>Cochrane Plus Collection</i> ; <i>Nursing & Allied health Collection</i> ; MedicLatina)	
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease")) AND ((MH "Nursing Interventions") OR ("Nursing Interventions")) AND ((MH "Empowerment") OR ("Empowerment") OR (MH "Power") OR ("Power") OR (MH "Patient Preference") OR ("Patient Preference") OR (MH "Patient Autonomy") OR ("Patient Autonomy") OR (MH "Patient Education") OR ("Patient Education"))	CINAHL <i>Complete</i> – 36
	<i>Cochrane Plus Collection</i> – 3
	<i>Nursing & Allied health Collection</i> – 2
	MedicLatina – 1
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease")) AND ((MH "Nursing Interventions") OR ("Nursing Interventions")) AND ((MH "Empowerment") OR ("Empowerment") OR (MH "Power") OR ("Power") OR (MH "Patient Preference") OR ("Patient Preference") OR (MH "Patient Autonomy") OR ("Patient Autonomy"))	8
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease")) AND ((MH "Nursing Interventions") OR ("Nursing Interventions")) AND ((MH "Empowerment") OR ("Empowerment") OR (MH "Power") OR ("Power") OR (MH "Patient Preference") OR ("Patient Preference"))	6
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR	6

("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease")) AND ((MH "Nursing Interventions") OR ("Nursing Interventions")) AND ((MH "Empowerment") OR ("Empowerment") OR (MH "Power") OR ("Power"))	
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease")) AND ((MH "Nursing Interventions") OR ("Nursing Interventions"))	169
((MH "Kidney Failure, Chronic") OR ("Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("Chronic Kidney Disease") OR ("End-Stage Kidney Disease"))	66 037
SciELO	
("Chronic Kidney Disease" OR "Kidney Failure, Chronic" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "End Stage Kidney Disease" OR "End-Stage Kidney Disease" OR "Doença Renal Crónica" OR "Doença Renal Terminal" OR "Falência Renal Crónica" OR "Insuficiência Renal Crónica") AND (Nursing OR Enfermagem OR "Intervenções de Enfermagem" OR "Nursing Interventions") AND (Empowerment OR Empoderamento OR "Patient Participation" OR "Participação do Paciente")	5
("Chronic Kidney Disease" OR "Kidney Failure, Chronic" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "End Stage Kidney Disease" OR "End-Stage Kidney Disease" OR "Doença Renal Crónica" OR "Doença Renal Terminal" OR "Falência Renal Crónica" OR "Insuficiência Renal Crónica") AND (Nursing OR Enfermagem OR "Intervenções de Enfermagem" OR "Nursing Interventions") AND (Empowerment OR Empoderamento)	1
("Chronic Kidney Disease" OR "Kidney Failure, Chronic" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "End Stage Kidney Disease" OR "End-Stage Kidney Disease" OR "Doença Renal Crónica" OR "Doença Renal Terminal" OR "Falência Renal Crónica" OR "Insuficiência Renal Crónica") AND (Nursing OR Enfermagem OR "Intervenções de Enfermagem" OR "Nursing Interventions")	548
("Chronic Kidney Disease" OR "Kidney Failure, Chronic" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "End Stage Kidney Disease" OR "End-Stage Kidney Disease" OR "Doença Renal Crónica" OR "Doença Renal Terminal" OR "Falência Renal Crónica" OR "Insuficiência Renal Crónica")	3626
("Chronic Kidney Disease" OR "Kidney Failure, Chronic" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "End Stage Kidney Disease" OR "End-Stage Kidney Disease")	2557

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

RCAAP	
(Doença Renal Crónica) E (Enfermagem) E (Empo*)	7
(Doença Renal Crónica) E (Enfermagem)	189
(Doença Renal Crónica)	2684
DART-Europe	
<i>“Devido a um problema técnico, a pesquisa de palavras-chave no Portal de E-teses DART-Europe está atualmente desativada.”</i>	-

ANEXO IX: TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS

INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DADOS

Título da Revisão Scoping: Intervenções de Enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica: *Scoping Review*

Questão: “Quais as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5?”

Objetivo: mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para o empoderamento da pessoa com doença renal crónica, no estadio 4-5.

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Pessoas com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de DRC. Estudos que incluem pessoas com DRC em estadio 4 e/ou 5, ou com TFG <45ml/min ou com designação de fase pré-diálise.

Exclusão de estudos que incluem pessoas com DRC no estadio 1 a 2, TFG >45ml/min e exclusivamente em Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Transplante Renal e Tratamento Médico Conservador.

Conceito: Estudos direcionados para as intervenções de enfermagem que promovam o empoderamento da pessoa e/ou aos domínios que constituem o conceito de empoderamento (Bravo, et al. 2015) - Conhecimento, auto-eficácia, autodeterminação, autonomia, autocuidado, autogestão e tomada de decisão.

Contexto: Prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar ou regime ambulatorio. Excluí estudos desenvolvidos em contextos de cuidados de saúde primários.

E1
Autor (es) / Ano / Título
Tweed, A. E., & Ceaser, K. (2005). <i>Renal replacement therapy choices for pre-dialysis renal patients</i> .
País de origem
Inglaterra
Objetivo(s)
Identificar os temas centrais e procurar padrões e relações, no processo de tomada de decisão sobre o tratamento preferido.
Desenho do estudo
Estudo Qualitativo
Amostra / Metodologia
Amostra = 9 participantes, com Doença renal Crónica (DRC) em fase Pré-diálise, com necessidade de Tratamento de Substituição da Função Renal (TSFR) dentro de 2 a 18 meses. <u>Metodologia</u> : Entrevista <u>Indicador de resultado</u> : A tomada de decisão de tratamento, entre Hemodiálise e diálise peritoneal <u>Instrumento de avaliação</u> : Entrevista individual – Análise fenomenológica interpretativa – Opinião dos doentes sobre os temas centrais no processo de tomada de decisão
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
1 Dia de informação sobre as diferentes modalidades de tratamento dialítico, individual, com partilha de experiência e apoio de outros doentes com DRC, organizado pela equipa de enfermagem. <u>Conteúdo</u> : Informar sobre as diferentes TSFR; Promover comportamento interativo com outros doentes renais. <u>Complexidade</u> : Complexa – pretende informar e orientar para a tomada de decisão <u>Método</u> : Cara a cara – Modo: Individual <u>Dose</u> : Quantidade (sem informação) Frequência (1 sessão) Duração (em informação)
Conclusões
Temas centrais, partilhados pelo grupo: Manter a integridade (desejo de manter a normalidade funcional, manter-se autónomo e autossuficiente); Adaptação Forçada (restrições de tempo, alimentação, hídricas); Informação e apoio da equipa de enfermagem (papel crucial no processo de tomada de decisão); Identificação entre pares; Suporte social; Vivência da doença (crenças e experiências de outros doentes renais) 7 optaram por Diálise Peritoneal 2 optaram por Hemodiálise <u>CONCLUSÕES</u> A eficácia clínica dos tratamentos não parece ser uma prioridade no processo de tomada de decisão. A intervenção de educação pré-diálise, com possibilidade de observar e interagir com outros doentes renais, bem como a informação e apoio da equipa de enfermagem foram considerados influentes no processo de tomada de decisão.
Nível de Evidência
5.b

