



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

**A Sexualidade da Pessoa com Doença Renal Crónica
em Hemodiálise: Perspetiva de Enfermagem**

Carina Sofia Bouça Carreira



**Lisboa
2021**



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

**A Sexualidade da Pessoa com Doença Renal Crónica
em Hemodiálise: Perspetiva de Enfermagem**

Carina Sofia Bouça Carreira

Orientador: Professora Doutora Maria de Lurdes Martins Saraiva
da Silva Nunes

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora, Maria Saraiva, pela disponibilidade, compreensão e apoio.

Aos Orientadores de estágio, Elsa Moura, Carlos Torgal, Ana Sousa e Telmo Carvalho, pela disponibilidade e partilha.

À minha família, Luís, Margarida e Carolina, pela compreensão, apoio e força.
Aos meus sogros, José e Laurinda, por estarem sempre presentes e disponíveis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AV – Acesso Vascular

CAV – Centro de Tratamento de Acessos Vasculares

CT- Cateter de Tenckhoff

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

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

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

ISPD - *International Society for Peritoneal Dialysis*

KDIGO – *Kidney Disease Improving Global Outcomes*

LRA – Lesão Renal Aguda

mg/dl – Miligramas por decilitro

ml/kg/h – Mililitro por quilograma por hora

MR – Monitorização Remota

OM – Ordem dos Médicos

PAV – Prótese Arteriovenosa

pmp - *per millionpopulation*

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TMC – Tratamento Médico Conservador

TSFR – Técnica Substitutiva da Função Renal

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

RESUMO

O ser humano é um ser sexuado e a sexualidade um aspeto central no seu percurso de vida (World Health Organization, 2002). A sua vivência está condicionada por diversos fatores, nomeadamente a presença da doença renal crónica. A doença renal crónica quando alcança o último estágio (5), pressupõe início de terapêutica de substituição da função renal, entre as quais a hemodiálise. A hemodiálise provoca alterações quer físicas quer psicológicas à pessoa, repercutindo-se na sua imagem corporal e autoestima, e consequentemente na vivência da sua sexualidade.

Deste modo, surge a necessidade de desenvolver uma revisão scoping com objetivo de identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com doença renal crónica em hemodiálise com alterações na sexualidade, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al, 2020).

No decorrer do relatório são também relatadas as atividades desenvolvidas em diferentes contextos de estágio, prova do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento nº 140/2019, e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro de nefrologia segundo Chamney (2007).

O modelo orientador do relatório é o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman por se demonstrar o mais adequado na perceção da influência dos stressores a que estão expostas estas pessoas desde que lhes é diagnosticada a doença.

A realização deste trabalho permitiu contribuir para a disseminação da evidência científica, identificando as barreiras e intervenções de enfermagem inerentes à sexualidade. Contudo será necessária a realização de investigação futura que vise dar reconhecimento à sexualidade como uma área de intervenção em enfermagem.

Palavras-chave: doença renal crónica, sexualidade, hemodiálise

ABSTRACT

The human being is a sexual being and sexuality is a central aspect of his life (World Health Organization, 2002). Their experience is conditioned by several factors, namely the presence of chronic kidney disease. Chronic kidney disease when it reaches the last stage (5), presupposes the beginning of renal replacement therapy, including hemodialysis. Hemodialysis causes on patient both physical and psychological changes, having repercussions on his body image and self-esteem, and consequently on the experience of his sexuality. There is a need to develop a scoping review to identify nursing interventions to the person with chronic kidney disease in hemodialysis with changes in sexuality, following the methodology of the Joanna Briggs Institute (Peters et al, 2020).

In the course of this report are also reported the activities developed in different contexts of internship, evidence for the development of regular skills of the specialist nurse according to Regulation 140/2019, and the development of specific skills of the nephrology nurse according to Chamney (2007). The guiding model for this report is Betty Neuman's Model of Systems because it has proved to be the most appropriate way to perceive the influence of the stressors to which these people have been exposed since their diagnosis of the disease.

This work allowed me to contribute to disseminating scientific evidence, identifying the barriers and interventions of nursing related to sexuality. However, it is necessary to further research to acknowledge sexuality as an area of intervention in nursing.

Keywords: end-stage renal disease, sexuality, hemodialysis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. QUADRO CONCEPTUAL	15
1.1. A Doença Renal Crónica	15
1.2. Hemodiálise e a Sexualidade	18
1.3. Competências do Enfermeiro Especialista	20
1.4. Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	22
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	25
2.1. Unidade de Hemodiálise	25
2.2. Unidade de Diálise Peritoneal	30
2.3. Centro de Tratamento de Acessos Vasculares.....	36
2.4. Estágio de Internamento em Nefrologia.....	41
3. ESTUDO SOBRE - “A SEXUALIDADE DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE: PERSPETIVA DE ENFERMAGEM”	47
3.1. Título	47
3.2. Background	47
3.3. Questão/Objetivo.....	49
3.4. Critérios de Inclusão.....	49
3.5. Estratégia de Pesquisa.....	49
3.6. Extração dos Resultados.....	51
3.8. Discussão, Conclusão e Implicações para a Pesquisa e Prática	52
3.8.1. Discussão	52
3.8.2. Conclusão	55
3.8.3. Implicações para a Prática	56
3.8.4. Implicações para a Pesquisa	56
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57

APÊNDICES

Apêndice I – Reflexão Crítica

Apêndice II – Diapositivos de Formação de Acessos Vasculares: “Complicações do Acesso Vascular”

Apêndice III – Divulgação da Formação de Acessos Vasculares no Serviço

Apêndice IV – Estratégia de pesquisa na base de dados CINHAI Plus with Full Text

Apêndice V – Estratégia de pesquisa na base de dados MEDLINE with Full Text

Apêndice VII – Lista de estudos excluídos com base na leitura do texto completo

Apêndice VIII – Aplicação do instrumento de extração de dados aos estudos incluídos

Apêndice IX – Resultados da Revisão Scoping

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 10º Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção Nefrológica, surge o presente relatório de estágio.

O trabalho tem como objetivo identificar o percurso de desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem.

De forma a alcançar o objetivo proposto realizaram-se quatro estágios, nomeadamente em unidade de Hemodiálise (HD), unidade de Diálise Peritoneal (DP), Centro de tratamento de Acessos Vasculares (CAV) e unidade de internamento em Nefrologia. Para demonstrar competências de investigação, desenvolvi uma revisão de *scoping*.

O relatório encontra-se estruturado em três capítulos. O quadro conceptual no qual é apresentada a definição, etiologia e epidemiologia da doença renal crónica e quais as modalidades terapêuticas existentes; segue-se a justificação do tema de estudo e do modelo teórico utilizado – Modelo dos sistemas de Betty Neuman e, subsequentemente explana-se a metodologia desenvolvida para a aquisição de competências como enfermeira especialista. Esta foi baseada no Regulamento nº140/2019 definido pela Ordem dos Enfermeiros, no qual constam os domínios de competências transversais às áreas de especialização em enfermagem; e a *Framework* desenvolvida pela *European Dialysis and Transplantation Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), onde preconizam a necessidade de desenvolver competências específicas, dada a especificidade da área de intervenção.

Posteriormente é desenvolvido um capítulo, no qual são analisadas as atividades desenvolvidas em cada local de estágio à luz da evidência científica.

No último capítulo é realizada uma revisão *scoping* com o título “A sexualidade da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise: perspetiva de enfermagem”, seguindo as normas de *Joanna Briggs Institute* (Petters, 2020). Findo com a conclusão, referências bibliográficas e apêndices.

A elaboração do presente trabalho seguiu o guia de normas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, atendendo às normas de referência APA.

1. QUADRO CONCEPTUAL

1.1. A Doença Renal Crónica

O rim cumpre um papel primordial na manutenção da homeostase do nosso corpo. Através das suas capacidades de regulação, filtração e excreção, mantém o equilíbrio hidro-electrolítico, remove a maioria dos produtos da degradação, contribui para a produção de eritrócitos, vitamina D e renina.

As alterações na função renal podem-se manifestar por Lesão Renal Aguda (LRA) ou por Doença Renal Crónica (DRC).

De acordo com a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO, 2013) LRA define-se por um aumento do valor sérico da creatinina superior ou igual a 0,3 mg/dl em 48 horas, ou um aumento superior ou igual 1,5 o valor de base que ocorra nos últimos 7 dias, ou um débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h em 6h.

Figura 1. Prognóstico da DRC por TFG e categorias de Albuminúria

Prognóstico de insuficiência renal crónica por GFR e categorias da albuminúria: KDIGO 2012				Categorias dos níveis de albuminúria Descrição e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal para ligeiro aumento	Aumento moderado	Aumento grave
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorias de GFR (ml/min/ 1.73m ²) Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥90			
	G2	Diminuição ligeira	60-89			
	G3a	Diminuição moderada	45-59			
	G3b	Diminuição pouco severa	30-44			
	G4	Diminuição grave	15-29			
	G5	Falência renal	<15			

Fonte: KDIGO (2013, p.6)

A LRA pode evoluir para DRC, a qual se caracteriza (KDIGO, 2013) por alterações na estrutura ou função do rim superiores a 3 meses, com implicações para a saúde. Estas alterações são maioritariamente irreversíveis, pois dado o

caráter assintomático das doenças renais o seu diagnóstico é realizado já numa fase crónica da doença. A sua classificação é realizada com base na causa, Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e nível de albuminúria (Figura 1). A National Kidney Foundation (2002) classifica a DRC em 5 estádios.

A pessoa com DRC tem maior risco de desenvolver LRA (KDIGO, 2013). Uma restrição alimentar, associada a redução do consumo de proteína, sal e açúcar, o controlo dos níveis glicémicos (diabéticos), a alteração do estilo de vida, deixar de fumar e reduzir a exposição a agentes nefrotóxicos, são formas de reduzir o risco de LRA e a progressão da DRC.

Por outro lado, existem fatores de risco não modificáveis como a idade, o género e a raça/etnia. Uma vez que o desenvolvimento da DRC é indolor, o rastreio em pessoas que reúnam fatores de risco pode ajudar a travar o seu desenvolvimento (Pendse & Singh, 2008).

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) Portugal é dos países a nível europeu com maior incidência e prevalência de pessoas com DRC, este fato justifica-se pelo aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento, como também por uma elevada taxa de população diabética e hipertensa.

A prevalência de doentes em diálise em 2020 era de 2011,31 *per million population (pmp)*, 3379,5 *pmp* com idades entre os 65 e os 80 anos e 4237,2 *pmp* com idade superior a 80 anos, sendo 2597,99 *pmp* do género masculino (Galvão, 2020). No que diz respeito à doença renal primária, destacam-se a Diabetes com 27,7% e depois a Hipertensão Arterial com 12,8%, as Glomerulopatias e a doença Poliquística também tem destaque.

Uma pessoa com DRC em estágio 5, para a manutenção da sua vida necessita de uma Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR). A norma 017/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS) define como modalidades terapêuticas o Tratamento Médico Conservador (TMC), a Transplantação Renal, a HD e a DP. A escolha é realizada pela pessoa após uma consulta de esclarecimento (DGS, 2012).

O TMC baseia-se na aplicação de medidas dietéticas e medicamentosas, garantindo o alívio da sintomatologia. Esta modalidade não constitui uma alternativa às outras modalidades, embora a pessoa seja livre de a escolher, está indicada em situações em que, nem o Transplante Renal, nem a diálise é recomendada ou possível, ou quando a qualidade de vida proporcionada ao DRC não seria superior face à oferecida pelo TMC (DGS, 2012).

O transplante renal pode ser de dador cadáver ou vivo. O rim transplantado irá desempenhar as funções que lhe são próprias conferindo uma melhor qualidade de vida à pessoa, comparativamente à diálise (DGS, 2012).

No que respeita a dador cadáver, são considerados como potenciais dadores todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros, residentes em Portugal, que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores; em morte cerebral ou paragem cardiocirculatória irreversível (Lei nº 12/93, 1993; Portaria nº 16/2015, 2015).

A necessidade de órgãos para transplante tem vindo a aumentar, não sendo os dadores cadáveres suficientes para colmatar esta necessidade, a doação em vida vem complementar a doação em morte. A dádiva em vida constitui uma alternativa cada vez mais utilizada. De modo a otimizar a transplantação, permitindo uma maior compatibilidade a quem possui dador vivo não compatível surge o Programa Nacional de Doação Renal Cruzada (Portaria nº 802/2010, 2010).

O transplante renal para além de ser a modalidade terapêutica que oferece melhor qualidade de vida é também a melhor em relação a custo-eficácia nos casos de DRC (Diretiva 2010/53/EU, 2010).

Enquanto aguardam por transplante ou caso não tenham indicação para o mesmo, os doentes têm que fazer diálise. Esta técnica substitui o rim parcialmente, facultando uma qualidade de vida e esperança de vida aceitáveis. Para a realização de diálise necessitamos de uma membrana semipermeável, em que de um dos lados passa o sangue da pessoa e do outro teremos uma solução com diferentes concentrações a que chamamos dialisante. A membrana permite apenas o movimento de moléculas de dimensões menores, seguindo o princípio do gradiente de concentração. Por sua vez as moléculas de maiores dimensões como os glóbulos ou proteínas são resguardados.

A diálise divide-se em duas modalidades a DP e a HD. Em DP utiliza-se uma membrana natural, o peritoneu, um catéter na cavidade peritoneal e a cavidade peritoneal como reservatório para o dialisante. As trocas dão-se através de difusão, osmose, convecção (DGS, 2012) e absorção de fluidos. Esta modalidade é realizada em casa pela própria pessoa/ cuidador diariamente, o que a torna mais fisiológica. A DP pode ser realizada manualmente, Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) ou com recurso a cicladora, Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).

Em HD (DGS, 2012) é utilizado como filtro uma membrana artificial, dialisador, o qual filtra o sangue que provém de um Acesso Vascular (AV) e é

conduzido através de todo um circuito extracorporal, após depurado volta à pessoa pelo circuito entrando de novo na corrente sanguínea.

A depuração está dependente de princípios fisiológicos de difusão e ultrafiltração/convecção (Thomas, 2005). Para que ocorra ultrafiltração, é exercida no dialisador uma pressão positiva do lado do sangue, designada pressão hidrostática, e do lado do dialisante uma pressão negativa, forçando a passagem do fluido através da membrana. Ao remover água por ultrafiltração existem moléculas que vão de arrasto, a este processo dá-se o nome de convecção (Thomas, 2005).

O tratamento de HD decorre três vezes por semana e tem uma duração de 4 horas na maioria dos casos. Para a realização do mesmo é necessário criar um AV, é preconizado que seja preferencialmente Fístula Arteriovenosa (FAV), na sua impossibilidade opta-se por Prótese Arteriovenosa (PAV) ou Cateter Venoso Central (CVC).

Dentro das TSFR embora se verifique um crescimento do número de pessoas em DP, a maior percentagem delas continua a enveredar por HD, em 2020 iniciaram 239 pessoas em DP e 2101 em HD.

1.2. Hemodiálise e a Sexualidade

Em Dezembro 2019 a prevalência de pessoas em HD situava-se nos 1294, 98 *pmp* num total de 2011,31 *pmp* (Galvão, 2021), mantém-se a técnica de eleição dos portugueses, e é também a técnica com a qual contacto mais na minha prática de cuidados. Desta forma optei por lhe dirigir a minha temática de investigação.

No decorrer do tempo, após o início da técnica, surgem complicações, não só de ordem fisiológica, mas também de ordem psicossocial. A literatura identifica múltiplos stressores que interferem com a pessoa, Gerogianni & Babatsikou (2013) destacam as restrições alimentares e hídricas, as hospitalizações frequentes, o aumento na dependência, as limitações em atividades de lazer, o desemprego, os problemas com a sexualidade e a incerteza relativamente ao futuro.

Todas estas alterações condicionam o estado emocional destes doentes e consequentemente a forma como interagem com o ambiente que os rodeia. Um fator condicionante do alto risco de angústia emocional é a alteração da imagem corporal (Bosco & O'Donnell, 2017).

A pessoa em HD sofre diferentes alterações no seu corpo, são exemplos as cicatrizes de cirurgias, o desenvolvimento de aneurismas e vasos colaterais

exuberantes, escurecimento da pele ou a presença de hálito urémico. Todos constituem stressores que condicionam a imagem corporal. A DRC aumenta a predisposição para doença arterial periférica, a qual também condiciona a imagem corporal por isquémia, perda de cabelo, gangrena ou mesmo amputações.

Quando a percepção da imagem corporal se altera, toda a componente relacional e social fica comprometida, restringindo e delimitando as relações interpessoais, acabando por interferir com a saúde física e psicológica (Biordi, Warner & Knapik, 2006).