E2
Autor (es) / Ano / Título
Klang, B. et al. (1998). <i>Predialysis patient education: Effects on functioning and well-being in uraemic patients.</i>
País de origem
Suécia
Objetivo(s)
Avaliar os efeitos de um programa de educação pré-diálise.
Desenho do estudo
Estudo caso-controlo
Amostra / Metodologia
Amostra = 56 participantes, com DRC estadio 4-5. GE = 28 doentes na fase pré-diálise. Incluídos no programa de educação pré-diálise. GC = 28 doentes em tratamento dialítico. Receberam informação convencional durante as consultas de nefrologia, na fase pré-diálise. <u>Metodologia</u>: Colheita de dados – No GE, 3-9 meses após início do tratamento dialítico. <u>Indicador resultado</u>: Frequência dos sintomas; Perceção estado de saúde; Estado funcional e Ansiedade <u>Instrumento de avaliação</u>: Frequency of disease specific symptoms; Perceived health (Health Index - HI); The Sickness Impact Profile (SIP); State-Trait Anxiety Inventory (STAI).
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Programa de educação pré-diálise, realizado pela Enfermeira de nefrologia: • 4 sessões de grupo, com duração de 2h, com abordagem a 1 tema de cada sessão; • Em cada sessão, 5 a 7 doentes receberam convite para levar 1 familiar; • Temas abordados: Doença renal; Alimentação; TSFR; Exercício físico e Impacto da IRC na vida familiar, económica e social. <u>Conteúdo</u>: Ensinar / Educar sobre a doença; Orientar para outros profissionais de saúde (nutricionista, fisioterapeuta e assistente social); Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. <u>Complexidade</u>: Complexa – pretende educar e promover autocuidado <u>Método</u>: Cara a cara – Modo: Em grupo <u>Dose</u>: Quantidade (2 horas cada sessão) Frequência (4 sessões) Duração (em informação)
Conclusões
No GE obtiveram níveis de humor significativamente melhores, menos problemas de mobilidade (HI), menos incapacidades funcionais (SIP) e níveis mais baixos de ansiedade (STAI) em comparação com o GC. As diferenças prevalecem durante os primeiros 6 meses de tratamento dialítico, após os quais desaparecem. No GC, a idade mostrou correlação significativa com o estado funcional e emocional. CONCLUSÕES O programa de educação em grupo, na fase pré-diálise, permitiu melhorar o bem-estar funcional e emocional. Os doentes mais jovens parecem beneficiar do programa de educação e sugerem que seja iniciado na fase pré-diálise e continuado após o início de tratamento dialítico. O programa de educação parece facilitar o processo de transição da fase pré-diálise para a fase dialítica.
Nível de Evidência
3.d

E3
Autor (es) / Ano / Título
Goovaerts, T., Jadoul, M., & Goffin, E. (2005). <i>Influence of a Pre-Dialysis Education Programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy.</i>
País de origem
Bélgica
Objetivo(s)
Avaliar a influência do Programa de Educação Pré-Diálise (PDEP) na escolha dos TSFR.
Desenho do estudo
Estudo observacional retrospectivo
Amostra / Metodologia
Amostra = 185 participantes com DRC em TSFR. As 185 pessoas em TSFR integraram o PDEP, no estadio 4 da DRC. <u>Metodologia:</u> Estatística descritiva <u>Indicador de resultado:</u> Opção entre as modalidades de diálise peritoneal, hemodiálise domiciliária ou autodiálise.
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Programa de Educação Pré-Diálise (PDEP), realizado pela Enfermeira de nefrologia: • Objetivo do programa: diminuir a ansiedade e a promover o autocuidado nas modalidades de TSFR. • Sessão de informação individualizada ao doente e família; • Visualizam 3 vídeos (1 sobre HD e as suas modalidades, 1 sobre DPCA e 1 sobre DPA); • Após a sessão de vídeo, recebem um folheto com os pontos principais; • Possibilidade de contactar com outros doentes em tratamento dialítico; • Visitam a unidade de HD no centro e a unidade de HD satélite de autocuidado; • Agendado um contacto com o assistente social e/ou nutricionista. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre a doença e opções de tratamento; Promover comportamento interativo e partilha de experiências entre pares; Providenciar material educativo de suporte <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar e promover partilha de experiências <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual – Uso de tecnologia (vídeo) e Folheto informativo <u>Dose:</u> Quantidade (60 minutos) Frequência (1 sessões) Duração (em informação)
Conclusões
8 doentes (4%) receberam transplante renal pre-emptivo; 75 doentes (40%) optaram por HD no centro; 102 doentes optaram por uma modalidade de autocuidado (31% optaram pela DP; 16% optaram por HD de autocuidado na nossa unidade satélite; 9% optaram por HD domiciliária). O tempo médio decorrido entre o encaminhamento para o PDEP e a primeira sessão de diálise foi de 25,5 (intervalo 0-186) semanas. <u>CONCLUSÕES:</u> Um programa de educação na fase pré-diálise, estadio 4 da DRC, adequado e objetivo, na fase estável da doença, permite-lhe atrasar o início precoce do tratamento dialítico, aumentar a opção pelas modalidades de autocuidado, maior permanência na técnica escolhida e diminuição do tempo de hospitalização no início do tratamento.
Nível de Evidência
3.e

E4
Autor (es) / Ano / Título
Huaman-Carhuas, L., & Gutiérrez-Crespo, H. F. (2021). Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.
País de origem
Perú
Objetivo(s)
Avaliar o impacto da intervenção de enfermagem no autocuidado da pessoa com doença renal crónica avançada, num hospital público.
Desenho do estudo
Estudo quase-experimental, longitudinal e prospetivo
Amostra / Metodologia
Amostra = 60 participantes com DRC em estadio 3b-5. <u>Metodologia</u> : Aplicação de 3 questionários, antes e após a intervenção <u>Indicador de resultado</u> : Conhecimento; autocuidado; adesão ao regime terapêutico <u>Instrumento de avaliação</u> : Questionários de conhecimento sobre autocuidado e DRC; Nível de autocuidado (construídos para o estudo) e Adesão ao regime medicamentoso (Cuestionario de adherencia Morisky-green-Levine)
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
A intervenção realizada pela Enfermeira de nefrologia na consulta de doença renal avançada – Sessão educativa e aconselhamento sobre a DRC, controlo e prevenção de complicações e opções de tratamento. No que diz respeito à prática de autocuidados, foram recolhidos dados sobre atividade física, hábitos alimentares, hábitos nocivos, controlo de peso e pressão arterial. <u>Conteúdo</u> : Ensinar / Educar e Informar sobre a DRC e TSFR; Avaliar o conhecimento sobre a doença e autocuidado <u>Complexidade</u> : Complexa – pretende educar e orientar <u>Método</u> : Cara a cara – Modo: Individual <u>Dose</u> : Quantidade (sem informação) Frequência (3 sessões) Duração (em informação)
Conclusões
Após a intervenção: - Os conhecimentos sobre os autocuidados aumentaram para 71,7%; - O nível de autocuidado aumentou para 72%; - A adesão ao tratamento farmacológico aumentou de 5% para 65%. CONCLUSÕES Com base nos resultados, podemos afirmar que a intervenção de enfermagem baseada em ação educativa e de aconselhamento, realizadas na consulta de DRC avançada, tem um impacto positivo no autocuidado dos doentes, melhorando o conhecimento da doença e a adesão ao tratamento farmacológico.
Nível de Evidência
2.c

E5
Autor (es) / Ano / Título
Gutiérrez Vilaplana, J. M., Zampieron, A., Craver, L., & Buja, A. (2009). <i>Evaluation of psychological outcomes following the intervention «teaching group»: Study on predialysis patients.</i>
País de origem
Espanha
Objetivo(s)
Avaliar os efeitos da intervenção “Educação em grupo” (NIC 5604) no <i>coping</i> , controlo do medo, ansiedade dos doentes e a associação entre variáveis demográficas e clínicas com os resultados.
Desenho do estudo
Estudo observacional, sem grupo de controlo.
Amostra / Metodologia
Amostra = 41 participantes, com DRC estadio 4-5. <u>Metodologia</u> : Coping, Controlo do Medo e Ansiedade foram avaliados: antes da 1ª sessão educativa e 3 meses após a última sessão educativa. <u>Indicador de resultado</u> : Coping; Medo e Ansiedade; Estado funcional; Autocuidado <u>Instrumento de avaliação</u> : Karnofsky Performance Scale Index; Barthel index; Intervenções da NOC: Coping (NOC 1302) e Medo, Autocontrolo (NOC 1404) e Ansiedade (State-Trait Anxiety Inventory (STAI))
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Intervenção de “Educação em Grupo”, realizado pela Enfermeira especialista em sala de aula, consiste em: • 6 Sessões mensais de 2 horas cada; • Temas abordados: Doença renal; Alimentação; Modalidades de tratamento; Exercício físico; Impacto da IRC na vida familiar, económica e social. • Entregue folheto informativo com resumo dos conteúdos. <u>Conteúdo</u> : Ensinar / Educar sobre a doença; Incentivar comportamento procura de saúde. <u>Complexidade</u> : Complexa – pretende educar e promover autocuidado <u>Método</u> : Cara a cara – Modo: Grupo – uso de folheto informativo <u>Dose</u> : Quantidade (2 horas) Frequência (6 sessões – 1 por mês) Duração (6 meses)
Conclusões
Diminuição nos níveis de stress e um maior controlo da resposta ao medo. Após a intervenção de educação em grupo, os doentes estavam menos ansiosos e referiram uma diminuição dos níveis de stress e maior autocontrolo do medo. Aumentou proatividade na procura de informação. CONCLUSÕES A intervenção foi eficaz sobre o coping, o autocontrolo do medo e o estado de ansiedade em doentes em pré-diálise, em todos os tipos de doentes em pré-diálise. A melhoria dos resultados psicológicos parece não estar correlacionados com variáveis demográficas e clínicas.
Nível de Evidência
3.e

E6
Autor (es) / Ano / Título
Enworom, C. D., & Tabi, M. (2015). <i>Evaluation of kidney disease education on clinical outcomes and knowledge of self-management behaviors of patients with chronic kidney disease.</i>
País de origem
Georgia, EUA
Objetivo(s)
Apresentar os benefícios do programa <i>Kidney Disease Education</i> (KDE), no conhecimento dos comportamentos de autogestão da pessoa com DRC.
Desenho do estudo
Estudo transversal descritivo.
Amostra / Metodologia
Amostra = 49 participantes, com DRC em estadio 4. GE = 25 no programa KDE GC = 24 sem programa KDE <u>Metodologia:</u> Recolha de dados após intervenção <u>Indicador de resultado:</u> Conhecimento adequado sobre a doença e Perceção de autoeficácia na autogestão da DRC <u>Instrumento de avaliação:</u> Kidney Disease Knowledge Survey (KiKS), adaptado do instrument de Wright et al. 2011, com questões direcionadas para medir a perceção dos participantes sobre o apoio da família e prestadores de cuidados na gestão da DRC.
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Programa “<i>Kidney Disease Education</i>”(KDE): • 6 aulas educativas; individual ou em grupo, com base na preferência dos profissionais de saúde (Enfermeiro Generalista ou Enfermeiro Especialista); • Temas abordados: Doença Renal Crónica (função e etiologia, sintomas e complicações); Cuidados para a prevenção da progressão da doença; Modalidades de tratamento; Impacto psicológico; Seleção do acesso vascular (fístula arteriovenosa como opção preferencial) e Planeamento de cuidados avançados. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre a doença; Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC; Avaliar o conhecimento sobre a doença. <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar e instruir e avaliar <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual e em Grupo <u>Dose:</u> Quantidade (sem informação) Frequência (6 sessões) Duração (sem informação)
Conclusões
O programa KDE melhorou os conhecimentos sobre estadios da DRC, valores de tensão arterial e medicamentos protetores da função renal. Contribuiu para a consciencialização dos doentes para o baixo nível de conhecimentos sobre os sintomas de agravamento da DRC. A intervenção de educação sobre a DRC, e ajudar a pessoa a compreender os benefícios inerentes à adesão terapêutica recomendada, são componentes essenciais para melhoramento a autogestão da doença.
Nível de Evidência
4.b

E7
Autor (es) / Ano / Título
Chiou, C.-P., & Chung, Y.-C. (2012). <i>Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease.</i>
País de origem
Taiwan
Objetivo(s)
Testar a eficácia de um DVD multimédia interativo, como ferramenta de educação da pessoa com doença renal crónica terminal, nos conhecimentos e capacidades da pessoa no processo de tomada de decisões e na diminuição da incerteza.
Desenho do estudo
Estudo quase-experimental, com grupo de controlo.
Amostra / Metodologia
Amostra = 60 participantes, com DRC em estadio 5, sem início de TSFR. GE = 30 – Assistiram ao DVD de multimédia interativo de educação. GC = 30 – Disponibilizaram um folheto informativo sobre DRC. <u>Metodologia:</u> Colheita de dados (GE + GC): Avaliação dos conhecimentos sobre DRC antes da intervenção. Conhecimento e nível de Incerteza imediatamente após a intervenção, ao fim de 4 e 8 semanas. Escala de arrependimento da decisão terapêutica após 4 meses. <u>Indicador de resultado:</u> Conhecimento; Tomada de decisão informada; Redução incerteza <u>Instrumento de avaliação:</u> Scale of knowledge; Scale of uncertainty; Decision Regret Scale
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Intervenção no Grupo Experimental, realizado pelo Enfermeiro, consiste em: - Assistirem ao DVD de multimédia interativo de educação, em grupo; - Contatos telefónicos de acompanhamento (3 com intervalo de 2 semanas) - esclarecer o processo de aprendizagem e abordar questões que preocupavam os doentes. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre a DRC; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Providenciar material educativo de suporte; Apoiar a tomada de decisão informada; Acompanhar processo de aprendizagem <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar e orientar <u>Método:</u> Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual/Grupo – Uso de tecnologia <u>Dose:</u> Quantidade (sem informação) Frequência (1 sessão presencial + 3 contactos telefónicos) Duração (8 semanas)
Conclusões
A intervenção parece ajudar os doentes com DRC a tomar decisões e a reduzir o arrependimento da decisão terapêutica. O GE revelou melhor nível de conhecimento, mais duradouro e menor incerteza, comparativamente ao grupo de controlo. Principais razões para os resultados foram: Relacionadas com DVD multimédia (conteúdo adaptado às necessidades da pessoa; fácil interpretação e compreensão e possibilidade de repetir segmentos do vídeo); Aumento da motivação e interesse pela aprendizagem por multimédia e Contato telefónico para esclarecimento de dúvidas.
Nível de Evidência
2.c