O ser humano é um ser biologicamente sexuado, e o comportamento sexual é um dos mais significativos em todas as etapas do ciclo vital. A sexualidade é uma das formas de obter prazer, bem-estar físico e psíquico, uma forma de comunicar e de obter afeto (López & Fuertes, 1999). Ao viver a sua sexualidade de uma forma positiva, a pessoa consegue obter harmonia e equilíbrio.

Reconhecer que a HD tem um impacto prejudicial na sexualidade da pessoa DRC é primordial para a acompanhar na procura de respostas às suas dificuldades (Beal-Lloyd & Groh, 2012). A DRC está associada a distúrbios nas hormonas reprodutivas, amenorreia, diminuição da libido, capacidade de atingir orgasmo como também diminuição do desejo sexual (Basok *et al*, 2008).

A medicação associada aos tratamentos de HD, não pode ser descurada, alguns medicamentos, nomeadamente anti-hipertensores, tem efeitos secundários que contribuem para a disfunção erétil e dificuldades sexuais (Bosco & O'Donnell, 2017).

A maioria dos estudos existentes direcciona-se a aspectos mais físicos. Contudo não podemos esquecer que a sexualidade envolve também a componente psicológica e emocional, as quais podem condicionar a componente física. A falta de excitação, depressão e ansiedade são fatores psicológicos que contribuem para a disfunção erétil (Bosco & O'Donnell, 2017). A ansiedade dificulta na vasocongestão dos órgãos genitais, enquanto a irritabilidade e aborrecimento limitam o desejo sexual. Por outro lado, sentimentos como alegria, bem-estar e afetos positivos favorecem o interesse sexual (López & Fuertes, 1999).

Segundo os mesmos autores “o desenvolvimento intelectual e a aquisição da linguagem implicam mudanças na construção do conhecimento e na interpretação da realidade que mediatizam todos os comportamentos sexuais” (López & Fuertes, 1999, p. 17). Perante a DRC a pessoa vê-se obrigada a redefinir conceitos, tendo que adaptar-se à sua nova realidade. As limitações impostas pela HD são diárias,

provocando muitas vezes alterações emocionais que levam a um estado de ansiedade constante ou até mesmo depressão.

A sexualidade é muitas vezes colocada em segundo plano pela equipa multidisciplinar, contudo é importante realçar a sua importância. Todas as alterações na sexualidade têm que ser avaliadas, tendo em consideração a complexidade da DRC, as suas comorbilidades e o tratamento de HD.

Para prestar um cuidado holístico a estas pessoas, é fundamental abordar estas questões, dando abertura e espaço para a partilha de dúvidas, como para explorar as dificuldades sentidas na vivência da sexualidade. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo partilha com a pessoa com DRC, no entanto, embora reconheça que a sexualidade destas pessoas é afetada pela DRC ainda se verifica muita relutância em abordar estas questões. Nem sempre o enfermeiro generalista é detentor da perícia que lhe permite essa abordagem, cabe ao enfermeiro especialista dirigir a sua investigação de forma a criar estratégias que uniformizem esta abordagem. É fundamental incluir a sexualidade da pessoa nos processos de ensino de enfermagem, tornando a sua abordagem natural e parte integrante dos cuidados (Saunamäki, Andersson & Engström, 2006).

O mapeamento da evidência que existe, de modo a identificarmos as lacunas nas intervenções de enfermagem, é premente, tal como a identificação das necessidades sentidas pelas pessoas em HD, de modo a alcançar uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

1.3. Competências do Enfermeiro Especialista

A aquisição de competências está condicionada por diversos fatores, desde a organização na qual estamos integrados, maturidade, disponibilidade para aprender ou ensinar /orientar, bem como as experiências que a prestação de cuidados proporciona (Pires, 2009; Fleury & Fleury, 2001).

Benner (2001) desenvolve a sua teoria sob a premissa que, para haver o desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina é necessário que teoria e prática não se dissociem, mas se potenciem. Ao testar na prática propostas e hipóteses científicas, provenientes de situações vivenciadas anteriormente na prática, gera-se um processo de aprendizagem cíclico que permite solidificar conhecimentos erigindo a perícia.

Até chegar a perito o caminho é diferente para cada enfermeiro, podendo muitos nunca atingir este patamar. Benner (2001) baseia-se no modelo de Dreyfus, preconizando cinco níveis de competências: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito.

Iniciado é definido como o enfermeiro desprovido de experiências vivenciadas, pelo que requer treino através de situações hipotéticas. Iniciado avançado, é o enfermeiro que já tem algumas experiências anteriores e consegue aplicar o conhecimento que aí adquiriu, a situações idênticas. Por sua vez competente, é o enfermeiro que baseia a sua intervenção numa análise consciente, possui a capacidade para dar resposta a muitos imprevistos, é eficiente e organizado. Proficiente é definido como aquele enfermeiro cuja experiência lhe permite antever quais os acontecimentos, orientando a sua intervenção. Por último, o perito, é o enfermeiro que age de forma intuitiva, apreendendo o problema diretamente, não se baseia numa lógica analítica, nem em diagnósticos estéreis (Benner, 2001).

O caminho que separa o enfermeiro generalista do enfermeiro especialista envolve pesquisa, solidificação de conhecimentos, investigação e formação numa área de especialização. Estes fatores, permitem não só aperfeiçoar a sua intervenção prática, como também a dos seus pares. Assim “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, p. 4744).

Independentemente da área de especialização, existem competências que devem ser transversais, designadas de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). Estas encontram-se divididas em quatro domínios, mais concretamente, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Dentro de cada área de especialização são definidas competências específicas, nomeadamente para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018). No entanto, a Ordem dos Enfermeiros não as define para a área de intervenção em enfermagem nefrológica.

Chamney (2007) defende que a intervenção de enfermagem deve ser contextualizada e dirigida à realidade do momento. Nas situações em que intervimos, é importante desenvolver competências específicas dentro de cada área

de intervenção. Considerando a área nefrológica tão específica, a *EDTNA/ERCA* designa um conjunto de competências específicas através da *European Competency Framework for Nephrology*. Estas competências estão divididas por quatro áreas de intervenção, enfermaria, sala de hemodiálise, diálise peritoneal e transplantação (Chamney, 2007).

Para o desenvolvimento das competências referidas anteriormente, comuns e específicas, terei por base o Modelo de Benner.

1.4. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A pessoa com DRC está em constante interação com agentes que a destabilizam, sofrendo várias vezes alterações no seu equilíbrio, necessitando de intervenções que lhe permitam recuperar a sua homeostase. Desta forma a minha escolha recai sobre o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O modelo de Neuman foi desenhado tendo por base a teoria de *Gestalt*, as perspetivas filosóficas de *de Chardin* e *Marx* e seguiu a definição de stress de *Selye* (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

O seu modelo define a natureza dos organismos vivos como um sistema aberto, em constante interação/influência com o que o rodeia. Para manter o seu equilíbrio/saúde, o sistema necessita adaptar-se constantemente e continuamente de forma a suprimir as necessidades que surjam. Quando surge desequilíbrio prolongado, permanecendo em desarmonia pode surgir a doença.

Ao estar em interação permanente podem surgir stressores, estímulos que geram tensão, estes podem ser positivos ou negativos. A sua origem pode ser de ordem fisiológica, espiritual, psicológica, sociocultural ou de desenvolvimento (Neuman & Fawcett, 2011) e classificam-se em intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.

O sistema pode ser algo individual ou coletivo, no presente relatório sistema será considerada a pessoa com DRCT e os stressores tudo o que advém da DRCT e das intervenções de enfermagem.

O sistema defendido por Neuman é constituído por três linhas, a linha normal de defesa, mais externa, a linha flexível de defesa, a nível intermédio e a linha de resistência, mais interna; estando no centro os fatores básicos de sobrevivência. As linhas têm como objetivo criar mecanismos de proteção ao elemento central, preservando a sua integridade. Sempre que a pessoa se encontra na plenitude do

seu bem-estar as linhas permanecem inalteradas, contudo quando sofre exposição de algum stressor o seu sistema entra em desequilíbrio, reagindo de forma a criar mecanismos para voltar à homeostase (Neuman & Fawcett, 2011).

A manutenção ou reestruturação das linhas estão fortemente relacionadas com os níveis de prevenção. Neuman fala em prevenção primária, secundária e terciária, e relaciona-os com a intervenção de enfermagem.

A prevenção primária confere mecanismos ao sistema que lhe permitem ter uma melhor capacidade de resposta perante o stressor ou reduzir a possibilidade de o encarar, por sua vez a prevenção secundária e terciária surgem após o contato com um stressor prejudicial. A primeira participa através do diagnóstico precoce e acudindo sobre os sintomas de forma eficaz, enquanto a segunda propõe-se atenuar os efeitos residuais após o tratamento (Tomey & Alligood, 2004).

O papel do enfermeiro especialista é determinante na manutenção da homeostase do sistema, provendo a pessoa da capacidade de utilizar a sua energia de forma eficaz, mantendo o seu equilíbrio e bem-estar em níveis plenos.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

A enfermagem tem-se desenvolvido cada vez mais em cuidados altamente complexos e diferenciados. A área de intervenção em enfermagem nefrológica oferece uma grande variedade de papéis, como também uma diversidade de cenários para os desenvolver (Carver, 2017). Para desenvolver competências de enfermeira especialista realizei quatro estágios, em diferentes unidades, em HD, DP, CAV e em internamento de Nefrologia.

Ao longo do texto serão identificadas as competências, que cada atividade possibilitou desenvolver, tendo por base o Regulamento nº 140/2019 (2019).

2.1. Unidade de Hemodiálise

O estágio em HD teve a duração de quatro semanas, numa unidade de HD que integra o serviço de nefrologia de um hospital de referência nacional na prestação de cuidados a doentes renais. Este fato foi determinante na minha escolha pelo local de estágio.

O hospital centraliza toda a assistência nefrológica do seu grupo, desde que integrou um dos centros hospitalares de Lisboa, como ainda dá resposta a mais três hospitais da sua área de influência. De realçar que foi pioneiro na área da DP Crónica Ambulatória como ainda na Transplantação Renal Dador Vivo e ainda no tratamento da hipercolesterolemia através da técnica *Low Density Lipoprotein* - aférese.

O serviço é constituído pelas unidades de internamento, HD, DP, *Low Density Lipoprotein* - Aférese e uma Sala de Técnicas na qual são efetuadas biopsias renais e ósseas e, a colocação de CVC para HD.

Conta ainda com áreas funcionais que o complementam como a Unidade de Transplantação, na qual são realizados cerca de 60 transplantes renais por ano e a Unidade de Angiografia de Intervenção de Acessos Vasculares que dispõe de cerca de 12h semanais no serviço de imagiologia, onde realizam mais de 450 procedimentos angiográficos e colocam cerca de 220 CVC tunelizados por ano.

A unidade de HD possui 15 postos de HD distribuídos por 4 salas, dando resposta a pessoas com virologias negativas e positivas, nomeadamente Vírus da Hepatite C (VHC), Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e com Vírus da Hepatite B (VHB), consoante o preconizado pela Ordem dos Médicos (OM, 2017).

A unidade tem ainda um sistema de tratamento de águas que abastece todas as salas de HD bem como um posto de água tratada em cada serviço do hospital, caso se verifique necessidade de realizar um tratamento de HD.

Na equipa de enfermagem, constituída por 20 enfermeiros, nos quais se inclui a coordenadora da unidade de HD, 8 possuem pós-licenciatura, sendo que na área médico-cirúrgica, vertente nefrológica são 3. A maioria são colegas com mais de 20/25 anos de experiência profissional, com muita experiência em técnicas dialíticas e, com experiência na unidade de internamento do mesmo serviço.

À data da realização do estágio tinha 51 pessoas em ambulatório, das quais 32 do género masculino (62,74%). Estes números estão de acordo os dados nacionais, os quais indicam um maior número de pessoas do género masculino em HD, 61% (Galvão, 2021). Como principais causas da DRC destacaram-se nefropatia diabética com 10 pessoas, nefropatia por VIH com 8, nefropatia por hipertensão arterial com 5 e etiologia desconhecida com 4. Ao comparar aos dados nacionais verifica-se um predomínio da nefropatia diabética em ambos, 19,6% na unidade e 27,7% a nível nacional (Galvão, 2021).

No ano transato haviam sido prestados 8070 tratamentos a pessoas em ambulatório e 8032 tratamentos a pessoas hospitalizadas. A afluência de pessoas internadas era muito elevada, abarcando quer pessoas que já se encontravam em programa regular de diálise ambulatoria, e necessitaram ser hospitalizadas, bem como pessoas cuja função renal agravara e tiveram que iniciar tratamento de HD.

Com uma grande afluência de pessoas, a gestão de vagas tornava-se mais complexa, o que me possibilitou obter novos conhecimentos nesta área (C2.1).

Um ponto que considerei primordial, foi as pessoas internadas noutros hospitais serem chamadas, sempre que possível, em primeiro e segundo turnos, pois envolviam transportes, deixando vagas no terceiro e eventual quarto turnos para internadas no hospital. O transporte de pessoas em HD é um problema do nosso quotidiano, pois nem sempre as empresas têm capacidade para dar resposta assegurando os horários pedidos, o que se reflete em horas de espera antes e após os tratamentos.

Pessoas em situações mais instáveis, sem indicação para se deslocarem à unidade de diálise, requerem que colegas da unidade sejam destacados para lhes proporcionar o tratamento. Numa dessas situações pude acompanhar a enfermeira orientadora à unidade de cuidados intermédios do internamento de nefrologia. A senhora em questão era seguida em consulta de nefrologia, mas segundo o filho

andava a adiar a construção de AV. Perante uma infeção respiratória, com necessidade de internamento e realizar antibioterapia, agravou a função renal tendo que iniciar HD de urgência.

A vivência desta experiência foi um ganho na minha aprendizagem, foi a primeira vez que participei numa indução fora de uma unidade de HD, pude verificar como se procede à preparação do serviço para receber um monitor de diálise e experienciar como nos podemos articular com os colegas de outra equipa (C2.1 / B.3.1).

A segunda indução na qual participei, tratava-se de um senhor que recorreu ao serviço de urgência por fadiga e dificuldade respiratória. Teve como diagnóstico médico DRC, sendo posteriormente transferido para a unidade de HD onde induziu tratamento.

Nesta segunda situação pude colaborar com a enfermeira orientadora no esclarecimento de algumas dúvidas que o senhor apresentava. Desde o desconhecimento sobre o que era a DRC e implicações que tinha a partir daquele momento, desmistificação relativamente ao fato de um só tratamento não ser suficiente e a necessidade de ser continuado, como ainda possíveis TSFR (B.3.1./ A2.1)

Nas duas induções recorreu-se a CVC. De acordo com os dados da SPN 60,4% das induções de HD continuam a ser por CVC (Galvão, 2021).

O CVC não é o AV de eleição, são várias as complicações associadas, o risco de infeção é sete vezes superior num doente com CVC do que com FAV ou PAV (Salgado, 2013). Contudo, sendo o único que pode ser utilizado imediatamente após a sua colocação, é muito frequente o seu recurso quer quando há falência do AV em uso, quer em situações de agudização da DRC.

Na abordagem ao CVC é preconizada uma técnica asséptica (National Kidney Foundation, 2020), os kits que existiam no serviço para esse fim não dispunham de material suficiente que a garantisse, tendo que ser complementados. Quando recebia pessoas já conectadas por outros colegas, o material deixado para a desconexão não garantiam uma técnica assética. No intuito de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados, abordei a enfermeira orientadora, expondo qual o material que deveria complementar o kit (B2.2).

O meu percurso profissional tem sido essencialmente na área da HD e construção /manutenção de AV para HD, fato pelo qual considero encontrar-me no nível proficiente de Benner (2001). Contudo, este estágio permitiu um contacto com

uma realidade diferente, nomeadamente com monitores de HD com os quais não estava familiarizada e com um grande volume de pessoas internadas e em situações mais instáveis. A procura de informação para colmatar dúvidas sobre estas pessoas permitiu um enriquecimento dos meus conhecimentos e consequente crescimento a nível profissional (D.1.1).

No decurso das quatro semanas procurei integrar-me na equipa multidisciplinar, inteirar-me de rotinas do serviço e participar das mesmas, como ainda aprender a trabalhar com os monitores de HD, de forma a prestar cuidados na sua totalidade (D.1.1).

No que diz respeito à distribuição de AV, pude constatar que cerca de 70,5% eram CVC, 25,4% FAV e 3,9% PAV. Esta percentagem de CVC contraria o que é preconizado pelas recomendações da KDIGO (2019), o uso predominante de CVC foi justificado por aguardarem construção de AV, quer os casos de falência de AV como construções de primeiros AV.

A avaliação do AV é um dos aspectos fundamentais na nossa prestação de cuidados. A detecção precoce de disfunções no AV permite assegurar uma intervenção atempada, resolvendo pequenas complicações para prolongar a vida do AV, a ferramenta de que dispomos para o fazer é o exame físico (Abreo, Amin & Abreo, 2018).

Na minha prestação de cuidados procurei sempre realizar a avaliação do AV, em FAV e PAV passando pela observação, palpação e auscultação, nos CVC essencialmente pela observação. Como ainda validar os conhecimentos de cada pessoa relativamente aos cuidados a ter com o seu AV e detecção de alterações no seu funcionamento, realizando ensinamentos sempre que se justificasse (D2.1/ A2.1).

Um elemento fulcral na avaliação e manutenção do AV é o próprio doente, cabe aos enfermeiros, sobretudo enquanto especialistas, promover o autocuidado, potenciando a aquisição de conhecimentos e comportamentos que o dotem da capacidade de identificar possíveis complicações (Sousa, 2012).

Disfunções nos AV podem comprometer a eficácia dialítica, colocando a saúde destas pessoas em risco. As complicações que identifiquei, como aumentos na pulsatilidade, presença de lesões ou sinais inflamatórios, deficiente drenagem ou dificuldades na obtenção de fluxo, ficaram registadas nas notas de enfermagem, de forma a dar continuidade ao processo de cuidados. Além do registo, discuti com a minha orientadora de forma a partilhar experiências (B3.1 /D2.2).

Destas partilhas surgiu a ideia de fazer uma formação no serviço sobre complicações do AV, contudo uma vez que tive alguma dificuldade em cumprir horas de estágio, o que me restringiu o número de turnos, e carecendo a formação de uma validação junto da enfermeira-chefe, ficou acordada para o estágio de internamento. A escolha pelos cuidados prestados é um dos direitos das pessoas (Lei nº15/2014, 2014), porém nem sempre as suas escolhas vão de encontro ao delineado pela equipa multidisciplinar. Exemplo disto são duas situações, uma que conduziu a uma reflexão da minha parte (Apêndice I) (A2.1/A2.2) e outra, um senhor que se encontrava em tratamento há cerca de dois anos e mantinha recusa em construir outro AV para além do CVC.

A construção de uma FAV não garante por si só um bom AV para HD, depende de outros fatores que condicionam o seu desenvolvimento, há pessoas que passam por inúmeras cirurgias até o conseguirem, o que lhes causa muito sofrimento. Ao recusar a construção de AV era destes stressores que este senhor tinha receio, como também da dor das punções e as alterações na sua imagem corporal (desenvolvimento de aneurismas, veias colaterais e cicatrizes). Os stressores que assolam estas pessoas, desde que lhes é diagnosticada DRC, são inúmeros, causando instabilidade na sua homeostase (Neuman & Fawcett, 2011).

A realização de HD pelo CVC permite a este senhor manter o seu equilíbrio, passar por uma cirurgia coloca-o numa situação desconfortável de instabilidade. Enquanto futura enfermeira especialista procurei desmistificar conceitos e identificar quais as vantagens e desvantagens de cada tipo de AV, advogando sempre o melhor para este senhor. Nem sempre esta tarefa foi fácil perante a sua renitência, contudo penso tê-lo esclarecido de uma forma inteligível munindo-o de conhecimentos que o ajudem a tomar a melhor decisão para si (A2.1/D2.1).

A DRC, como as diversas cirurgias podem ter um impacto negativo na sexualidade destas pessoas (Higgins, Barker & Begley, 2006), pois são várias as alterações que provocam como já referido. A qualidade de vida diminui, surgem alterações na capacidade física, psicossocial, económica, a imagem corporal altera-se, há alterações na sexualidade, repercutindo-se em dificuldade em aceitar a doença (Harwood *et al*, 2009, Browne & Johnstone, 2017).

Durante estas quatro semanas pude através de conversas informais questionar os colegas, se procuram saber junto das pessoas, se possuem alguma alteração na sua sexualidade e que intervenções desenvolvem. A resposta que obtive foi negativa, os colegas questionados nunca haviam falado sobre sexualidade

com os doentes. O papel do enfermeiro é fundamental nesta área, somos nós quem está mais próximo destas pessoas, contudo também está descrito que a maioria dos enfermeiros não tem um papel ativo no aconselhamento sobre as alterações da sexualidade da pessoa com DRC, quer por falta de conhecimento, competências ou até mesmo constrangimento (Higgins, Barker & Begley, 2006).

No intuito de ampliar o meu conhecimento, fiquei um dia na sala de técnicas, onde pude participar na colocação de um CVC tunelizado na jugular direita e numa biopsia renal (D1.1). As duas situações foram enriquecedoras.

A realização deste estágio permitiu-me desenvolver as competências identificadas, como enriquecer os meus conhecimentos, permitindo-me dar mais um passo para alcançar o patamar de Perita definido por Benner (2001).

2.2. Unidade de Diálise Peritoneal

O estágio em DP à semelhança de HD desenvolveu-se num hospital de referência, no serviço de nefrologia e transplantação renal, e decorreu em quatro semanas.

O serviço comportava a unidade de HD (uma sala principal com doze postos, um de isolamento, e, uma outra sala secundária com cinco postos reservados a pessoas com infeção a VIH e/ou VHB. Pessoas portadores de VHC efetuavam o seu tratamento na sala principal, no último posto do circuito da água), uma sala de pequena cirurgia (onde se realizavam biopsias renais, colocação de CVC para HD, exteriorização de Cateteres de *Tenckhoff* (CT), *cuff-shavings*), a unidade de diálise peritoneal e sala de hospital de dia, que dava apoio às duas anteriores.

A equipa multidisciplinar da unidade de DP era constituída por duas nefrologistas, exclusivas, e dois enfermeiros, um deles em dedicação exclusiva à técnica e com especialidade médico-cirúrgica. De realçar que contavam ainda com o apoio de uma nutricionista, uma assistente social e uma administrativa, que davam resposta a todo o serviço.

As consultas de esclarecimento eram realizadas pelos enfermeiros e nefrologistas da DP, como ainda pela assistente social e pela nutricionista. Preferencialmente eram observados primeiro pela nefrologista, onde era avaliada a elegibilidade de cada doente para as diferentes técnicas, seguindo-se as outras.

Durante o estágio pude colaborar nas consultas de esclarecimento de enfermagem como ainda, a pedido, assisti a uma consulta com a nutricionista. Nesta

pude verificar como elaborou um plano alimentar em função dos valores analíticos do doente e qual a base dos ensinamentos, pude confrontar os meus conhecimentos teóricos com a sua aplicação prática (D1.1).

Por sua vez, na consulta de enfermagem colaborei com o enfermeiro orientador, expondo as TSFR de forma clara e imparcial, com recurso a imagens, sempre que necessário. As pessoas consultadas durante este período chegavam em estágio 4, pelo que a decisão não tinha que ser precipitada, era-lhes dado um espaço para reflexão e posterior tomada de decisão (D2.1/ A2.1/ A2.2). O contacto da unidade, foi sempre disponibilizado, para o esclarecimento de alguma dúvida que pudesse surgir.

À data do ensino clínico existiam 57 pessoas, em programa de ensino. No programa de monitorização após recuperação da função renal eram 10 e, em programa regular de DP 47. A média de idades situava-se nos 54,48 anos assemelhando-se à média nacional, 56,3 (Galvão, 2021), a pessoa mais nova tinha 20 anos e a mais velha 84 anos. O tempo médio na técnica era de 2 anos e 5 meses, existindo uma pessoa há 9 anos em DP.

Das 47 pessoas 50,9% eram do género masculino, 70% encontravam-se em DPA, todas com monitorização remota (MR), 28 % em DPCA e 2% em DP Plus (DPA juntamente com DPCA). Estes 70%, contrapõe os 41,5% de doentes em DPA a nível nacional (Galvão, 2021).

Esta percentagem em DPA pode ser justificada pela MR, a qual permite à equipa da DP um acompanhamento diário dos tratamentos e, intervenção imediata nas prescrições se necessário. Desta forma as pessoas reduzem o número de deslocações à unidade, sentem-se mais acompanhadas e seguras, e adquirem a autonomia que necessitam, para a realização da técnica de uma forma independente em casa (House, 2019).

Além da MR, todas as pessoas dispõem de um programa de apoio domiciliário (atendimento telefónico e visitas domiciliárias) assegurado pela empresa fornecedora dos equipamentos de diálise, com a qual um dos enfermeiros da unidade também colaborava, permitindo-lhe ser um agente de comunicação entre equipas. A visita domiciliária pode facilitar a identificação de fatores de risco que condicionem a correta realização da técnica, como proporciona uma maior humanização dos cuidados, contribuindo para uma menor incidência da taxa de peritonite e consequente manutenção da técnica (Martino *et al*, 2014; Law & Padure, 2019) (D2.2).

Um exemplo disso foi um senhor, que após preparar todo o material e a cicladora para iniciar o tratamento, tocou no conector do CT. Ao ligar para o apoio domiciliário foi aconselhado a não realizar o tratamento e deslocar-se no dia seguinte à sua unidade para trocar o prolongador. Desta forma foi possível evitar uma atitude errónea, prevenindo possíveis infeções.

Estes dois fatores, aliados de uma estratégia de ensino estruturada, podem estar na base de baixas taxas de peritonite da unidade, comparativamente aos dados nacionais. No ano de 2017 foi de 0,23; em 2018 de 0,17 e 2019 0,15 episódios/doente, por sua vez a nível nacional 2017 situava-se nos 0,29, em 2018 nos 0,31 e 2019 0,26 episódios/doente (Galvão, 2021) (D2.2).

Até à data da realização do estágio, o meu contacto com DP havia sido apenas em formação e observação, desta forma inicialmente enquadrava-me no nível de iniciada avançada (Benner, 2001). Embora apenas tivesse observado a prestação de cuidados, possuía conhecimentos teóricos que me permitiram fundamentar a minha intervenção de enfermagem.

A primeira semana foi mais dedicada ao reconhecimento do serviço, observação de consultas, forma de intervenção e questionamento acerca de procedimentos do serviço, de forma gradual fui-me integrando na equipa multidisciplinar e participando com a mesma (C2.2).

Nas semanas seguintes no intuito de enriquecer os meus conhecimentos teóricos como também práticos, colaborei na realização de consultas de enfermagem e junto do meu orientador fui discutindo as situações que surgiam à luz da evidência científica, quer através da leitura de manuais, guidelines ou artigos científicos (C2.2/B2.1).

As consultas de enfermagem são momentos fulcrais na avaliação da adaptação da pessoa à DRC e ao tratamento, na avaliação da eficácia dialítica, na implementação de estratégias de ensino ou reensino, caso se identifique essa necessidade, no planeamento de intervenções daí decorrentes; como ainda no levantamento de elementos identificativos de infeção.

Desta forma pude colaborar em diferentes momentos, nomeadamente realização de pensos do orifício de saída identificando fases de cicatrização, presença de tecido de granulação, rubor e até mesmo exsudado, que culminaram na identificação de duas infeções do orifício de saída; participei em ensinamentos quer da realização de penso do orifício de saída, como da técnica dialítica, DPCA e DPA; avaliação de parâmetros da adequação dialítica, como tensão arterial, peso corporal

e colheita de produtos (sangue, urina e dialisado) e avaliação da função da membrana peritoneal através do teste de equilíbrio peritoneal; participei ainda na avaliação da pressão intra peritoneal; na troca de prolongadores do CT; administração de terapêutica e em avaliações do efluente, tendo-se identificado um efluente turvo, sinal de peritonite que se confirmou (D1.1/ C2.1).

Os procedimentos efetuados basearam-se nas guidelines/ recomendações da *Internacional Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD) Figueiredo *et al*, 2016; Li *et al*, 2016; Szeto *et al*, 2017), a qual se sustenta na última evidência científica publicada para a realização e atualização das mesmas (B2.1).

Os dois doentes com infeção do orifício de saída proporcionaram-me o contacto com duas experiências diferentes, uma que culminou na realização de *Cuff-Shaving* e outra na remoção do CT, com realização de HD transitoriamente através de CVC (D1.1).

No primeiro caso estávamos perante um senhor que a 12 de fevereiro de 2019 teve infeção do orifício de saída por *Staphylococcus Aureus* resistente à meticilina, recidivando a 9 de setembro, contudo por um agente diferente, *Proteus mirabilis*. De 9 de setembro a 23 de outubro fez diferentes combinações de antibioterapia, mantendo exsudado, pelo que se decide fazer *Cuff-Shaving* a 24 de Outubro.

A técnica decorreu na sala de pequena cirurgia do serviço, permitindo-me observar; é um procedimento que requer técnica asséptica e consiste na remoção do *cuff* exterior do CT e na criação de um novo orifício de saída para este.

Esta técnica é segura, não representa riscos para o doente nem para o CT, permitindo prolongar a sua longevidade, como ainda reduz o risco de recidivas de infeções do orifício de saída (Debowski, Waerp & Kjellevolg, 2017).

No segundo caso, tratava-se de um senhor que em março de 2018 havia tido uma infeção por *Estreptococos B* e, em 2019 tem nova infeção por *pseudomona aeruginosa* a 14 de Agosto, recidivando a 30 de Setembro e novamente a 7 de Novembro. No primeiro incidente em 2019 havia suspenso antibioterapia por apresentar alterações nas transaminases, aparentemente no segundo episódio ficara curado, ficando com indicação de aplicação de gentamicina tópica no orifício de saída, contudo surgiu um terceiro incidente.

A decisão médica recaiu em iniciar antibioterapia (oral e endovenosa) pela terceira vez consecutiva no mesmo ano, durante 3 semanas. Foi-lhe colocado cateter venoso periférico, tendo sido repuncionado na mesma semana 4 vezes por

falência dos acessos venosos periféricos. Ao considerar que estávamos perante a terceira infecção do orifício de saída pelo mesmo agente, e tendo presentes as recomendações da ISPD (Szeto *et al*, 2017), após ponderar a situação e também ter discutido comigo o assunto, o meu orientador falou com a nefrologista, discordando da sua decisão e questionando-a se o melhor procedimento não seria a remoção do CT (C2.2/ D2.3/D2.2/A2.2).

Após esta conversa a nefrologista decidiu pedir uma segunda opinião a um colega, optando pela remoção do CT a 13 de Novembro, colocação de CVC para realizar HD transitoriamente, e agendamento de nova colocação de CT para 24 de novembro.

Enquanto enfermeira especialista é meu dever advogar o melhor para cada doente, assegurando o uso de evidência científica de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, deste modo garantimos o melhor para este senhor.

O terceiro contacto com uma situação de infecção, tratou-se de uma peritonite. Um senhor dirigiu-se à unidade referindo dor abdominal ligeira, uma “moinha” (sic), tendo-se suspeitado de peritonite. Uma vez que a modalidade terapêutica era DP noturna intermitente, teve que se infundir volume e aguardar 2h para drenar, observar as características do mesmo e colher amostras para análise (Li *et al*, 2016;Kelman & Watson, 2017).

Os resultados confirmaram presença de peritonite, iniciando antibioterapia em icodextrina. Uma vez que existia história de *leak* aquando o uso de icodextrina, foi necessário ajustar o volume para metade, para que fizesse permanência o mínimo tempo recomendado (6h). Este ajuste exigiu uma deslocação diária do senhor à unidade para realizar a troca com a quantidade certa de antibiótico (B2.1/ D2.2/D2.3).

Estas deslocações diárias permitiram-me desenvolver destreza na realização de trocas manuais.

A peritonite pode levar a falência da técnica, causar danos na membrana peritoneal levando a perdas de função, podendo inclusive ser causa de morte (Weinhandl, Gilbertson & Collins, 2016). Segundo Galvão (2021) as principais causas de abandono da técnica são infecção com 40,5% e a falência de ultrafiltração com 21,5%.

Dos pequenos momentos de partilha com as pessoas pude constatar que entre os seus receios estavam as infeções do orifício de saída e as peritonites. A partir do momento que escolhem fazer DP evitar complicações com o CT é um dos

seus objetivos, para prevenir constrangimentos na realização da técnica, novos sofrimentos e fatores de stress que provoquem novos desequilíbrios nas suas homeostases (Neuman & Fawcett, 2011).

A intervenção do enfermeiro especialista passa por capacitar estas pessoas de conhecimentos que as ajudem a evitar infeções, mantendo a sua estabilidade emocional e conseqüentemente a sua homeostase. A melhor forma de o fazer é sem dúvida através de estratégias de ensino bem definidas e reensino sempre que o sistema entra em desequilíbrio. Após uma peritonite importa também aferir quais as condições da membrana através da realização do teste de equilíbrio peritoneal.