E8
Autor (es) / Ano / Título
Chen, S.-H. et al. (2011). <i>The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease – A prospective randomized controlled trial.</i>
País de origem
Taiwan
Objetivo(s)
Avaliar o impacto da intervenção de apoio à autogestão nos resultados em pessoas com DRC em fase avançada.
Desenho do estudo
Estudo randomizado controlado
Amostra / Metodologia
Amostra = 54 participantes, com DRC em estadio 3-5. GE = 27 – Intervenção de apoio à autogestão – <i>Self-management Support</i> (SMS). GC = 27 – Cuidados habituais pelo médico <u>Metodologia:</u> Avaliação de: função renal (mensal); progressão da DRC (6 e 12 meses); hospitalizações (durante 1 ano); conhecimento (antes e ao fim de 1 ano). <u>Indicador de resultado:</u> Conhecimento; Progressão e Morbilidade da DRC. <u>Instrumento de avaliação:</u> Conhecimento sobre DRC (CKD knowledge checklist – 15 itens – kidney function, diet, treatment and medication); Avaliação dados fisiológicos (função renal) e Avaliação Status de saúde (n.º de hospitalizações).
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Intervenção de apoio à autogestão (Enfermeiro Especialista em nefrologia): • Plano de Educação com objetivo de informar, incentivar aprendizagem; encorajar o autocuidado e manutenção do regime terapêutico; • Temas abordados: estadio 3 (saúde renal, fatores de risco, sinais e sintomas de uremia e complicações); estadio 4 (gestão de complicações; opções de tratamento e avaliação para acesso de diálise); Estadio 5 (monitorização sintomas; cuidados com acesso de diálise e complicações associadas à diálise). • Reunião mensal, presencial e individual e interativas, sobre a autogestão da DRC; • Contacto telefónico, 1 por semana, para melhorar a autogestão; • Grupo de apoio, 2 por mês, 5 a 10 participantes em cada reunião. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre; Instruir para autogestão da DRC e regime terapêutico <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar, instruir e monitorizar <u>Método:</u> Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual/Grupo – Uso de folheto <u>Dose:</u> Quantidade (sem informação) Frequência (1 sessão presencial + 1 contacto telefónico semanal + 2 reuniões em grupo, mensal) Duração (12 meses)
Conclusões
O GE da intervenção de apoio à autogestão: Melhorou significativamente o conhecimento sobre a DRC em comparação com o GC; Sugere abrandamento na progressão da DRC; Menor número de hospitalizações. <u>CONCLUSÕES:</u> A intervenção de apoio à autogestão parece desempenhar um papel significativo na redução da progressão e morbilidade da DRC em fase avançada, melhorar a relação entre os doentes e os profissionais de saúde; melhorar a adesão do doente ao tratamento. As múltiplas facetas da intervenção de apoio à autogestão melhoram claramente a capacidade do doente no cumprimento do regime terapêutico.
Nível de Evidência
1.c

E9
Autor (es) / Ano / Título
Brown, L., Gardner, G., & Bonner, A. (2019). <i>A randomized controlled trial testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney disease.</i>
País de origem
Austrália
Objetivo(s)
Avaliar a eficácia da intervenção de suporte à decisão (OPTIONS) para pessoas idosas com doença renal avançada na escolha do tratamento.
Desenho do estudo
Estudo pseudo-randomizado controlado.
Amostra / Metodologia
Amostra = 37 participantes, idade > 70anos, com DRC em estadio 4-5. GE = 16 – Receberam intervenção OPTIONS GC = 21 – Receberam tratamento habitual, não padronizado <u>Metodologia:</u> Recolha de dados ao fim de 1 e 3 meses, após a intervenção. <u>Indicador de resultado:</u> Conflito e arrependimento da decisão; Conhecimento e Qualidade de vida <u>Instrumento de avaliação:</u> Decision Regret Scale; Decision Conflict Scale (DCS); HRQoL (SF-36 v2® Health Survey)
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Intervenção OPTIONS inclui a receção no domicílio de: • Livro de exercícios que inclui instruções de utilização da intervenção de suporte a decisão, em conformidade com <i>International Patient Decision Aids Standards</i> (IDPAS); • Gravação de áudio; • Ficha de Trabalho a ser preenchida após leitura do livro e audição da gravação. Inclui exercício que ajuda a clarificar e a resumir os valores pessoais, a ser discutidos nas consultas de acompanhamento. Na consulta de acompanhamento, o Enfermeiro especialista avalia a compreensão sobre as opções de tratamento, ajuda a clarificar valores e promove o papel ativo e autónomo no processo de tomada de decisão. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre DRC; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Instruir sobre a ferramenta de suporte à toma de decisão; Encorajar expressão de crenças e valores; Apoiar a tomada de decisão autónoma. <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar, avaliar e monitorizar <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual – Uso de material educativo (papel e digital) <u>Dose:</u> Quantidade (45 min) Frequência (2 sessões – 1 no 1º e 3º mês) Duração (3 meses)
Conclusões
Escala de Conflito de Decisão: a subescala de “Incerteza” foi significativamente maior no GE. Aos 3 meses, o índice de conflito de decisão total foi significativamente mais baixo no GE. Escala de arrependimento da decisão: O índice não se alterou ao longo do tempo no GE. O GE apresentou mais conhecimento. <u>CONCLUSÕES:</u> A intervenção OPTIONS melhorou significativamente o conhecimento sobre os benefícios e riscos do tratamento dialítico e não dialítico. A longo prazo pode apoiar a autonomia e reduzir a incerteza na decisão. Não teve efeito na qualidade de vida.
Nível de Evidência
1.d

E10
Autor (es) / Ano / Título
Fishbane, S. et al. (2017). <i>Augmented Nurse Care Management in CKD Stages 4 to 5: A Randomized Trial.</i>
País de origem
New York, EUA
Objetivo(s)
Descrever os efeitos do programa de intervenção <i>Healthy Transitions</i> em comparação com os cuidados habituais na DRC em fase avançada.
Desenho do estudo
Estudo randomizado controlado.
Amostra / Metodologia
Amostra = 126 participantes com DRC em estadio 4-5. GE = 61 (Programa <i>Healthy Transitions</i>) GC = 65 (Cuidados habituais) <u>Metodologia</u>: Colheita de dados durante os 18 meses do estudo <u>Indicador de resultado</u>: Taxa de hospitalizações; Percentagem de início de diálise domiciliária (DP e HD) e Tipo de acesso vascular no primeiro dia de tratamento de HD <u>Instrumento de avaliação</u>: Dados clínicos informáticos
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Programa <i>Healthy Transitions in Late Stage Kidney Disease</i> – Enfermeiros gestores de cuidados. Objetivos: diminuir hospitalizações; otimizar a educação contínua sobre a DRC e preparação para o início de TSFR. 1º Intervenção – Enf. Gestor faz visita ao domicílio. Objetivo: criar relação de colaboração e promover sentimento de confiança. Contempla: • Reunião com doente e família/cuidador; • Educação sobre a DRC e opções de tratamento; • Educação dietética (leitura de rótulos - literacia em saúde) • Reconciliação terapêutica; • Apoio para autogestão; • Avaliação das condições de segurança (fatores de risco de queda); • Fornecem balança para controlo de peso, com interface ao sistema informático (controlo a distância); • Recurso a Entrevista motivacional para melhorar a compreensão e comunicação. 2º Intervenção – 1 contato telefónico mensalmente. Alterações significativas do peso corporal (alertas gerados pelo sistema informático), aparecimento de sintomas e questões sobre opções de tratamento podem motivar contactos telefónicos mais frequentes pelos enfermeiros gestores. <u>Conteúdo</u>: Ensinar / Educar sobre DRC, Alimentação; Regime medicamentoso; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Avaliar risco de queda; Providenciar material de apoio a autogestão; Entrevista Motivacional <u>Complexidade</u>: Complexa – pretende educar, avaliar e monitorizar <u>Método</u>: Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual <u>Dose</u>: Quantidade (sem informação) Frequência (2 sessões no mínimo, máximo variável) Duração (Sem informação - variável)