Ao longo dos anos tem surgido vários estudos que comprovam o impacto de estratégias de ensino na diminuição de infeções em DP, nomeadamente Dias, Prado, Oliveira *et al* (2014), Figueiredo, *et al* (2015), Schaepe & Bergjan (2015) e Radmore & Hyrkäs (2019).

Durante o estágio pude colaborar em diferentes ensinamentos, verificando que existe uma estratégia adaptada e adequada a cada pessoa, e às suas necessidades.

Num ensino de DPA pude observar que a reação de uma senhora na presença da família era diferente, apresentava tremor nas mãos e dificuldade em seguir os passos corretamente. A presença da filha e marido durante as sessões de ensino deixavam-na mais ansiosa e stressada. Partilhei com o meu orientador a minha opinião e na sessão seguinte foi-lhe pedido que entrasse sozinha, verificamos que a sessão decorreu sem intercorrências (D2.3/D2.2/B1.1).

Posteriormente em visita domiciliária o meu orientador abordou a senhora neste sentido, tendo ela validado a minha observação. A presença de familiares pode ter um papel facilitador ou dificultador (Radmore & Hyrkäs, 2019).

O recurso a uma pessoa já em programa e experiente, é também uma estratégia que se pode adotar no ensino (Figueiredo *et al*, 2016), pude presenciar uma destas sessões (D1.1). A conversa decorreu na unidade de DP e foi sem dúvida um momento enriquecedor, não só pela partilha que foi realizada, mas por me ter proporcionado aprender que apesar de limitar as suas vidas, esta técnica oferece-lhes a liberdade que necessitam para continuar a viver.

O meu tema de investigação está direcionado para HD contudo não pude deixar de discutir esta temática com o meu orientador, tentando perceber se é um tema que as pessoas abordam em consulta com facilidade, o que não se verifica. A existência de uma estratégia para abordar a sexualidade com as pessoas também

não existe, é entregue um guia a todos em início da técnica, o qual abordava diferentes aspetos inerentes à mesma, entre eles a sexualidade.

Todos os momentos e experiências destas quatro semanas permitiram-me um crescimento profissional, oferecendo-me uma perspetiva mais abrangente da DP e o aprofundamento de conhecimentos sobre a mesma.

A realização deste estágio permitiu-me desenvolver as competências (Regulamento nº 140/2019) identificadas no decorrer do texto, como vivenciar inúmeras situações que, me permitiram adquirir alguma destreza na prestação de cuidados e na sua articulação com a evidência científica, contudo não considero que seja suficiente para antever os acontecimentos em diferentes situações, e atingir um novo patamar entre os níveis de Benner (2001), permanecendo no nível iniciada avançada.

2.3. Centro de Tratamento de Acessos Vasculares

O desenvolvimento de competências como especialista na área de intervenção da nefrologia pode contemplar a passagem em diferentes unidades de cuidados, três delas foram delineadas pela escola, como estágio opcional escolhi o CAV, o qual decorreu durante cinco semanas.

O CAV fica situado na área metropolitana de Lisboa, tendo como missão dar resposta às unidades periféricas que nela se situam, bem como às regiões Centro e Sul de Portugal Continental, da mesma entidade de saúde.

O centro é constituído por duas salas dedicadas ao AV, uma de cirurgia e outra de intervenção endovascular com apoio angiográfico. Todos os procedimentos são em regime ambulatorio e sob a anestesia local.

No ano anterior à realização do estágio o volume anual de cirurgias era de aproximadamente as 1000 intervenções, das quais 33% trombectomias de AV, 45% revisões de AV (aneurismoplastias, hemorragias do AV, infeções, abscessos, entre outros) e 22% construções de novos AV. Os primeiros AV são da responsabilidade do hospital público de referência do doente, contudo, quando não reúne condições de resposta, poderá subcontratar a realização do ato a uma entidade terceira (DGS, 2011). No CAV constituiu apenas cerca de 1% do volume de cirurgias.

Cerca de metade das cirurgias foram de carácter urgente. O centro assegura uma resposta em menos de 24 horas evitando a colocação de CVC para HD (DGS, 2011). As intervenções em FAV constituem 65% do volume total de cirurgias, fato

que se justifica pela prevalência de 73,4% de pessoas com DRC com FAV em 2020 (Galvão, 2021).

A sala angiográfica atingiu cerca de 1700 exames, 10% trombólises, 75% angioplastias com ou sem stent e restantes 15% angiografias de mapeamento, diagnósticas ou sem possibilidade de intervenção.

As duas salas dão uma resposta maioritária a complicações do AV, apenas 22% das cirurgias foram construções de novos AV. A trombose representa o culminar da disfunção do AV e deve-se principalmente à presença de estenoses (Schmidli, *et al*, 2018). O tratamento através de angioplastia tem-se revelado seguro e com bons resultados no tratamento de estenoses (Schmidli, *et al*, 2018), fato que justifica 75% das intervenções endovasculares no centro.

Previamente a cada intervenção é realizada uma avaliação do AV, em caso de complicação do AV, ou mapeamento do património vascular, quando é para construção de novo AV. A equipa tem acesso a todo o historial clínico do doente no qual estão documentadas todas as intervenções que realizou no CAV, medicação crónica, alergias conhecidas, comorbilidades e marcadores virais, como recomendado pela (DGS, 2011). É ainda possível recorrer a imagem por ultrassonografia e avaliação por doppler. Toda esta informação é crucial na tomada de decisão, o AV é o elo de ligação à vida da pessoa com DRC, más decisões podem esgotar os seus patrimónios vasculares colocando-as em situações difíceis.

A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por prestadores de serviços, 10 elementos, sendo a equipa permanente constituída apenas por 3 elementos. Dos 13 elementos, 4 possuíam especialidade, dois em enfermagem médico-cirúrgica, um em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e um em enfermagem de reabilitação.

Os restantes membros da equipa embora não possuam especialidade enriqueciam a equipa com anos de experiências em diferentes áreas de enfermagem, desde unidades de internamento, salas de cirurgia, unidades de cuidados intensivos, urgência entre outros, contudo sendo a área da nefrologia tão específica existem sempre dúvidas, principalmente nos colegas que anteriormente não haviam tido um contacto tão próximo com a DRC.

Durante estas 5 semanas pude integrar a equipa, participando na prestação de cuidados enquanto enfermeira circulante. Tendo em consideração o meu percurso profissional identifico o meu nível de aprendizagem, quando iniciei o estágio, no estadio de proficiente (Benner, 2001).

O acompanhamento da pessoa desde que entra até que sai do CAV cria diferentes momentos de intervenção de enfermagem. Contudo, penso que o primeiro contacto é fundamental para criar empatia, proporcionando-lhe uma relação de confiança. As pessoas que se deslocam ao centro referiam frequentemente “tenho sofrido tanto” ou “quando venho para aqui já sei que venho sofrer”, a sua homeostasia encontrava-se alterada estando em desequilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011).

Enquanto futura enfermeira especialista procurei trabalhar em parceria com a equipa, fornecer às pessoas toda a informação sobre a sua situação, explicar as vantagens e desvantagens de cada opção, no intuito de as capacitar para a melhor decisão (D2.1/A2.1). Tive também como foco, a identificação dos stressores que desencadeavam desconforto, de forma individualizada, intervindo sobre eles ajudando de modo a que a pessoa reencontra-se a sua homeostase (Neuman & Fawcett, 2011).

O AV é um elemento fundamental, existem complicações que podem comprometer a realização do tratamento de HD, como a trombose, outras que comprometem a eficácia do tratamento, como as estenoses e, outras que podem por em risco a vida da pessoa, como são o caso de aneurismas infetados em risco de rutura. As complicações do AV, que chegam ao CAV, são diversas.

Um caso em particular, um senhor com idade compreendida entre os 60 e os 70 anos, dependente, recorre ao CAV referenciado como tendo uma FAV com aneurisma infetado. Quando questionado sobre o início do processo inflamatório diz ter cerca de um mês. A pele do aneurisma apresentava-se ruborizada, quente e brilhante e à palpação estava hiperpulsátil, contudo, o senhor não demonstrava preocupação, desconhecendo o risco de rotura. Em parceria com o cirurgião procedemos ao ensino do senhor, elucidando-o sobre cuidados com o AV como alguns sinais de complicação com o mesmo (A2.1/D2.1).

A manutenção de um AV depende do contributo do enfermeiro e da capacitação da pessoa para o auto cuidado. A promoção do autocuidado pode ser dividida em quatro áreas, antes da construção do AV, cuidados nas 48 horas após a construção, durante a maturação do AV e quando se encontra a utilizar o AV para HD (Sousa, 2012).

Após a construção do AV, no CAV realizei ensinos para as seguintes 48 horas (A2.1/D2.1). Ao enfermeiro em sala de HD, cabe um maior acompanhamento da

pessoa e a promoção do autocuidado nas restantes áreas. Ao trabalharmos em parceria podemos prolongar a vida do AV.

Uma vez que o caso deste senhor não era um caso isolado, procurei trabalhar junto da equipa de enfermagem a necessidade de se constituírem elos de ligação entre o CAV e as unidades de HD (A2.2/B1.1/B2.2). O trabalho de equipa, não só intra-equipa mas também inter-equipas é primordial, como também trabalhar as competências que possuímos, desenvolver novas competências e proporcionar aos nossos pares a capacidade de melhorar as suas, só assim assegurarmos os melhores cuidados de enfermagem.

As complicações que surgem no AV (Inglese, 2017; Gilliland, 2017) provocam grandes alterações na imagem corporal do DRC, encontramos a verbalização do incomodo causado em frases como “...olhem para isto estou toda cortada...”, “...pareço um monstro, mal me consigo olhar ao espelho...”, “...o braço está todo inchado parece um trambolho...”, “...vejam lá se me conseguem fazer alguma coisa neste braço, preciso do outro para trabalhar, é com ele que vou fazendo as coisinhas lá de casa...”, “...façam-me alguma coisa nos braços, nas pernas não por favor depois não consigo andar...”. Estas alterações condicionam a qualidade de vida da pessoa, provocando alterações na forma como se relaciona com os outros, inclusive na vivência da sua sexualidade.

Na minha intervenção procurei olhar para estas pessoas como um todo, não as desfragmentando, concebendo-as em toda a sua essência (A2.2), assegurando a privacidade de cada um, tentando que a exposição corporal fosse apenas a necessária, visualizando se, se verificavam sinais de desconforto e agindo em conformidade, como ainda abordei os cirurgiões de forma a minimizarem as incisões, dentro do possível, para preservarem a imagem corporal. Não podemos esquecer que a alteração da imagem corporal vem aliada de diminuição da libido, alterações hormonais, disfunção erétil, infertilidade, mau hálito, entre outros (Anantharaman & Schmidt, 2007).

Uma vez que o estágio decorreu no final do ano de 2019, e existindo a necessidade de se elaborar um plano de formação para o ano seguinte, surgiu a oportunidade de participar no levantamento de necessidades formativas do serviço e elaboração do mesmo. Inicialmente o foco era a equipa de enfermagem, porém foi-me lançado o desafio de englobar também as assistentes operacionais, o qual aceitei (D2.1)

A metodologia utilizada para o levantamento das necessidades formativas na equipa de enfermagem teve recurso à aplicação de um breve questionário aos diferentes elementos da equipa (B2.2). Deste levantamento resultaram as seguintes temáticas: preparação da mesa operatória, conteúdo e manipulação do carro de urgência, eletrocardiografia - monitorização na sala cirúrgica e na sala de angiografia, isolamentos de contacto e principais agentes, suturas e fios de sutura, suporte avançado de vida, noções básicas sobre os diferentes AV, o seu funcionamento e canulação.

Ao analisar os resultados obtidos verifiquei que as necessidades formativas identificadas pela equipa são questões muito técnicas e gerais, não sendo a individualidade de cuidados realçada. No intuito de contornar esta situação e, procurando criar pequenos momentos de partilha em períodos de menor volume de trabalho, sugeri a criação de um momento formativo com duração compreendida entre 30 minutos a 1 hora, a ocorrer quinzenalmente, de carácter informal, o qual intitulei de “*takeabreak*” (B2.2). A ideia foi recebida com entusiasmo e curiosidade.

O objetivo destes momentos foi criar um momento de partilha na equipa com informação relativa à pessoa com DRC, obtida quer a partir de estudo individual, um artigo, alguma formação na qual tenham participado, de forma a enriquecer os conhecimentos do grupo. Uma vez que o meu tema de investigação visa identificar as intervenções de enfermagem junto da pessoa DRC com alterações da sua sexualidade, selecionei o artigo “*Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal sustitutivo*” (Ahís Tomás, Renau Ortells & Meneu Oset, 2016) e realizei o primeiro “*takeabreak*” (D2.1)

A partir da leitura e análise do artigo foi possível identificar diferentes alterações da sexualidade na pessoa com DRC como ainda me permitiu fazer uma ponte para a identificação de intervenções que os colegas adotam ou considerariam pertinentes, como ainda sugerir melhorias (D2.2).

As necessidades formativas identificadas foram colocadas no plano de formação para o ano seguinte, tendo sido referenciadas pessoas dentro da equipa para a realização de algumas, e destacadas outras para receber formação externa e posteriormente transmitir ao restante grupo (D2.1).

Por sua vez no grupo das assistentes operacionais a metodologia utilizada foi a observação crítica do seu desempenho e o questionamento direto. Como temáticas a abordar resultaram, medidas de higiene e controlo de infeção e correta utilização de equipamentos de proteção individual. Com recurso a formações já

existentes no centro, dividi o grupo em dois, fazendo duas abordagens para revisão destas temáticas (D2.1).

Durante o período de estágio decorreu uma formação relacionada com a formação e investigação na qual me foi permitido participar. A formação foi dividida em dois momentos, um mais formal e outro mais informal. No primeiro pude rever o processo de investigação e no segundo ter acesso a metodologias de formação “fora da caixa”. Ambas enriquecedoras, contudo na segunda como recorreram a dinâmicas de grupo permitiu uma maior interação, quebrando o gelo entre participantes e dotando-nos de novas estratégias de ensino (D1.1).

A realização deste estágio permitiu-me desenvolver as competências (Regulamento nº 140/2019) identificadas no decorrer do texto e aproximar-me do patamar de Perita definido por Benner (2001).

2.4. Estágio de Internamento em Nefrologia

O último local de estágio foi a unidade de internamento, decorreu durante cinco semanas e teve lugar no mesmo serviço que o estágio de HD.

A minha escolha por este local de estágio prendeu-se não só pelo reconhecimento de referência desta unidade hospitalar, mas também pelo fato da unidade possuir internamento e unidade de cuidados intermédios.

Uma vez que o meu percurso profissional não tem sido dirigido para o internamento, este campo de estágio foi sem dúvida o mais desafiante, não só pelo desconhecimento, mas por toda a complexidade que envolve. Ao não estar familiarizada com qualquer tipo de serviço de internamento faz com que a minha intervenção seja muito limitada, pelo que me situa no nível de iniciada de Benner (2001).

Durante estas cinco semanas pude acompanhar a minha orientadora na prestação direta de cuidados no internamento e na unidade de cuidados intermédios (5 turnos e 1 turno respetivamente), na chefia de turno, sem pessoas atribuídos (5 turnos), fui um dia ao bloco operatório para assistir a um transplante renal de dador vivo (1 turno) e assisti a três formações do serviço que decorreram ao longo deste período.

A unidade de internamento dava resposta a um grande leque de pessoas, dada a sua área de abrangência, recebendo pessoas quer em LRA, como com DRC (em HD ou DP) ou transplantadas. Os motivos de internamento mais frequentes,

identificados durante o estágio foram infecções respiratórias, pneumonias, agravamento/alteração da função renal, infecções do trato urinário, agudização da DRC e síndromes cardiorrenais.

A maioria encontrava-se em programa de HD, seguindo-se transplantados, em programa de DP não se encontrava ninguém internado à data, este fato que vai de encontro aos dados da SPN (Galvão, 2021), segundo os quais em 2019 a prevalência de doentes por modalidade terapêutica era de 1294,98 *pmp* em HD, 716,34 *pmp* em transplante renal e 85,26 *pmp* em DP.

A unidade encontrava-se dividida em duas alas. Uma com pessoas dependentes (onze camas), na qual se situava a unidade de cuidados intermédios (seis camas) e a sala de trabalho de enfermagem; e outra com pessoas independentes (16 camas). Nesta última situava-se a sala de técnicas e a sala de observações, a qual dava resposta a situações de carácter urgente, realizando colheitas, medicação e se necessário agilização do internamento. Embora o hospital não possua serviço de urgência, as pessoas dirigem-se diretamente ao hospital, podendo ser admitidos através da consulta externa, entre as 9h e as 16h, ou dirigindo-se diretamente ao piso após as 16h.