Conclusões
Grupo de intervenção • Em média 2 intervenções por mês (entre a visita domiciliária e o contato telefónico); • Menor número de hospitalização; • 37% dos participantes tiveram como tratamento inicial a diálise peritoneal e o transplante preemptivo; • 58% dos participantes iniciaram HD sem hospitalização e 53% por fistula arteriovenosa e 37% por cateter venoso vascular. Grupo de Controlo: • Maior número de hospitalização; • 10% tiveram como tratamento inicial a diálise peritoneal e o transplante preemptivo; • 23% dos participantes iniciaram HD sem hospitalização e 27% por fistula arteriovenosa e 69% por cateter venoso vascular. Sem diferença significativa entre os grupos, quanto a evolução temporal da DRC. Em média, ao fim de 2 anos de acompanhamento iniciaram algum tipo de TSFR. CONCLUSÕES A intervenção de gestão dos cuidados de enfermagem resultou numa redução dos internamentos na DRC em fase terminal e houve sugestões de melhoria da preparação para a doença renal em fase terminal. A intervenção do programa <i>Healthy Transitions</i> conduziu a uma melhoria na taxa de início de HD no centro de diálise ambulatorio, sem necessidade de hospitalização e com construção precoce de acesso vascular funcionante.
Nível de Evidência
1.c

E11
Autor (es) / Ano / Título
Ho, Y.-F. et al. (2020). <i>The effects of shared decision making on different renal replacement therapy decisions in patients with chronic kidney disease.</i>
País de origem
Taiwan
Objetivo(s)
Explorar a eficácia de um programa de <i>Shared Decision Making</i> (SDM) relativamente aos diferentes tratamentos de substituição da função renal, na pessoa com doença renal crónica.
Desenho do estudo
Estudo quase-experimental, com grupo de controlo.
Amostra / Metodologia
Amostra = 67 participantes com DRC com TFG <30ml/min (estadio 4-5) GE = 31 – Receberam o programa SDM GC = 36 – Receberam cuidados padrão de pré-Diálise (folheto informativo sobre as diferentes TSFR, as vantagens e desvantagens de cada opção de tratamento) <u>Metodologia:</u> Colheita de dados após a intervenção e 1 mês após a conclusão da intervenção. <u>Indicador de resultado:</u> Conhecimento; Autoeficácia da decisão e Conflito da decisão <u>Instrumento de avaliação:</u> Decision Conflict Scale (DCS) (O'Connor 2010); Decision Self-Efficacy Scale (DSES) (O'Connor 1995)
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
O programa de <i>Shared Decision Making</i> (SDM) consiste 4 elementos fundamentais: 1. Os prestadores de cuidados de saúde e o doente devem estar ambos envolvidos; 2. Ambas as partes devem partilhar informação; 3. Ambas as partes devem tomar medidas para chegar a um consenso sobre as opções de tratamento preferidas; 4. Deve ser alcançado um acordo sobre o tratamento a implementar. 3 Etapas no processo: 1. Troca de informações; 2. A deliberação sobre as diferentes opções de tratamento; 3. Obtenção de acordo sobre a decisão final. Programa consiste em 3 consultas presenciais (intervalo de 1 mês): 1ª Cons. – Estabelecer parceria de confiança mútua, tornando a pessoa consciente da sua condição de doença; encorajar a aceitação dos TSFR e motivar a participação ativa na tomada de decisão; 2ª Cons. – Fornecer e explicar a ferramenta de apoio a tomada de decisão. Um papel informativo sobre os sintomas de agravamento da doença renal, opções de tratamento, vantagens, desvantagens e riscos associados às diferentes TSFR. Validação de conhecimento relacionado com a doença renal. 3ª Cons. – Deliberação sobre as diferentes TSFR até alcançar o acordo sobre a decisão final, de acordo com os valores e preferências do doente. O gestor de casos de doença renal realiza 3 entrevistas telefónicas, respetivamente, 1 semana e 3 semanas após a primeira consulta, e 2 semanas após a segunda consulta.

Conteúdo: Ensinar / Educar e Avaliar os conhecimentos sobre DRC; Promover aceitação da doença; Instruir sobre a ferramenta de suporte à toma de decisão; Apoiar a tomada de decisão partilhada. Complexidade: Complexa – pretende educar, orientar, instruir e avaliar Método: Cara a cara e à distância (telefone) – Modo: Individual – Uso de material didático Dose: Quantidade (sem informação) Frequência (6 sessões: 3 presenciais, 1 por mês; 3 Contacto telefónico, intervaladas com as presenciais) Duração (3 meses)
Conclusões Grupo Experimental: • Aumento significativo da autoeficácia na tomada de decisão; • Diminuição significativa no conflito de decisão, 1 mês após receber a intervenção de SDM. CONCLUSÕES: O programa SDM pode ser uma intervenção eficaz que permite ajudar a pessoa a navegar no processo complexo de tomada de decisão, sobre os TSFR. As intervenções melhoraram significativamente a autoeficácia na tomada de decisão da pessoa com DRC e reduziu significativamente o conflito de decisão relativamente às diferentes TSFR.
Nível de Evidência
2.c