Como o chefe de equipa ficava sem pessoas atribuídas ficava responsável por esta sala e, no período da tarde acrescia a responsabilidade pela sala de técnicas. As suas atividades abrangiam também a gestão de internamentos (distribuição por quartos, admissões, altas, isolamentos), bem como as distribuições por enfermeiro consoante as necessidades de cuidados, registo de rácios/horas de cuidados, verificação de estupefacientes, planeamento de colheitas de sangue e jejuns, como auxiliar os colegas sempre que necessário (C1.2/C2.1/C2.2).

Estes turnos possibilitaram-me o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados. Não me conferiram a capacidade de as reproduzir num serviço de internamento, mas permitiram-me o contato com metodologias de trabalho que me enriquecem enquanto futura enfermeira especialista.

Ao acompanhar a enfermeira orientadora como chefe de equipa, pude participar na colocação de um CVC para medicação, na troca de um CVC provisório por um CVC de longa duração e na realização de uma biopsia renal (D1.1).

Uma vez que estas pessoas se encontravam internadas na unidade, pude acompanhar os cuidados após a realização das técnicas, compreendendo a importância da continuidade dos cuidados. No que diz respeito ao CVC a monitorização do local de inserção, vigiando a possibilidade de hemorragias ou

hematomas. No que diz respeito a complicações mais severas como hemotórax, pneumotórax ou perfuração de câmara cardíaca, ambos fizeram controlo radiográfico posterior.

No que respeita a biopsia renal, o protocolo do serviço divide-se em cuidados pré e pós realização do procedimento, tratando-se de rim nativo, nos cuidados pré englobavam a avaliação da tensão arterial, realização de hemograma, provas de coagulação e grupo sanguíneo, ecografia renal, a punção de uma via periférica e consentimento informado assinado. Através da prova de coagulação e ecografia renal eliminam-se contra indicações para a sua realização.

Nos cuidados pós o despiste de hemorragias (avaliação de tensão arterial e pulso, hematúria macroscópica, lipotimia e presença de dor mais intensa no local de punção), repouso absoluto de 6h, prolongado até 24h após, com levante apenas para deslocar-se à casa de banho se estritamente necessário, após as 6h e na manhã seguinte repetição da colheita de hemograma e da ecografia renal no dia seguinte.

Na sala de observação demos resposta a algumas situações, contudo houve uma que me marcou mais. Um senhor, idoso, em cadeira de rodas, institucionalizado, foi levado até ao hospital sem acompanhante, por febre e dificuldade respiratória. Após resultados analíticos não tinha indicação para internamento, ficando apenas com medicação oral. Quando se contactou a instituição na qual residia, negaram recebê-lo por já terem porta fechada desde as 17h. Tudo o que se desenvolveu posteriormente implicou envolvimento da equipa multidisciplinar e, inúmeras chamadas telefónicas, acabando o doente por pernoitar noutro serviço uma vez que a unidade não disponha de vagas.

Segundo o senhor não tinha contato com a sua única filha, por desentendimentos antigos. A única cuidadora era uma sobrinha, responsável pelos seus cuidados. Após as várias chamadas em que tanto o lar como a sobrinha se desresponsabilizaram, e após terem sido advertidos que estávamos perante um crime, recebemos uma chamada no serviço da filha do senhor que se comprometeu a ir buscá-lo no dia seguinte, uma vez que residia na zona centro do país (A1.1/A2.2).

De acordo com o Decreto-lei n.º 48/95 (1995) a pessoa que tenha a seu cargo uma pessoa particularmente indefesa e lhe inflija maus tratos quer físicos quer psíquicos, como privação da sua liberdade, pode ser punida com pena de prisão de um até cinco anos. De forma a garantir o seu funcionamento, os lares de idosos,

devem promover serviços permanentes aos idosos que neles residem, adequando-os à sua problemática biopsicossocial (Despacho normativo n.º 12/98, 1998). Enquanto enfermeiro especialista é seu dever advogar pelos direitos destas pessoas, garantindo que a sua dignidade não é colocada em causa.

Nos turnos nos quais estivemos na prestação direta de cuidados todos os momentos contribuíram para o meu crescimento profissional. Por não contactar com uma enfermaria há mais de dez anos, todas as situações são novas e geradoras de desconforto, como também de novas aprendizagens. Desta forma pude colaborar no planeamento de cuidados às pessoas atribuídas, procurando proporcionar-lhes cuidados com qualidade, verificar como é envolvida a família no processo de cuidados, e realizar registos de enfermagem, assegurando a continuidade de cuidados. Todos os cuidados prestados asseguraram a privacidade do doente, respeitando os seus valores e crenças (A2.2/B3.1/D1.1).

Durante estas semanas o número de mortes que presenciei foi 3, todas situações difíceis de gerir. Contudo, a morte de uma senhora com história de neoplasia, em estadio terminal, com cerca de 60 anos foi a mais marcante (D1.2). Os tratamentos de HD foram suspensos e foi realizado alívio da dor permanente, mantidos os cuidados de higiene e conforto, e garantido que a família estivesse sempre presente.

A DGS (2012) preconiza o TMC na DRC em situações de coexistência de outra doença que diminua a esperança de vida, e em casos de ausência irreversível de vida de relação, como se verificava. Um fim de vida digno, isento de sofrimento, com recurso ao tratamento da dor ou outros problemas quer sejam de ordem física, psicológica ou espiritual devem ser supridos (Lei n.º 31/2018, 2018).

O turno que estive na unidade de cuidados intermédios embora com pessoas com situações estáveis, permitiu-me o contacto com uma situação de descompensação, esta gerou dinâmicas que me permitiram visualizar diferentes intervenções, como também me suscitou dúvidas que procurei colmatar (D1.1).

Sem dúvida que formação continua é preponderante, a formação de adultos tem as suas especificidades, tendemos a procurar e a ouvir a informação que consideramos importante e da qual necessitamos. No que respeita as três formações que presenciei, as três foram pertinentes quer no que diz respeito à aquisição, quer à renovação de conhecimentos para o desempenho de funções neste serviço. Por sua vez, no que respeita ao meu desenvolvimento, duas delas permitiram-se solidificar conhecimentos, revendo conceitos, enquanto a terceira me

permitiu acesso a informação nova, mas pertinente para a minha prestação de cuidados, “aprender é ampliar o mundo em que se vive, reestruturá-lo e reconstruí-lo de forma permanente” (Moraes, 2010, p.138) (D1.1).

O transplante renal foi sem dúvida o momento auge do estágio, não só pela complexidade que envolve e permitir-me acesso visual a todo o procedimento, mas porque trabalhando com pessoas com DRC em todo o meu percurso profissional, partilho do sofrimento que eles vivenciam com os tratamentos de HD e as suas implicações e, o quanto anseiam por um transplante.

Esta situação tratou-se de uma doação em vida, não tendo a pessoa em questão iniciado tratamento nem de HD nem DP. A colheita de órgãos em vida foi possível pela Lei nº12/93, contudo com restrições na doação de substâncias não regeneráveis, só eram permitidas caso se verificasse uma relação de parentesco até 3º grau entre dador e recetor, vindo mais tarde a ser alterada Lei nº22/2007. Desde então a dádiva de órgãos não regeneráveis é possível, mesmo não se verificando relação de consanguinidade, mediante parecer favorável da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA) (D1.1/ B2.1).

Dentro das TSFR o transplante é o que oferece uma melhor qualidade de vida (Mendonça, Torres, & Salvetti, 2014), como também revela ser a melhor opção terapêutica, seja do ponto de vista social, económico como médico (Magalhães, Coelho, & Azevedo, 2013).

A equipa de enfermagem era maioritariamente experiente, constituída por 40 elementos, dos quais 9 eram especialistas, 3 em enfermagem médico-cirúrgica, 5 em enfermagem de reabilitação e 1 em enfermagem comunitária. Com a saída de alguns elementos entraram novos colegas, os quais o único contato com doentes renais havia sido na unidade. Sendo o AV a linha da vida destes doentes, e a sua preservação algo premente, após validação com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe, propus a realização da formação “Complicações do acesso vascular” (Apêndice II) (D2.1). No apêndice III encontra-se a divulgação da formação no serviço.

Como surgiram contingências relacionadas com o *Corona Vírus Infectious Disease – 2019* todas as formações presenciais foram canceladas, acabando por não ter apresentado a formação, contudo será realizada assim que possível.

Todas as situações que conduzem ao internamento destes doentes levam a que o sistema dos mesmos se altere, provocando desequilíbrio na sua homeostase, sendo o papel do enfermeiro especialista é fundamental para o reestabelecer. A

intervenção no internamento é já a nível da prevenção secundária e terciária, promovendo a readaptação e manutenção da estabilidade, reeducando de forma a prevenir novas ocorrências (Neuman & Fawcett, 2011).

A realização deste estágio permitiu-me desenvolver as competências (Regulamento nº 140/2019) identificadas no decorrer do texto e atingir um novo patamar de Iniciada avançada definido por Benner (2001), perante situações vivenciadas consigo aplicar o conhecimento apreendido a situações semelhantes.

3. ESTUDO SOBRE - “A SEXUALIDADE DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: PERSPETIVA DE ENFERMAGEM”

O terceiro capítulo visa dar resposta à componente de investigação, necessária para a aquisição de competências em investigação e consequente obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

3.1. Título

“A sexualidade da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise: perspetiva de enfermagem – revisão scoping”.

3.2. Background

A World Health Organization (WHO) define sexualidade como um aspeto central durante a vida do ser humano, que engloba identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, a sua expressão pode ser através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (WHO, 2002).

A sexualidade é para o ser humano fonte de equilíbrio, harmonia e comunicação, através da qual obtém prazer, bem-estar psicofísico e afeto. O seu papel é determinante na relação da pessoa com ela própria como com o ambiente que a rodeia. A interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, étnicos, legais, históricos, religiosos e espirituais, influência a sua vivência (WHO, 2002).

O corpo da pessoa é o objeto/instrumento através do qual a sexualidade se materializa, é também ele que sofre a influência dos fatores mencionados. Louro (2000) afirma que os corpos sofrem alterações quer pela idade, doenças, imposições sociais, intervenções médicas, entre outras.

A vivência da sexualidade decorre em todo o ciclo biológico do homem, e em todas as faixas etárias surgem problemas relacionados com a mesma. Ao focarmos a idade adulta podemos salientar infeções, vivência da gravidez, nascimento de filhos, uso de métodos contraceptivos, dificuldades em encontrar par, sentimentos

de inferioridade ou solidão, problemas de meia-idade ou da velhice, infeções sexualmente transmissíveis ou disfunções sexuais (WHO, 1975).

As doenças crónicas afetam profundamente a sexualidade da pessoa, entre as quais a DRC. Esta consiste numa perda progressiva da função do rim, na maioritariamente irreversível (Gonyea, 2017), com alteração na estrutura do rim superior a três meses, que causa prejuízo para a saúde (KDIGO, 2013)

Em 2002 a National Kidney Foundation sugeriu uma classificação da DRC em 5 estádios, com base TFG, somando em 2012 a albuminúria na classificação (Brooks, 2017). Quando é atingido o último estádio, o rim perde as suas capacidades de regulação, filtração e excreção, tendo que se iniciar uma TSFR para manutenção da vida.

Portugal é dos países a nível europeu com maior prevalência de pessoas com doença renal crónica terminal (DRCT), em 2020 era de 2011,31 *pmp*, encontrando-se divididas em 1209,72 *pmp*, 85,26 *pmp* e 716,34 *pmp* em HD, DP e transplante renal respetivamente (Galvão, 2021). O número de pessoas em HD é francamente superior às outras técnicas.

Bosco & O'Donnell (2017) salientam o alto risco de angústia emocional nas pessoas com doença crónica, um factor condicionante é a alteração da imagem corporal, a qual é um elemento chave na interação social, no desenvolvimento psicológico, nas relações interpessoais e na comunicação (Biordi, Warner&Knapik, 2006).

A DRCT, aliada da HD, provoca alterações na imagem corporal que influenciam a auto-estima, os relacionamentos íntimos e a sexualidade (Beal-Lloyd & Groh, 2012; Stewart, 2012). A sexualidade é muitas vezes colocada em segundo plano pela equipa multidisciplinar, contudo é importante realçar a sua importância, uma perceção diminuída da mesma pode influenciar de forma negativa o processo de adaptação da pessoa com DRCT ao tratamento de HD (Stewart, 2012).

As alterações identificadas podem ser físicas ou psicológicas, dentro das físicas sublinham-se distúrbios nas hormonas reprodutivas, amenorreia, anemia, efeitos adversos de medicação (anti-hipertensiva), neuropatia e problemas vasculares que afetam o fluxo de sangue à área genital, diminuição da libido. Dentro das psicológicas são exemplo a capacidade de atingir orgasmo, diminuição do desejo sexual, cansaço, depressão, má auto-imagem, mudança de papéis sociais e, conseqüentemente dependência, falta de confiança na identidade sexual e sentimento de culpa em relação ao parceiro (Thomas, 2005; Basok *et al*, 2008).

Para acompanhar a pessoa na procura de respostas às suas dificuldades, é primordial reconhecer que a HD tem um impacto prejudicial na sua sexualidade (Beal-Lloyd & Groh, 2012). A criação de um espaço de abertura, de partilha de dúvidas é o primeiro passo que o enfermeiro deve dar, contudo a falta de perícia pode condicionar a sua abordagem ao tema (Bosco & O'Donnell, 2017).

3.3. Questão/Objetivo

Quais as intervenções de enfermagem relacionadas com alterações da sexualidade na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise?

Identificar as intervenções de enfermagem associadas a alterações na sexualidade da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise.

3.4. Critérios de Inclusão

Esta revisão *Scoping* considerou:

Participantes (P) - todos os estudos que foquem pessoas com doença renal crónica com alterações na sua sexualidade maiores de 18 anos ou enfermeiros que lhes prestem cuidados.

Conceito (C) - todos os estudos que abordem intervenções de enfermagem que visem alterações da sexualidade da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise.

Contexto (C) - todos os estudos realizados em pessoas em programa de hemodiálise quer a nível hospitalar quer em unidades periféricas.

Tipos de fontes: estudos de pesquisa primária e revisões sistemáticas, não se diminuindo qualquer tipo de estudo, mesmo bibliografia cinzenta ou artigos de opinião.

3.5. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa realizada decorreu em três etapas, como o preconizado pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al, 2020), nas bases de dados *Medline With Full Text* e *Cinahl Plus With Full Text* dada a sua relevância e abrangência em estudos na área da saúde.

Na primeira etapa, partindo da mnemónica PCC (População, Conceitos e Contexto), relativa à questão e, realizou-se uma pesquisa em ambas as bases de dados de forma separada, utilizando conceitos naturais. Nesta primeira fase foram analisadas as palavras contidas no título e resumo dos estudos obtidos, bem como dos termos indexados utilizados para descrever os estudos. Na segunda etapa procedeu-se a uma nova pesquisa, utilizando as palavras-chave identificadas, como os termos indexados correspondentes. Por fim, cruzaram-se as pesquisas realizadas.

Dos estudos obtidos, foram considerados os publicados em português, inglês e espanhol entre 2002 e 2021 em texto integral.

As palavras-chave/conceitos naturais utilizados são os seguintes: doença renal crónica, sexualidade e hemodiálise. Para a pesquisa em inglês: *end-stage renal disease, sexuality e hemodialysis*.

Os conceitos naturais e indexados nas bases de dados *MEDLINE with Full Text* *CINAHL Plus with Full Text*, são os seguintes:

Tabela 1. Conceitos Naturais e Conceitos Indexados de cada base de dados.

	Base de dados <i>CINAHL Plus with Full Text</i>	Base de dados <i>MEDLINE with Full Text</i>
Conceitos naturais	Conceitos indexados	Conceitos indexados
End-stage renal disease	Kidney failure, Chronic Renal insufficiency, Chronic	Kidney Failure, Chronic Renal insufficiency
Sexuality	Sexuality Sexual health	Sexuality Sexual health
Hemodialysis	Renal diaysis	Hemodialysis

A estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *CINAHL Plus with Full Text* é apresentada no Apêndice IV e a estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *MEDLINE with Full Text* é apresentada no Apêndice V A avaliação dos artigos foi realizada quanto à sua relevância tendo em consideração a informação proveniente do seu título e resumo, sendo excluídos os que não preenchiam os critérios de inclusão.

3.6. Extração dos Resultados

A extração de dados foi realizada através de um instrumento de extração de dados (Apêndice VI), tendo por base o objetivo e questão da revisão *scoping*. O instrumento está de acordo com o recomendado pela metodologia do *Joanna Briggs Institute para Scoping Reviews* (Peters et al, 2020).

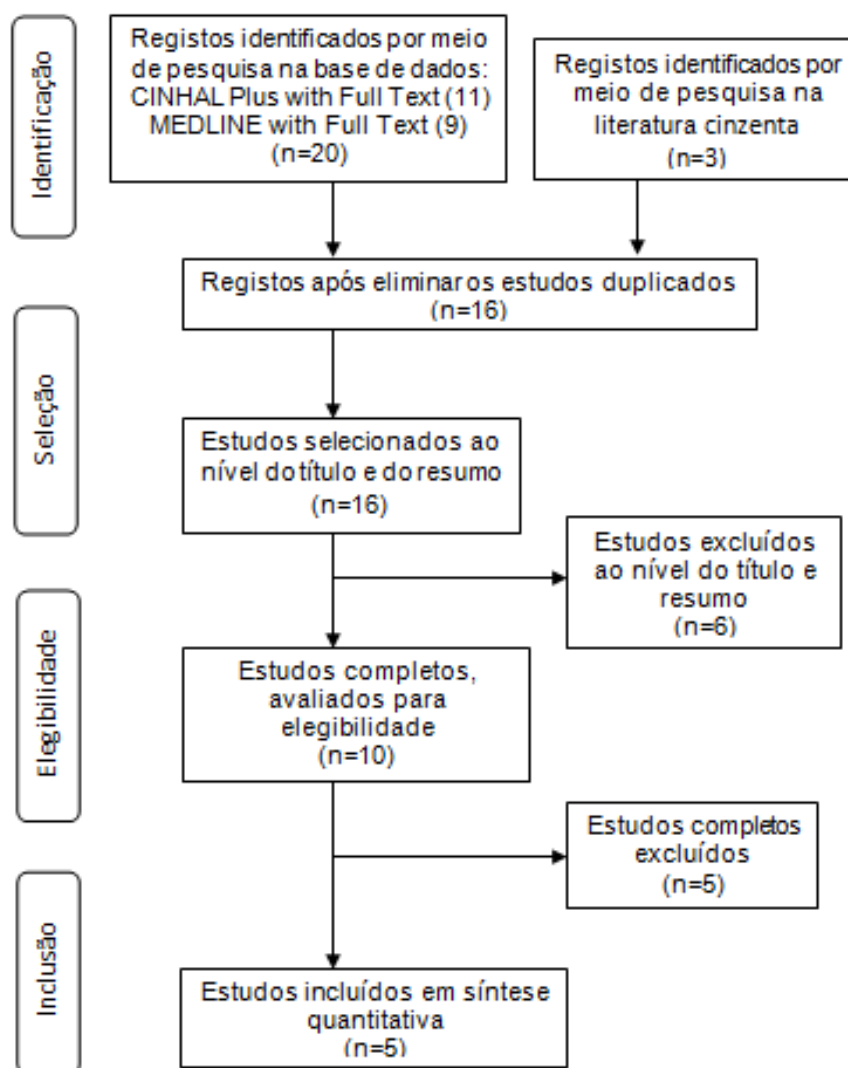
A extração de dados incluiu informações sobre os autores dos artigos, os objectivos, população, metodologia utilizada, como ainda informação relevante para responder à questão e objetivo da revisão.

3.7. Apresentação dos Resultados

O número de artigos encontrados foi 23, eliminaram-se os estudos duplicados ficando 16 artigos. Após a leitura do título e do resumo foram excluídos seis artigos, restando dez artigos para avaliação por elegibilidade. Dos dez artigos avaliados, cinco foram excluídos após a leitura integral dos artigos (No apêndice VII são expostos os motivos de exclusão).

A análise detalhada dos estudos está no apêndice VIII, e seguidamente apresenta-se o fluxograma com o processo de seleção do estudo.

Figura 2. Fluxograma PRISMA do processo de Seleção do Estudo



Fonte: Adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman (2009).

Da análise dos estudos emergiram duas variáveis, ambas abordadas nos cinco artigos, são sinalizadas as barreiras à abordagem de questões relacionadas com a sexualidade e são identificadas intervenções de enfermagem à pessoa com DRC com alterações na sexualidade.

3.8. Discussão, Conclusão e Implicações para a Pesquisa e Prática

3.8.1. Discussão

Os cinco artigos que compõem esta revisão vão desde um estudo de caso, um estudo descritivo, uma revisão da literatura, um estudo exploratório transversal e um estudo fenomenológico. As datas entre as quais estão compreendidos vão desde 2002 a 2018. Os estudos decorreram nos Estados Unidos da América (2), Espanha (1), Países Baixos (1) e Tailândia (1) (Apêndice IX, Tabelas II, III, IV).

A publicação dos estudos foi realizada em revistas de enfermagem, duas delas americanas e as outras duas europeias (Apêndice IX, Tabela V). A população alvo dos estudos compreendeu quer pessoas com DRCT como enfermeiros a trabalhar em serviços de nefrologia.

Da análise efetuada surgiram duas variáveis, as barreiras ou desimpedimentos na abordagem da sexualidade e as intervenções de enfermagem, ambas presentes nos cinco artigos (Apêndice IX, Tabela I).

As barreiras identificadas podem estar relacionadas com características quer da pessoa com DRCT como do enfermeiro (Apêndice IX, Tabela VII).

No que diz respeito à pessoa com DRCT identificou-se o constrangimento em expressar as suas experiências sexuais (Ho & Fernández, 2006).

Quando questionados, os enfermeiros referem fatores quer de ordem intrínseca quer extrínseca. Como fatores intrínsecos são sinalizados o fato do enfermeiro ter que entender e estar confortável com a própria sexualidade para abordar os problemas da sexualidade dos doentes (Tayi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012), como a relutância dos profissionais em discutir questões sexuais (Ho & Fernández, 2006) ou falta de conforto e confiança dos enfermeiros em discutir estas questões (Yodchai, Hutchinson & Oumtane, 2018). Estas dificuldades podem ser justificadas por outras barreiras encontradas, nomeadamente falta de educação sexual, atitudes conservadoras, falta de experiência dos profissionais (Ho & Fernández, 2006) ou treino insuficiente (Van Ek, Gawi & Nicolai, 2017, Yodchai *et al*, 2018). De salientar ainda a falta de competências de aconselhamento dos enfermeiros (Ho & Fernández, 2006) e as diferenças de género (Yodchai *et al*, 2018), embora não seja um dado conclusivo, as profissionais do género feminino referem ter mais dificuldade em abordar a temática com os seus doentes masculinos, que os colegas do género masculino (Ho & Fernández, 2006).

Por outro lado no que concerne aos fatores extrínsecos, são identificados a falta de tempo, falta de serviços consultivos, o ambiente da unidade de diálise (Yodchai *et al*, 2018). A presença de uma terceira pessoa ou dificuldade em encontrar o momento mais adequado, o fato de a pessoa não expressar

espontaneamente a disfunção sexual, a idade da pessoa, principalmente as de idade mais avançada (Van Ek *et al* 2017).

Outras barreiras encontradas prendem-se com os constrangimentos culturais (Van Ek *et al*, 2017, Yodchai *et al*, 2018, Ho & Fernández, 2006) como a religião (Ho & Fernández, 2006), a etnia ou a língua (Van Ek *et al*, 2017). Estes tanto podem ser intrínsecos ou extrínsecos ao enfermeiro.

As questões relacionadas com a sexualidade são ainda de difícil abordagem, existindo ainda diversas barreiras que a impedem. O enfermeiro deve buscar colmatá-las procurando uma prestação de cuidados holística (Apêndice IX, Tabela VI). A criação de uma relação de confiança (Tanyi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012, Yodchai *et al*, 2018) com a pessoa com DRCT é fundamental para lhe dar espaço a partilhar as suas preocupações. Ao demonstrar respeito pelos seus valores e crenças sexuais (Tanyi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012) como também empatia, procurando conhecer e aceitar os sentimentos da pessoa (Tanyi, 2002), criam-se laços de confiança.

Nem todos os momentos são os mais adequados, encontrar o momento apropriado é fundamental (van EK *et al*, 2017) como também providenciar uma área privada e calma para abordar a sexualidade (Tanyi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012, van EK *et al*, 2017, Yodchai *et al*, 2018).

Nos momentos de confiança o enfermeiro deve ouvir atentamente os medos e preocupações da pessoa sobre os seus problemas sexuais sem fazer julgamentos, recorrendo a escuta ativa (Tanyi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012, Yodchai *et al*, 2018). As questões colocadas devem ser abertas (Tanyi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012), incidindo sobre imagem corporal, vida sexual e impacto da diálise na sua função sexual (Beal-Loyd & Groh, 2012).

As pessoas com DRCT com alterações na sua sexualidade necessitam de aconselhamento e de ensinamentos (Tanyi, 2002; Beal-Loyd & Groh, 2012; Yodchai *et al*, 2018), para conseguir chegar até elas podem criar-se panfletos que abordem a importância da conversação sobre a disfunção sexual, quer para a pessoa quer para o parceiro(a) e expor posters nas salas de espera com alusão à temática (van EK *et al*, 2017).

Ao enfermeiro cabe também identificar necessidades de suporte social em pessoas a iniciar diálise, o mais precoce possível (Beal-Loyd & Groh, 2012). O envolvimento do parceiro(a) também é identificado, incentivar a falar com o seu

parceiro(a) num ambiente confortável e de modo privado, para que ambos possam ter as suas necessidades atendidas (Beal-Loyd & Groh, 2012)

Quando o enfermeiro identifica que a pessoa necessita de ajuda de outros profissionais deve referenciá-la, quer para terapeutas sexuais (Tanyi,2002; Beal-Loyd & Groh, 2012; van EK *et al*, 2017)) quer para terapia de grupo, nos quais lhe seja proporcionado a possibilidade de expressar livremente as suas preocupações com pessoas que partilhem experiências similares (Tanyi,2002; Beal-Loyd & Groh, 2012).

A utilização dos primeiros três níveis do modelo PLISSIT (P-Permission, LI-LimitedInformation, SS- Specific Suggestions e IS- IntensiveThearapy) é sugerida num dos artigos (Ho & Fernández, 2006) por poder ser útil aos enfermeiros com falta de treino avançado em aconselhamento sexual. Assim no primeiro nível – P- identificam a necessidade de estar disposto a facilitar a discussão sobre questões sexuais com uma atitude empática; no segundo nível – LI – sugerem discutir as preocupações prevalentes, enfatizar a importância da comunicação, fornecer informação sobre efeitos colaterais da medicação; no terceiro nível – SS - sugerir a discussão do problema com o parceiro(a), envolvendo-o no processo, estimular o interesse da pessoa, dar espaço para questões e respostas, lembrar que a sexualidade passa por outras formas de expressão além da relação sexual ou sugerir posições que se adaptem consoante os obstáculos identificados (Ho & Fernández, 2006).

Além das intervenções descritas são também reconhecidas a necessidade de criar guidelines que imponham o cuidado sexual para pessoas em diálise, facilitando a base de abordagem para esta temática do cuidado renal (van Ek *et al*, 2017), como também proporcionar ensinios e treino adequados à equipa de enfermagem para esta incorporar na sua prática diária o cuidado sexual (van Ek *et al*, 2017) melhorando deste modo os seus conhecimentos atempadamente, o que lhes permitirá sentir confiança ao discutir sexualidade com as pessoas com DRCT (Yodchai *et al*, 2018).

3.8.2. Conclusão

O objetivo que esteve na base desta revisão *scoping* foi identificar as intervenções de enfermagem associadas a alterações na sexualidade da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. Os estudos considerados

foram cinco, e da sua análise foi possível identificar barreiras que impedem a abordagem da sexualidade e ainda as intervenções de enfermagem.

A discussão de questões da sexualidade carece de ser entendida como parte integrante da prática de enfermagem. Como se pode verificar existem muitos constrangimentos à sua abordagem, necessitamos de uma mudança de paradigma, procurando eliminar estas barreiras.

O enfermeiro especialista tem um papel primordial na delineação de estratégias que permitam eliminar gradualmente estas barreiras. As equipas de enfermagem devem ser enriquecidas de treino e formação, dando resposta às preocupações da pessoa com DRCT com alterações na sexualidade.

A principal limitação da revisão prende-se com o número reduzido de artigos encontrados. O fato de ter direcionado a investigação apenas à pessoa em HD pode ter condicionado a obtenção de resultados.

3.8.3. Implicações para a Prática

Ao tratar-se de uma revisão *scoping* não é relevante avaliar a qualidade metodológica, pelo que não podemos inferir recomendações para a prática. Contudo permite-nos dar a conhecer estudos que abordam a temática em questão, como mapear as intervenções de enfermagem à pessoa com DRCT com alterações na sua sexualidade e a existência um modelo que permite abordar questões relacionadas com a sexualidade de forma estruturada.

3.8.4. Implicações para a Pesquisa

Os estudos obtidos que responderam à questão de investigação foram em número reduzido, para obter os cinco artigos teve que se abrir o friso cronológico até 2002. Este fato revela a necessidade de se realizarem mais estudos primários e revisões da literatura sobre o tema, de forma a conferir-lhe a importância devia na prática de enfermagem.

O modelo PLISSIT tem sido utilizado em pessoas com doença crónica, contudo seria importante realizar estudos em que se pudesse testar a sua utilidade, ou de outros modelos, em pessoas com DRCT.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da sexualidade é condicionada pelo percurso de vida da pessoa, a DRCT em parceria com a HD contribui para o aparecimento de inúmeras alterações, quer físicas quer psicológicas. Os constrangimentos em abordar questões da sexualidade são ainda muitos, tanto pela pessoa com alterações como pelo enfermeiro. Contudo é do enfermeiro o papel determinante, cabe a ele e principalmente ao enfermeiro especialista dotarmo-nos de conhecimentos que nos levem a ultrapassar estas barreiras.

Durante os estágios foi possível aferir juntos dos colegas, que como descrito pela literatura, ainda é difícil abordar a sexualidade junto da pessoa com DRCT o que evidencia ainda mais a importância em abordar este tema.

O presente relatório reflete o meu percurso na busca de competências como enfermeira especialista no decorrer dos estágios, mas também as aprendizagens que realizei em todo o processo de especialização. O modelo que foi tido por base para a aquisição dessas competências foi de o Benner (2001), no final de cada estágio novos conhecimentos foram adquiridos porém nem todos me permitiram alcançar um nível superior ao que me encontrava.

O enfermeiro especialista deve dotar-se de um conhecimento exaustivo de um domínio específico da enfermagem, sendo a área da nefrologia tão vasta, será necessário da minha parte manter um compromisso em busca de mais conhecimento de modo a alcançar perícia a todos os níveis.

As competências desenvolvidas durante este percurso, tem me permitido desenvolver uma prática de cuidados mais especializada, prestando cuidados de uma forma mais personalizada e focada na individualidade de cada pessoa.

A realização desta revisão *scoping* possibilitou-me a aquisição de novos conhecimentos que pretendo colocar ao serviço dos meus cuidados, como também despertou um desejo de querer aprofundar mais esta temática.

Esta caminhada teve elementos facilitadores e dificultadores. Como elementos facilitadores a orientação por colegas especialistas, que contribuíram em muito para o meu crescimento profissional, o contributo familiar para que fosse possível frequentar o curso e a minha motivação em querer enriquecer os meus conhecimentos.

Como elementos dificultadores considero o fato de termos que passar por, pelo menos três vertentes da nefrologia, acaba por restringir a duração de cada estágio a

um tempo escasso. O surgir de uma pandemia nos últimos momentos de estágio, condicionou a realização de uma atividade como ainda o desenvolvimento do presente relatório. As contingências que foram delineadas exigiram mais dos profissionais de saúde e consequentemente mais horas de trabalho, nas quais participei.