E12
Autor (es) / Ano / Título
Gutiérrez Vilaplana, J. M. et al. (2007). Evaluación de la intervención enseñanza: Grupo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada.
País de origem
Espanha
Objetivo(s)
Avaliar a intervenção de “ensino em grupo”, na consulta de doença renal crónica avançada.
Desenho do estudo
Estudo quase-experimental, pre-test – pos-test.
Amostra / Metodologia
Amostra = 24 participantes, que frequentam a consulta de doença renal avançada. A consulta integra pessoas com DRC nos estadio 4-5. <u>Metodologia:</u> Avaliação dos resultados de enfermagem antes e após a intervenção <u>Resultados de Enfermagem:</u> Resolução do problema; tomada de decisão; controlo do medo; conhecimento sobre a doença, alimentação e opções de tratamento. <u>Indicadores de resultado:</u> Refere diminuição de stress; busca informação sobre a doença e tratamento; modifica estilo de vida; refere diminuição de sentimentos negativos; compara alternativas; escolhe entre as alternativas; procura informação para reduzir o medo; controla a resposta ao medo; descreve o processo de doença, os efeitos esperados e procedimentos; descreve os alimentos recomendados, os a evitar e estratégias de adaptar os alimentos. <u>Instrumentos de avaliação:</u> não referem escalas específicas.
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Intervenção “Ensino em grupo”: • 4 grupos do tipo psicoeducativo e de apoio, com 6-7 doentes mais 1 acompanhante por doente; • 8 sessões de 2 horas cada, durante 6 meses; • Temas abordados: doença renal, tratamentos de substituição da função renal (vantagens/desvantagens e riscos), alimentação, aspetos legais e sociais. • Utilização de PowerPoint, folhetos didáticos, colóquios entre os participantes; • Participação de voluntários em tratamento de substituição da função renal. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre DRC; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais; Apoiar a tomada de decisão; Incentivar comportamento procura de saúde. <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar e capacitar <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Em Grupo – Uso de material didático e recursos a PowerPoint <u>Dose:</u> Quantidade (2 horas) Frequência (8 Sessões) Duração (6 meses)
Conclusões
A intervenção de ensino em grupo melhorou significativamente todos os resultados da pessoa com DRC, que foram: resolução do problema, tomada de decisão, controlo do medo, conhecimento sobre a alimentação, conhecimento sobre a doença renal crónica e conhecimento sobre o regime terapêutico.
Nível de Evidência
2.d

E13
Autor (es) / Ano / Título
Montoya, V., Sole, M. L., & Norris, A. E. (2016). <i>Improving the Care of Patients with Chronic Kidney Disease Using Group Visits: A Pilot Study to Reflect an Emphasis on the Patients Rather Than the Disease.</i>
País de origem
Flórida, EUA
Objetivo(s)
Avaliar a eficácia de um modelo de visita de grupo (VG), aplicado por um enfermeiro versus os cuidados habituais, para a pessoa com DRC no estadio 4.
Desenho do estudo
Estudo randomizado controlado
Amostra / Metodologia
Amostra = 30 participantes, com DRC em estadio 4. Visita de Grupo (GV) = 16 Cuidados Habituais/Padrão = 14 <u>Metodologia:</u> Colheita de dados antes da intervenção, ao fim dos 6 e 9 meses (2 grupos) <u>Indicadores de resultado:</u> Conhecimento; Autoeficácia; Autogestão <u>Instrumentos de avaliação:</u> Conhecimento sobre a DRC (<i>CKD Stage 4 Knowledge Instrument</i>); Escala de autoeficácia e autogestão (<i>Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease</i>)
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
A VG consistiu em sessões educativas: • 6 sessões mensais, com duração de 1,5 a 2 horas cada; • 8 participantes em cada grupo + 1 acompanhante; • 2 Sessões de grupo ocorrem no mesmo dia da consulta medica (1ª e 4ª); • 4 Sessões foram exclusivas para as visita de grupo (2ª, 3ª, 5ª, 6ª); • Cada Sessão aborda um tema: 1. DRC I/Básicos (o que significa, o que se pode esperar, como evitar ou retardar as lesões renais); 2. DRC II/Gestão de complicações associadas à DRC, alterações analíticas, revisão das noções básicas; 3. Fase 4 da DRC – Dieta (necessidades nutricionais e restrições alimentares, leitura de rótulos); 4. Adesão à medicação (ação e importância dos medicamentos comuns utilizados na fase 4, sugestões para melhorar a adesão); 5. Organizar os assuntos (diretivas antecipadas, seguros e custos relacionadas com a progressão da doença, questões psicossociais); 6. Opções de tratamento (tipos de diálise, acesso para a diálise; transplante renal e tratamento médico conservador). • Cada sessão foi composta por apresentação em PowerPoint (30 a 45 minutos) e discussão em grupo. • Fornecimento de bloco de notas para apontamento. Cuidados Habituais: Consulta com nefrologista de 3 em 3 meses e, habitualmente encaminhado para 1-2 sessões de educação sobre DRC, fornecido por um enfermeiro de diálise.

Conteúdo: Ensinar / Educar sobre DRC; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC; Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. Complexidade: Complexa – pretende educar e capacitar Método: Cara a cara – Modo: Em Grupo – Uso de material didático e recursos a PowerPoint Dose: Quantidade (1h30min a 2 horas) Frequência (6 Sessões) Duração (9 meses)
Conclusões O grupo de intervenção revelou uma tendência crescente nas pontuações médias das subescalas de autogestão da doença (autocuidado, comunicação, parceria nos cuidados) e nos índices de autoeficácia, desde a linha de base até aos 9 meses. No entanto, o índice de autoeficácia apresentou um declínio após a conclusão da VG. O grupo de cuidados habituais não revelou melhoria nos índices. Verificou-se uma tendência decrescente do índice de autocuidados ao longo dos 9 meses. O conhecimento sobre a DRC melhorou nos 2 grupos. CONCLUSÕES Os resultados refletem a importância do envolvimento continuado da pessoa com DRC nos cuidados, através de uma abordagem em grupo, durante o curso da doença.
Nível de Evidência
1.c

E14
Autor (es) / Ano / Título
Aguilera, A. et al. (2012). <i>A little-used strategy in caring for patients with chronic kidney disease: Multidisciplinary education of patients and their relatives.</i>
País de origem
Espanha
Objetivo(s)
Avaliar se a educação em grupo, partilhada por uma equipa multidisciplinar, aumenta os conhecimentos da pessoa com DRC e sua família, sobre a doença, tratamentos e cuidados farmacológicos, higiénicos e mentais.
Desenho do estudo
Estudo observacional descritivo
Amostra / Metodologia
Amostra = 19 participantes, com DRC em estadio 4-5. <u>Metodologia:</u> Recolha de dados antes e após a intervenção <u>Indicadores de resultado:</u> Conhecimento; Ansiedade <u>Instrumentos de avaliação:</u> Questionário de avaliação de conhecimento sobre a DRC; Nível de ansiedade (<i>Iventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI</i>)
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Educação em grupo, denominada por “Escuela ERCA” e consiste em: • 7 aulas, com frequência quinzenal, com duração de 1h30 • Cada aula aborda 3 temas sobre a doença renal; • Cada tema é dividido em 20min de teoria e 10 minutos de debate; • Grupo de 10 participantes, com a possibilidade de ser acompanhado por 1 familiar (objetivo de melhorar a educação da pessoa e familiar/cuidador); • Temas abordados: O rim e a sua função; modalidades de tratamento; hábitos alimentares; regime medicamentoso (vacinação, eritropoetina); exercício físico; aspetos psicológicos e partilha de experiência pessoal dos participantes; • Interação com doentes que atuam como mentores, explicando a sua própria experiência; • Exposição com recurso a PowerPoint e colóquios entre os participantes. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre DRC; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Apoiar a tomada de decisão consciente e autónoma; Instruir sobre gestão do regime terapêutico (medicamentoso, hábitos alimentares); Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar e capacitar <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Em Grupo – Uso de PowerPoint <u>Dose:</u> Quantidade (1h30 minutos) Frequência (7 Sessões) Duração (4 meses)
Conclusões
Os participantes apresentaram aumento de conhecimento sobre a DRC avançada e tratamentos de substituição, e um ligeiro aumento do nível de ansiedade. Demonstraram uma elevada satisfação com a intervenção. O ligeiro aumento da ansiedade pode ser interpretado como útil, no sentido em que lhes permite mobilizar-se para alterar os padrões alimentares, tomar decisões e, provavelmente, aumentar a adesão ao tratamento.
Nível de Evidência
4.b