Findo este percurso, considero ter atingido os objetivos a que me propus e desenvolvidas as competências para a obtenção do grau de enfermeiro mestre em enfermagem e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção em enfermagem nefrológica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreo,k., Amin, B.M. & Abreo, A. P. (2018). Physical examination of the hemodialysis arteriovenous fistula to detect early dysfunction. *The Journal of Vascular Access*. 20, 7-11.
- Ahís Tomás, P., Renau Ortells, E. M., Meneu Oset, M., Cerrillo García, V., & Panizo González, N. (2016). Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal sustitutivo. *Enfermería Nefrológica*, 19(4), 342–348. **Doi:** <https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000400005>
- Anantharaman, P. & Schmidt, R. J. (2007). Sexual Function in Chronic Kidney Disease. *National Kidney Foundation, Inc.* 119-125.
- Basok, E. K., Atsu, N., Rifaioğlu, M. M., Kantarci, G., Yildirim, A. & Tokuc, R. (2008). Assessment off female sexual funcion and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis and renal transplant patients. *Int Urol Nephrol*. 41. 473-481.
- Beal-Lloyd, D. & Groh, C. J. (2012). Dialysis and Sexuality. *Nephrology Nursing Journal*. 39(4), 281-284.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Biordi, D.L., Warner, A. M.& Knapik, G.P. (2006). Body Image. In I. Lubkin & P. Larsen (6^a ed.), *Chronic Illness* (pp. 181-197). Estados Unidos América: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Bosco, K. J. & O'Donnell, M. (2017). Sexual Health. In S.M. Bodin, (3^a ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 935-938). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Brooks, D. H. (2017). Chronic Kidney Disease: Diagnosis, Classification, and Management. In S. M. Bodin (3^o Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (p. 101-130). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Browne, T. & Johnstone, S. (2017). Psychosocial Issues in Nephrology Nursing. In S, M. Bodin (3^o Ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (p. 917-934). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Carver, M. (2017).The Role of the Interventional Nephrology Nurse. In S. M. Bodin, (3^a ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 101-130). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Chamney, M. J. (2007). *Competency framework*. Sweden: EDTNA/ERCA.

- Debowski, J, Waerp, C., Kjellefold, S., Abedini, S. (2017). Cuff extrusion in peritoneal dialysis: single-centre experience with the cuff-shaving procedure in five patients over a 4-year period. *Clinical Kidney Journal*. 10 (1), 131-134.
- Decreto-lei n.º 48/95 (1995). Aprova o código penal. Ministério da Justiça. *Diário da República, Série I – A* (Nº 63 de 15-03-1995), 1350-1416. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/48/1995/p/cons/20211221/pt/html>
- Despacho normativo n.º 12/98 (1998). Aprova as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, abrangidas pelo Decreto-lei 133-A/97, de 30 de Maio. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *Diário da República, Série I-B* (Nº 47 de 25-02-1998), 766- 774. ELI: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/12/1998/02/25/p/dre/pt/html>.
- Dias, A., C., Prado, J.,P., Oliveira, H., U. & Galdino, G., S. (2014). The role of nurses in the prevention of peritonitis: An integrative review. *Journal of Nursing UFPE online*. 8(7); 2130-2139.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Tratamento médico conservador da doença renal crónica estadio 5*. Norma Da Direção-Geral Da Saúde Nº 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012). 1–35.
- Direção-Geral da Saúde (2011). Requisitos a observar pelos centros de acessos vasculares para hemodiálise. Orientação da Direção-Geral da Saúde Nº 032/2011 de 26/10/2011. 1–5.
- Directiva 2010/53/UE (2010). Normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. Parlamento Europeu e do Conselho. *Jornal Oficial da União Europeia*. (Nº L 207 de 06-08-2010), 14-29. ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2010/53/oj>
- Figueiredo, A., Moraes, T., Bernardini, J. Poli-de-Figueiredo, C., Barreti, P., Olandoski, M., Pecoits-Filho, R. (2015). Impact of patient training patterns on peritonitis rates in a large national cohort study. *Nephrol Dial Transplant*. 30; 137-142.
- Figueiredo, A.E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C. ... Brunier, G. (2016). A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Peritoneal Dialysis International*. 36, 592-605.
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M., & Silva, G. (2021). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2020*. Ed. virtual.
- Gerogianni, G.K. & Babatsikou, F.P. (2013). Identification of stress in chronic haemodialysis. *Health Science Journal*. 7(2), 169-176.

- Gilliland, M. (2017). Arteriovenous Graft. In S., M., Bodin, (3^a ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 335-348). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Gonyea, J. (2017). Nutrition and Chronic Kidney Disease. In S., M., Bodin, (3^a ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 131-150). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Harwood, L., Wilson, B., Locking-Cusolito, H., Sontrop, J., & Spittal, J. (2009). Stressors and coping in individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 36(3), 265.
- Higgins, A. , Barker, P., & Begley,C. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal Of Nursing Practice*. 12, 345-351.
- Ho, T. M., & Fernández, M. (2006). Patient's sexual health: do we care enough? *Journal of Renal Care*, 32(4), 183–186. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2006.tb00019.x>
- House, D. (2019). X-Ray vision CCPD: What's really going on during the night *In Sharing our stories down by the river, CNNT/ACITN 2019*. Edmonton Alberta.
- Inglese, M. (2017). Arteriovenous Fistula. In S., M., Bodin, (3^a ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 317- 334). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Kelman, E. & Watson, D. (2017). Peritoneal Dialysis. In S., M., Bodin, (3^a ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 209-285). New Jersey: American Nephrology Nurses Association
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3 (1). **Doi:**10.1038/kisup.2012.76.
- Law, R., & Padure, V. (2019). Decreasing incidentes of peritonitis though home visits and retraining *In Sharing our stories down by the river, CNNT/ACITN 2019*. Edmonton Alberta.
- Lei nº 12/93 (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Assembleia da República. *Diário da República, Série I– A* (Nº 94 de 22-04-1993), 1961-1963. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/12/1993/04/22/p/dre/pt/html>
- Lei nº 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. *Diário da*

- República, Série I* (nº 57 de 21-03-2014), 2127-2131. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lei nº 22/2007 (2007). Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva nº 2004/23/CE, alterando a Lei nº 12/93, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos. Assembleia da República. *Diário da República, Série I* (Nº 124 de 29-06-2007), 4146-4150. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/22/2007/06/29/p/dre/pt/html>
- Lei nº 31/2018 (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Assembleia da República. *Diário da República, Série I* (N.º137 de 18-07-2018), 3238-3239. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/31/2018/07/18/p/dre/pt/html>
- Li, P. K.-T., Szeto, C. C., Piraino, B., Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E. ... Johnson, D. W. (2016). ISPD peritonites recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*. 36 (5), 481-508.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Sintra: Alfaprint.
- Louro, G., L. (2000). *Currículo, género e sexualidade*. Porto: Porto Editora.
- Magalhães, A. C. L., Coelho, G. D., Azevedo, M. A., Lazzari, D. D., & Jung, W. (2013). Quality of life of patients with chronic renal failure hemodialysis - to kidney transplant. *Journal of Nursing UFPE on line*. 7(9), 5442–5452. **Doi:** 10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201311
- Martino, F., Adibelli, Z., Mason, G., Nayak, A., Ariyanon, W., Rettore, E. ... Ronco, C. (2014). Home visit program improves technique survival in peritoneal dialysis. *Blood Purification*. 37; 286-290. **Doi:** 10.1159/000365168.
- Mendonça, A. E. O., Torres, G. V., Salvetti, M. G., Alchieri, J. C., & Costa, I. K. F. (2014). Changes in quality of life after kidney transplantation and related factors. *Acta Paulista de Enfermagem*. 27 (3), 287–292.
- Moraes, R. (2010). O significado do aprender: linguagem e pesquisa na reconstrução de conhecimentos. *Dialnet*. 15 (1), 135-150.
- National Kidney Foundation (2002). KDOQI Clinical Practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, clasifcation and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*. 39. **Doi:**10.1634/theoncologist.2011-S2-45.
- National Kidney Foundation (2020). KDOQI Clinique practice guideline for vascular access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*. 75.
- Neuman, B. & Fawcet, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (50ª ed.). Estados Unidos América: Pearson.

- Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crônica da Ordem dos Médicos*. Retrieved from http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Crónica_OM_2017.pdf
- Pendse, S. S. & Singh, A. (2008). Abordagem dos pacientes com doença renal crônica, estágios 1 a 4 (4ª ed.), *Manual de diálise* (p. 3- 19). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Portaria nº 16/2015 (2015). Primeira alteração à Portaria nº 76/2014, que regulamenta as unidades de colheita e transplantação de órgãos que devem ser autorizadas, bem como o processo inerente. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I (Nº 16 de 23-01-2015), 532-534. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/16/2015/01/23/p/dre/pt/html>
- Portaria nº 802/2010 (2010). Cria o Programa Nacional de Doação Renal Cruzada para inscrição de pares dador-recetor de rim e respetiva alocação cruzada. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I (Nº 163 de 23-08-2010), 3679-3680. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/802/2010/08/23/p/dre/pt/html>
- Radmore N.M.T., & Hyrkäs K. (2019). Teaching-learning partnership between nurses and long-term patients undergoing peritoneal dialysis: A qualitative study. *Journal of Renal Care*. 45(3);159–170.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (Nº 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Salgado, O., J. (2013). *Vascular access for hemodialysis – Over view and emphasis on complications*. IN TECH Open Access Publisher.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses'attitudes and belifs. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1308-1316.
- Schaepe, C. & Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 52; 882-898.
- Schmidj, J., Widmer, M.K., Basile, C. Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C.P. ... Loon, M. (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, 757-818.
- Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa : modelo para a melhoria contínua. *Revista portuguesa de saúde pública*. 30, 11-17. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.11.001>
- Stewart, M. (2012). Qualitative inquiry: perceptions of sexuality by African Americans experiencing haemodialysis. *Journal Of Advanced Nursing*. 1704-1713.
- Szeto, C. C., Li, P. K. T., Johnson, D. W., Bernardini, J., Dong, J., Figueiredo, A. E. ... Brown, E. A. (2017). ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update. *Peritoneal Dialysis International*. 37, 141-154.
- Tanyi RA. (2002). Sexual unattractiveness: a patient's story. *MEDSURG Nursing*, 11(2), 95–99.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M., E., M., D. ... Elzevier, H.W. (2017). Sexual care for patients receiving dialysis: A cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing*. 1-9.
- Weinhandl, E.D., Gilbertson, D.T. & Collins, A.J. (2016). Mortality, hospitalization and technique failure in daily home hemodialysis and matched peritoneal dialysis patients: A matched cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*, 67 (1), 98-110.
- World Health Organization. (1975). Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. *WHO Technical Report Series*, Nº 572. Acedido em 9 de Outubro de 2021, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf
- World Health Organization. (2002). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. *Sexual health document series*. Acedido em 17 de abril de 2021, disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/
- Yodchai, K., Hutchinson, A. M., & Oumtane, A. (2018). Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end-

stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44 (4), 229–237.
<https://doi.org/10.1111/jorc.12257>

APÊNDICES

Apêndice I – Reflexão Crítica

Reflexão Crítica de uma situação vivenciada

No nosso dia-a-dia é comum o confronto com situações que nos marcam e suscitam maior reflexão, são exemplos disso a recusa de um doente em receber cuidados por um determinado enfermeiro, a recusa de parâmetros do tratamento, a agressão do doente a um profissional de saúde, entre outros. Nem sempre as respostas a estas questões são tão simples, requerendo uma análise caso a caso.

Enquanto futura enfermeira especialista esta análise crítica deve ser-me intrínseca. Durante a realização do meu estágio de HD deparei-me com uma destas situações, a qual me levou a rever o meu comportamento, a análise desta situação contribuiu para o meu crescimento profissional e para desenvolvimento das minhas competências.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 o enfermeiro especialista deve desenvolver competências de autoconhecimento e assertividade, baseando a sua praxis clínica em evidência científica; desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

O senhor X encontrava-se internado no serviço de nefrologia por um quadro de diarreia, com suspeita de clostridium difficile, era DRC com cerca de 60 anos, cumprindo programa regular de diálise. Num dos turnos que foi fazer HD ficou atribuído à colega com a qual me encontrava, antes de o ir puncionar a colega advertiu-me que se tratava de um senhor já conhecido de internamentos anteriores e que tivesse cuidado pois era de trato difícil.

Ao dirigir-me ao senhor apresentei-me, expliquei-lhe que estava no serviço em contexto de estágio e que caso não lhe causasse incomodo, seria eu a prestar-lhe cuidados nesse turno, olhando para mim com ar desconfiado a primeira pergunta que me fez foi, “mas ainda está a aprender a picar? Veja lá que o meu braço não é para experiências!”, respondi-lhe que embora me encontrasse em estágio já trabalhava na área há cerca de 9 anos, mas que caso não quisesse podia sempre chamar uma colega. A minha resposta tranquilizou-o aceitando que eu o puncionasse. Ao introduzir os parâmetros do tratamento na máquina de HD informei-o que tinha 3000 ml de ganho ponderal e perguntei-lhe se podia colocar esse valor como ultrafiltração tendo me respondido que, “isso é muito, já falei com a médica que o meu peso seco não está certo, não posso tirar isso tudo ou não tarda pareço um tuberculoso”.

Perante esta situação expliquei ao senhor que perante o seu quadro clínico possivelmente tinha perdido peso e que não era a ultrafiltração a causa do emagrecimento. E que sendo coisas distintas seria importante cumprir a prescrição do peso seco, acrescentando informação sobre os riscos que corre ao acumular líquidos. Mesmo após a minha explicação o senhor manteve a recusa em cumprir a prescrição médica, pelo que falei com a colega responsável.

A colega foi falar com o senhor e após mais uma tentativa de lhe explicar os riscos que corria sem sucesso, perguntou ao senhor quanto ele queria ultrafiltrar, o qual lhe respondeu 1000 ml e a colega programou na máquina 3000 ml.

No final do tratamento quando o senhor se foi pesar e viu que lhe tinham colocado 3000 ml em vez do que tinha pedido exaltou-se tendo sido agressivo verbalmente connosco.

De acordo com Renaud (2010) a alma dos cuidados de enfermagem é de natureza espiritual, é o desenvolvimento da capacidade de sair de si para ir ao encontro da outra pessoa, encontrando-se nessa pessoa. Também tem uma dimensão ética que visa ocupar-se do outro para que este possa ser mais ele próprio, para que possa viver ainda melhor a sua existência. Ou seja, o enfermeiro desenvolve a capacidade de se colocar no lugar do outro, tratando dele como se fosse de si, fornece-lhe toda a informação e respeito como de si se tratasse, capacita desta forma o outro de uma tomada de decisão ponderada e fundamentada.

Embora deva ser uma constante, a pessoa fazer questões e tomar rédeas na decisão dos seus cuidados, causa ainda alguma resistência nos profissionais de saúde, sendo estas pessoas muitas vezes encaradas como conflituosas ou não colaborantes. Pelo facto do senhor X recusar um parâmetro do tratamento e, ter já histórias de situações de conflito com colegas, fez com que o enquadrassem num estereótipo de “doente conflituoso”.

Como referem Thompson, Melia & Boyd (2004) qualquer comportamento que dificulte o trabalho do enfermeiro é condenado a desviante, passando o enfermeiro a ser a parte inocente e, sendo esta posição reforçada pelo apoio dos colegas que utilizam o mesmo rótulo para determinado doente.

Ao catalogar este doente no meu pensamento como “doente difícil”, mesmo que não deseje o meu comportamento junto a ele é mais reticente. Inconscientemente o meu pensamento leva-me a ser mais cautelosa com o que digo ou com o que faço, com receio de ser mal interpretada e daí advirem represálias.

Estou deste modo a condicionar a minha prestação de cuidados e, acabo por desrespeitar o princípio da justiça.

O artigo 102º da Lei nº 156/2015 (2015) defende que devemos cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa e, ainda nos devemos abstrair de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.

Thompson *et al* (2004) alicerça esta ideia dizendo-nos que a justiça significa beneficiar com oportunidades iguais o acesso à saúde e tratamento, e que qualquer regra pessoal de ação que usemos deve em princípio, ser universalizada para todas as pessoas.

É meu dever enquanto futura especialista, de acordo com o regulamento nº 140/2019 (2019), selecionar as respostas mais adequadas a partir de um vasto leque de opções, de forma a construir em parceria com a pessoa estratégias para a resolução do seu problema, conferindo-lhe a capacidade de tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência. Conhecimento, esse, proveniente da evidência científica mais adequada.

No exercício da minha prática de cuidados, é primordial fornecer a informação adequada a cada situação, caso que se verifica. Embora de forma inconsciente tenha estereotipado este doente, consegui ser assertiva, facultando-lhe a informação que necessitava. Estando na posse de toda a informação o doente pode então tomar uma decisão autónoma. De acordo com Ferrer e Álvarez (2005) entende-se por autonomia a capacidade que a pessoa tem para se autodeterminar, sem influências externas ou limitações pessoais, agindo livremente em conformidade com o plano por ela traçado.

Embora perante informação correta, a decisão do doente não foi de encontro ao que se esperava. Ao aceitar o que o doente me pedia poderia colocá-lo em risco, pelo que fui chamar a colega no sentido de me ajudar. Assim, respeitei o princípio da não-maleficência, o qual visa evitar e antecipar prejuízos ao doente.