E15
Autor (es) / Ano / Título
Jacobson Vann, J. C. et al. (2015). <i>Nursing Intervention Aimed at Improving Self-Management for Persons with Chronic Kidney Disease in North Carolina Medicaid: A Pilot Project.</i>
País de origem
Carolina do Norte, EUA
Objetivo(s)
Fornecer uma visão geral de um projeto-piloto concebido para melhorar o nível de conhecimento e a autogestão, da pessoa com doença renal crónica, no estadio 3b-4.
Desenho do estudo
Estudo quase-experimental, pre-test – pos-test.
Amostra / Metodologia
Amostra = 9 participantes, com DRC nos estadios 3b-4. <u>Metodologia:</u> Recolha de dados antes e após a intervenção. <u>Indicadores de resultado:</u> Conhecimento sobre a doença; Perceção do estado de saúde; Padrão de utilização dos serviços de saúde; Nível de autogestão percebida da doença renal e Comportamento procura de saúde. <u>Instrumentos de avaliação:</u> <i>Health-Related Quality-Of-Life (HRQOL-14)</i> ; <i>Health Care Utilization (Stanford Patient Education Research Center)</i> ; <i>Perceived Kidney Self-Management Scale</i> ; <i>Nurse Education Intervention Checklist</i> (baseada no instrumento <i>Spoken Knowledge in Low Literacy patients with Diabetes (SKILLD)</i>)(Rothman et al., 2005).
Intervenções de Enfermagem (conteúdo e método)
Intervenção educativa: • Objetivo - Educar a pessoa com DRC sobre a doença e os autocuidados. • Temas abordados: Doença renal e comorbilidades; controlo de sintomas; gestão do autocuidado (estratégias e comportamentos); modalidades de tratamento. • Recurso a folhetos informativos, 12 páginas, intitulado de “<i>Patient’s Guide to Chronic Kidney Disease</i>”. • Folhetos suplementares, com vários tópicos: saúde do coração; lista de compras amiga dos rins; lista de dicas uteis para uma dieta amiga; lista de Web Sites úteis. • Máximo de 6 sessões educativas para discutir, individualmente os tópicos relacionados com DRC e os autocuidados, com duração de 60 minutos cada. • Durante as sessões o enfermeiro avalia a fase da mudança, de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento de Prochaska & DiClemente, 1983. • Em cada sessão era abordado um tema; delineados objetivos mensuráveis para a mudança de comportamento e feita uma avaliação do cumprimento dos objetivos estabelecidos nas sessões anteriores. • Os objetivos mensuráveis desenvolvidos mutuamente centravam-se normalmente na nutrição e na atividade física. Os exemplos: reduzir o consumo de sal à mesa, caminhar mais, grelhar e cozer alimentos em vez de os fritar, reduzir o potássio e o fósforo na alimentação e consumir mais legumes frescos e congelados. <u>Conteúdo:</u> Ensinar / Educar sobre DRC e Autocuidados; Avaliar o conhecimento sobre a doença; Instruir sobre gestão do regime terapêutico (medicamentoso, hábitos alimentares; exercício físico); Avaliar o processo de mudança de comportamento. <u>Complexidade:</u> Complexa – pretende educar e capacitar <u>Método:</u> Cara a cara – Modo: Individual – Uso de material didático <u>Dose:</u> Quantidade (60 minutos) Frequência (até 6 Sessões) Duração (sem informação)

Conclusões
Após intervenção houve um incremento no conhecimento sobre a doença renal, modalidades de tratamento e gestão da DRC no geral. Foi menos acentuado o incremento do conhecimento sobre as comorbilidades, os sintomas relacionados com doença renal e gestão do autocuidado (estratégias e comportamentos). Os objetivos mensuráveis foram atingidos pela maioria dos participantes. Os participantes relataram mudanças incrementais no comportamento de saúde, geralmente relacionadas com a nutrição e a atividade física. Em geral, observou-se um aumento dos conhecimentos e das mudanças de comportamento, com múltiplas sessões lecionadas pelo enfermeiro.
Nível de Evidência
2.d

ANEXO X: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO MODELO DE ARANDA

Estudo	REFERÊNCIAL TEÓRICO	INTERVENÇÃO						
		POPULAÇÃO -ALVO	CONTEÚDO	MÉTODO	DOSE			RESULTADO DESEJADO / MEDIDAS DE RESULTADO
					Quantidade	Frequência	Duração	
1. Tweed, A. E., & Ceaser, K. (2005)	Sem informação	Fase Pré-diálise	Informar sobre os diferentes Tratamentos de Substituição da Função renal (TSFR). Promover comportamento interativo com outros doentes renais.	Presencial – Cara a Cara Modo: Individual	Sem informação	1 sessão	Sem informação	Conhecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento Processo de tomada de decisão entre hemodiálise e diálise peritoneal Opinião do doente sobre os temas centrais no processo de tomada de decisão.

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

2. Klang, B. et al. (1998).	Sem informação	DRC estadio 4-5	Ensinar sobre: Doença renal e Gestão de dieta; TSFR; Exercício físico; Impacto da doença na vida familiar, económica e social. Orientar para outros profissionais de saúde (nutricionista, fisioterapeuta e assistente social). Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais.	Presencial – Cara a cara Modo: Grupo	2 horas cada sessão	4 sessões	Sem informação	Redução sintomas Melhorar estado funcional Melhorar perceção do estado de saúde Redução dos níveis de ansiedade.
-----------------------------	----------------	-----------------	--	--	---------------------	-----------	----------------	--

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

3. Goovaerts, T., Jadoul, M., & Goffin, E. (2005).	Sem informação	DRC estadio 4	Ensinar sobre: Doença renal; TSFR. Promover comportamento interativo com outros doentes renais. Orientar para outros profissionais de saúde (nutricionista e assistente social). Providenciar material educativo de suporte.	Presencial – Cara a cara Modo: Individual Uso de tecnologia (vídeo) Folheto informativo	60 minutos	1 sessão	Sem informação	Diminuir ansiedade Promover o processo de tomada de decisão entre as modalidades de autocuidado (diálise peritoneal / hemodiálise domiciliária / autodiálise)
4. Huaman-Carhuas, L., & Gutiérrez-Crespo, H. F. (2021).	Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	DRC estadio 3b-5	Ensinar sobre: Doença renal; Controlo e prevenção de complicações; TSFR. Informar sobre opções de tratamento. Avaliar o conhecimento sobre a Doença.	Presencial – Cara a cara Modo: Individual	Sem informação	3 sessões	Sem informação	Conhecimento Nível de autocuidado Adesão ao regime terapêutico

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

5. Gutiérrez Vilaplana, J. M., Zampieron, A., Craver, L., & Buja, A. (2009).	Sem informação	DRC estadio 4-5	Ensinar sobre: Doença renal; Alimentação; TSFR; Exercício físico; Impacto da IRC na vida familiar, económica e social. Providenciar material educativo de suporte. Incentivar comportamento procura de saúde.	Presencial – Cara a cara Modo: Grupo Uso de folheto informativo	2 horas	6 Sessões – 1 por mês	6 meses	Estado Funcional Controlo do Medo e Ansiedade Autocuidado Comportamento de procura de saúde (informação)
6. Enworom, C. D., & Tabi, M. (2015).	Sem informação	DRC em estadio 4	Ensinar sobre: DRC (função, etiologia); Controlo e prevenção de complicações; TSFR; Seleção do acesso vascular; Impacto psicológico; Planeamento de cuidados avançados. Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC. Avaliar o conhecimento sobre a doença.	Presencial – Cara a cara Modo: misto Individual Grupo	Sem informação	6 sessões	Sem informação	Conhecimento Perceção de autoeficácia na autogestão da DRC

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

7. Chiou, C.-P., & Chung, Y.-C. (2012).	Teoria da Incerteza na doença de Merle Mishel	DRC em estadio 5, sem início de TSFR	Ensinar sobre: Doença renal; TSFR. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Apoiar a tomada de decisão informada.	Presencial – Cara a cara Distância – Telefone Modo: misto Individual Grupo Uso de tecnologia (DVD multimédia)	Sem informação	1 sessão presencial + 3 contactos telefónicos com intervalo de 2 semanas	8 Semanas	Conhecimento Processo de tomada de decisão informada: Redução da incerteza da decisão terapêutica
---	---	--------------------------------------	--	--	----------------	--	-----------	---

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

8. Chen, S.-H. et al. (2011).	Sem informação	DRC em estadio 3-5	Ensinar sobre: Estadio 3 (saúde renal, fatores de risco, sinais e sintomas de uremia e complicações); Estadio 4 (gestão de complicações; TSFR e avaliação para acesso de diálise); Estadio 5 (monitorização sintomas; cuidados com acesso de diálise e complicações associadas à diálise). Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC e regime terapêutico.	Presencial – Cara a cara Distância – Telefone Modo: misto Individual Grupo Uso de folheto informativo	Sem informação	1 sessão presencial, mensal + 1 contacto telefónico semanal + 2 reuniões em grupo, mensal	12 meses	Conhecimento Adesão ao regime terapêutico
-------------------------------	----------------	--------------------	---	---	----------------	--	----------	---

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

9. Brown, L., Gardner, G., & Bonner, A. (2019)	Sem informação	DRC em estadio 4-5, > 70 anos de idade.	Ensinar sobre: Doença renal; Complicações; TSFR. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre a ferramenta de suporte à toma de decisão. Encorajar expressão de crenças e valores. Apoiar a tomada de decisão autónoma.	Presencial – Cara a cara Modo: Individual Uso de tecnologia (Gravação de áudio) Uso de material didático (Livro e Ficha de trabalho)	45 minutos cada sessão	2 Sessões: 1 sessão no primeiro mês + 1 sessão ao fim de 3 meses	3 Meses	Conhecimento Processo de tomada de decisão: - Nível de conflito e arrependimento na decisão
--	----------------	---	--	--	------------------------	--	---------	--

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crônica

10. Fishbane, S. et al. (2017).	Sem informação	DRC em estadio 4-5	Ensinar sobre: Doença renal; TSFR; Alimentação; Regime medicamentoso. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Avaliar condições de segurança no domicílio. Providenciar material de apoio a autogestão (balança). Entrevista Motivacional	Presencial – Cara a cara Distância – Telefone Modo: Individual	Sem informação	2 sessões no mínimo máximo variável – de acordo com as necessidades identificadas	Sem informação - variável	Conhecimento Literacia em saúde Adesão ao regime terapêutico Processo de tomada de decisão
11. Ho, Y.-F. et al. (2020).	Sem informação	DRC em estadio 4-5	Ensinar sobre DRC; TSFR (vantagens / desvantagens e riscos). Avaliar o conhecimento sobre a doença. Instruir sobre a ferramenta de suporte à tomada de decisão. Apoiar a tomada de decisão partilhada.	Presencial – Cara a cara Distância – Telefone Modo: Individual Uso de material didático (ferramenta de suporte a tomada de decisão).	Sem informação	6 sessões: (3 cons. presenciais - 1 por mês) (3 chamad. telefónicas – 1ª e 3ª semanas após a 1ª Cons. presencial, e 2 semanas após a 2ª presencial)	3 Meses	Conhecimento Processo de tomada de decisão partilhada: - Nível de autoeficácia da decisão - Nível de conflito na tomada de decisão

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

12. Gutiérrez Vilaplana, J. M. et al. (2007).	Sem informação	DRC em estadio 4-5	Ensinar sobre: Doença renal; TSFR (vantagens / desvantagens e riscos); Alimentação; Aspetos legais e sociais. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais. Incentivar comportamento procura de saúde. Apoiar a tomada de decisão.	Presencial – Cara a cara Modo: Em Grupo Uso de material didático (folheto informativo) e PowerPoint	2 horas	8 Sessões	6 Meses	Conhecimento Processo de tomada de decisão: Controlo do Medo Comportamento procura de saúde – procura informação,
--	----------------	-----------------------	---	--	---------	-----------	---------	---

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

13. Montoya, V., Sole, M. L., & Norris, A. E. (2016).	Sem informação	DRC em estadio 4	Ensinar sobre: Doença renal; Complicações associadas a progressão da doença; TSFR; Alimentação; Implicações económicas e financeiras. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre cuidados de autogestão da DRC. Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais.	Presencial – Cara a cara Modo: Em Grupo Uso de material didático (folheto informativo) e PowerPoint	1h30min a 2 horas	6 Sessões (1 por mês)	9 Meses	Conhecimento Autoeficácia Autogestão da DRC
--	----------------	------------------	--	--	-------------------	-----------------------	---------	--

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

14. Aguilera, A. et al. (2012).	Sem informação	DRC em estadio 4-5	Ensinar sobre: DRC (o rim e a sua função); TSFR; Alimentação; Regime medicamentoso (vacinação e eritropoietina); Exercício físico; Impacto psicológico. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Apoiar a tomada de decisão consciente e autónoma. Instruir sobre regime terapêutico (medicamentoso, hábitos alimentares). Promover comportamento interativo com familiares e outros doentes renais.	Presencial – Cara a cara Modo: Em Grupo Uso de PowerPoint	1h30min (dos quais 10min de debate em grupo)	7 Sessões	4 Meses	Conhecimento Ansiedade Processo de tomada de decisão
--	----------------	--------------------	--	--	---	-----------	---------	---

Intervenções de Enfermagem para o Empoderamento da Pessoa com Doença Renal Crónica

15. Jacobson Vann, J. C. et al. (2015).	Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento de Prochaska & DiClemente	DRC em estadio 3b-4	Ensinar sobre: Doença renal; Comorbilidades; Controlo de sintomas; TSFR; Autogestão de cuidados. Avaliar o conhecimento sobre a doença. Providenciar material educativo de suporte. Instruir sobre gestão do regime terapêutico (medicamentoso, hábitos alimentares e exercício físico). Incentivar comportamento procura de saúde. Avaliar a fase da mudança de comportamento. Ajudar a delinear objetivos mensuráveis para a mudança de comportamento.	Presencial – Cara a cara Modo: Individual Uso de material didático (Folheto informativo; Guia do doente renal; Web Sites)	60 minutos	6 Sessões	Sem informação	Conhecimento Perceção do estado de saúde Comportamento procura de saúde
---	---	---------------------	--	--	------------	-----------	----------------	--