Em concomitância com o princípio da não-maleficência, surge o princípio da beneficência, Thompson *et al*. (2004) defendem que na qualidade de enfermeiros, devemos ter em consideração o dever de cuidar, protegendo os fracos e vulneráveis, advogando os direitos dos que são incapazes ou temporariamente inaptos para se defenderem.

Neste caso, perante a atitude da colega era meu dever intervir, falando com ela no sentido a não agir daquela forma e caso não conseguíssemos conduzir o doente para a escolha mais acertada, chamar outro elemento da equipa multidisciplinar, nomeadamente um nefrologista que nos ajudasse nesse sentido. Ou em último caso aceitar a decisão do doente, salvaguardando-nos nos registos. Os cuidados de saúde prestados a cada doente devem ser consentidos pelo mesmo, como devem ainda ir de encontro ao que é a sua escolha, respeitando-o (Lei n 15/2014, 2014).

É meu dever enquanto enfermeira desenvolver o meu exercício profissional tendo por base o Código Deontológico, cumprindo as normas deontológicas, responsabilizando-me pelas decisões que tomo e os atos que pratico, protegendo e defendendo a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (Lei nº 156/2015, 2015).

Embora saiba que devo respeitar os princípios éticos, sendo eu um ser humano, também sofro influências da sociedade em que me insiro, as minhas vivências vão moldando os meus valores como também o meu carácter, o qual “consiste num grupo de traços estáveis que afetam o julgamento e a ação de uma pessoa. Embora tenhamos diferentes traços de carácter, todas as pessoas normais têm a capacidade de cultivar os traços essenciais da moralidade” (Beauchamp & Childress, 2011, p.496).

Renaud (2010), vem de encontro a esta ideia quando nos diz que vive na enfermeira “esta dimensão de mediação, que surge entre a sua vida interior e a sua abertura ao mundo” (p.3), na qualidade de enfermeira tendo sempre presente os meus princípios e valores, devo prestar os melhores cuidados de enfermagem possíveis, podendo por vezes deparar-me com esta dicotomia entre o que são os meus pensamentos e a forma correta de agir.

Apesar do primeiro impacto, analisando a minha conduta, penso que consegui libertar-me do preconceito que me assolou, tendo conseguido criar uma relação empática com a pessoa em causa, fornecendo-lhe a informação de que necessitava. Contudo, não consegui ser suficientemente convincente, sendo cúmplice da atitude errada da minha colega.

Como já referi anteriormente ao disponibilizar toda a informação que a pessoa necessita para tomar a sua decisão, estou a promover nela a sua autonomia, estou a desenvolver nela a consciência do que são as suas necessidades e quais as

alternativas que existem, transfiro-lhe a responsabilidade pela sua saúde. A esta capacidade de “empoderar” a pessoa chamamos empowerment.

Mesquita (2005) define empowerment a nível dos sistemas de saúde como:

um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte do cidadão, que em última análise, promove um acréscimo de poder e controlo, claramente explicitados através da participação e tomada de decisão efectiva, que permitem o exercício responsável da cidadania, na área da saúde (...) proporciona aos cidadãos, a adopção de estratégias individuais e colectivas, com vista à redução e eliminação de comportamentos capazes de comprometerem a saúde, assim como a introdução, amplificação e reforço de todo um conjunto de acções e comportamentos, que promovam o aumento dos níveis de saúde. (p.39-40).

Ao não confrontar a colega, não assegurei que o doente tivesse uma voz ativa no seu tratamento, não proporcionei que se criassem alicerces para que o doente tomasse a melhor decisão per si.

Para garantir que o doente tem acesso à informação mais correta, devo além de ter em consideração a minha experiência profissional, alicerçar esta informação de em fontes científicas que a sustentem como credível. Contudo, neste caso, teria sido importante ter trabalhado mais a questão da comunicação com este doente, procurando estratégias diferentes que o conduzissem a uma escolha mais benéfica para si.

Ao ter concordado com a atitude da colega fui negligente nos cuidados que prestei, tornando-me sua cúmplice. Ao agirmos contra a vontade do doente estamos a violar os seus direitos. Embora participante desta situação não me identifico com o comportamento reportado, perante esta situação senti-me impotente, enquanto visita externa no serviço, na qualidade de estagiária não me senti à vontade para chamar a atenção da colega.

A análise desta situação faz-me repensar a minha forma de agir, levando-me a encarar futuras situações, semelhantes, de uma forma mais madura. O objetivo é sem dúvida a melhoria contínua da minha prestação de cuidados de forma a alcançar competências de enfermeira especialista. Também Benner (2001) defende que “a perícia desenvolvesse quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real”. Ao analisar a situação por mim vivenciada procuro ir ao encontro do que Benner defende, caminhando para alcançar uma enfermagem de excelência.

Para o desenvolvimento de uma prática avançada devemos analisar e sintetizar o conhecimento, perceber, interpretar e aplicar as teorias de enfermagem e

a sua investigação, de modo a que o conhecimento de enfermagem e a profissão se desenvolvam e avancem como um todo.

A reflexão sobre a situação vivida, como a análise do meu comportamento faz emergir as minhas dificuldades, sobre as quais posso intervir, trabalhando-as de forma a eliminá-las em situações futuras.

Ao melhorar o meu rendimento, torno-me agente de mudança, melhorando não só o que é a minha prática como também a prática dos profissionais com os quais trabalho em parceria.

Uma doença crónica não é fácil e a insuficiência renal crónica acarreta muitas complicações a quem a possui. São inúmeras as restrições quer alimentares quer físicas, às quais as pessoas ficam sujeitas. Dependentes da realização de um tratamento três vezes por semana e, acrescendo a tudo isto todas as alterações físicas que daí advém.

Para o meu desenvolvimento quer pessoal quer profissional, é importante refletir sobre quais as minhas dificuldades, tentar antever possíveis situações, de modo a munir-me de conhecimentos que me permitam dar resposta atempadamente e fundamentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República, Série I* (N.º 181 de 16-09-2015), 8078-8079. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (Nº 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 14. (1), 2-8.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª edição). Loures: Lusociência.
- Ferrer, J.J. & Álvarez, J.C. (2005). *Para fundamentar a bioética: Teorias e paradigmas teóricos da bioética contemporânea*. São Paulo: Edições Loyola.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6ª ed.). New York: Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Mesquita, A. C. (2005). Empowerment na Doença Crónica: O Associativismo na Insuficiência Renal Crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. (3), 39-45.

Apêndice

II – Diapositivos de Formação de Acessos Vasculares: “Complicações do Acesso Vascular”

Complicações do Acesso Vascular



Carina Carreira
Janeiro 2020

Índice

- Tipos de acessos vasculares (AV)
- Caracterização da população
- Identificação de complicações de cada AV
- Vantagens /Desvantagens de cada AV
- Análise de complicações
- Análise de situações hipotéticas

Tipos de Acessos vasculares

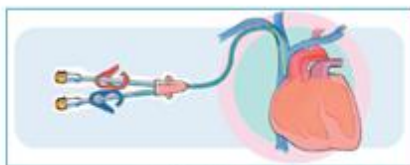


Figure 1. Central Venous Catheter



Figure 2. Arteriovenous Graft

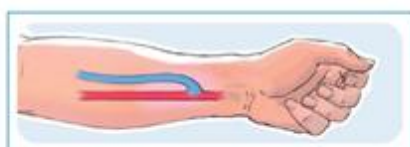


Figure 3. Arteriovenous Fistula

- Cateteres Venosos Centrais
- Próteses Arteriovenosas
- Fístulas Arteriovenosas

Caracterização da População

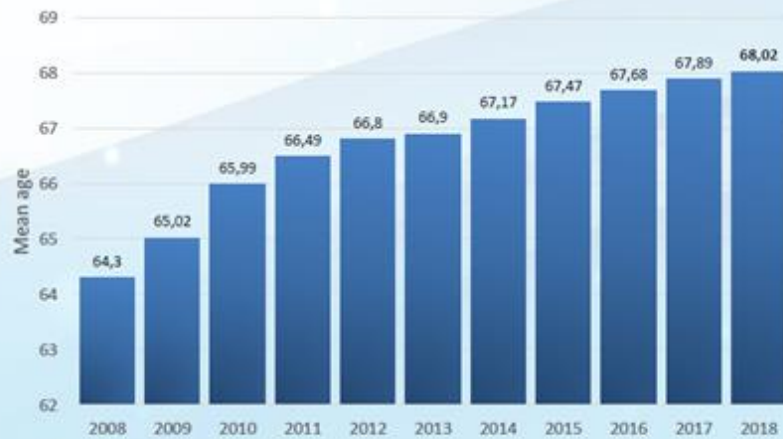


Patients accepted for hemodialysis
by age group, during 2018



Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2018

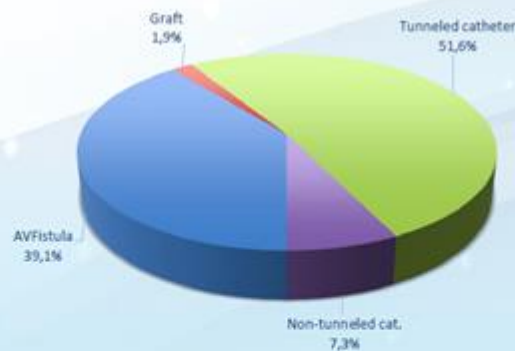
Mean Age of patients treated by hemodialysis 31st of December 2008 – 2018



Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2018

Incidência Acesso vascular

Vascular access of HD incident patients during 2018



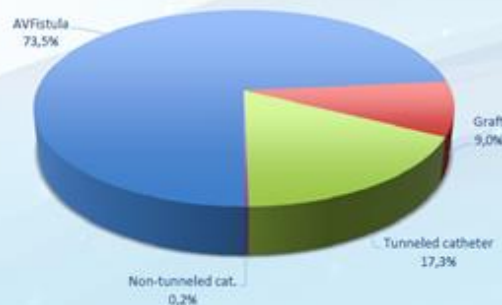
N = 2366
12 unavailable

Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2018

Prevalência Acesso Vascular



Vascular access of HD prevalent patients
31st December 2018



N = 12223
4 not available

Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2018

FAV

Vantagens	Desvantagens
✓ Maior longevidade e menores complicações ✓ Menor número de trombozes e infeções ✓ Doses de diálise ótimas ✓ Menor número de hospitalizações ✓ Custos mais baixos.	Maior tempo de maturação

Complicações em FAV

- Estenoses
- Aneurismas / pseudoaneurismas
- Tromboses
- Infecções
- Síndrome de roubo
- Síndrome de Hiperdébito
- Hematomas
- Hemorragia /Dificuldades na hemostase

PAV

Vantagens	Desvantagens
FAV Diminuição do número de falência primária Permite ser usada mais cedo	Baixa patência do acesso Maior número de complicações
CVC Menor número de infecções e trombozes Menores custos com medicação Menor número de hospitalizações e dias	

Complicações em PAV

- Estenoses
- Trombose
- Infecção
- Pseudoaneurismas
- Síndrome de roubo

CVC

Vantagens	Desvantagens
Permite utilização imediata após colocação	Elevadas complicações e menor patência
Permite ao doente realizar tratamento sem necessitar ser puncionado	Maior número de trombozes e infeções
Não produzem alterações no débito nem na carga cardíaca	Aumenta o numero de hospitalizações / Custos mais elevados
Permite realizar tratamento enquanto outro aceso matura	Menores fluxos sanguíneos
Se detectado atempadamente permite correcção de possíveis eventos trombóticos (alteplase)	Risco de estenose de veias centrais
	Desconforto e desvantagem estética

Complicações do CVC

Complicações Imediatas	Complicações Tardias
Jugular interna e Subclávia ✓ Punção de uma artéria (pode ser fatal) ✓ Pneumotórax ✓ Hemotórax ✓ Arritmias ✓ Perfuração das cavidades cardíacas ✓ Tamponamento pericárdico ✓ Embolia aérea Femorais ✓ Embolia aérea ✓ Hemorragia retroperitoneal	✓ Trombose ✓ Infecção ✓ Estenose de veias centrais ✓ Disfunção do cateter: ▪ Pa -250 mmHg com Qb < 300 ▪ Placas ml/min/ bainha de fibrina ▪ Trombos murais e intraluminais ▪ Biofilme

Cuidados prévios à construção do AV

- Avaliação e preservação da rede vascular
- Identificar membro dominante e /ou qual o membro com melhor potencial de construção
- Evitar punções periféricas em veias passíveis de construção de AV
- Evitar avaliação de TA
- Capacitar a pessoa para a preservação da sua rede vascular de forma bilateral

Construção do AV

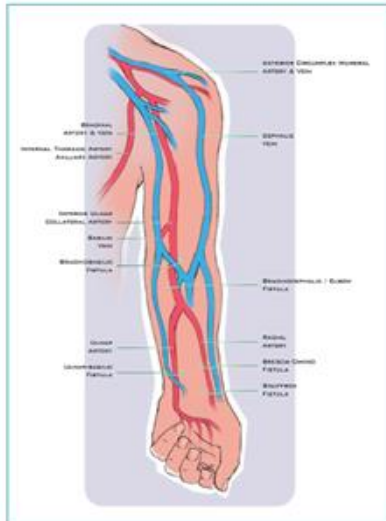


Figure 5. Anatomy of arteries and veins in the arm and points of fistula creation

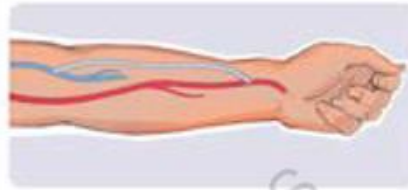


Figure 7. Straight configuration

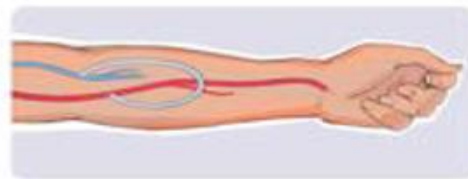


Figure 6. Loop configuration

Cuidados após a construção de AV

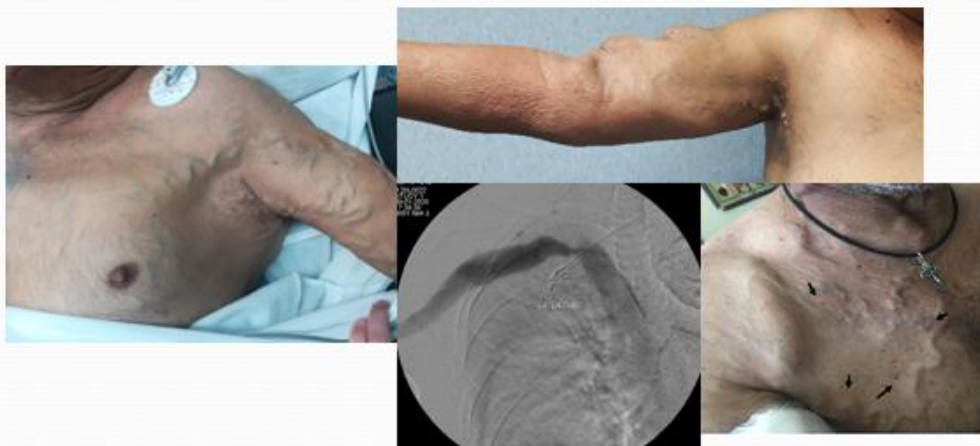
- Avaliação do membro (sutura, mão, frémito, pulso, sopro, veias visíveis colaterais, edema, complicações)
- Hemorragia
- Avaliar sinais de infecção
- Avaliar veia de drenagem
- Avaliar a mão
- Avaliar sinais de estenose venosa central
- Avaliar estenoses (teste de elevação do braço, teste de aumento de pulso)
- Avaliar dor

Estenoses

- Define-se pela redução do lúmen do vaso ou prótese em 50%, associada de alterações funcionais e hemodinâmicas que resultam na diminuição do fluxo do acesso.
- Podem verificar-se em toda a extensão do acesso.
- Podem advir de hiperplasia da íntima, infecções, hematomas ou técnica de canulação.
- Aumentam o risco de falência dos acessos (Aneurismas, Coágulos, Trombose).
- CVC prévios podem originar estenoses de vasos centrais.

Estenose Central

- Doente apresenta edema (hipertensão venosa) e desenvolvimento de veias colaterais subcutâneas a nível do pescoço, peito e braço.



Estenoses

Diminuição da eficácia dialítica

Aumento do tempo de hemostase

Aumento da recirculação

Aumento dos níveis séricos de K, Cr, P, ureia



Prótese (intra)



Prótese (anastomose venosa)



FAV



FAV (crossa da cefálica)



FAV (antebraço)



Trombose

- Caracteriza-se pela presença de sangue coagulado dentro do vaso ou prótese, que impede o fluxo de sangue, com ausência de sopro e frémito. O acesso pode encontrar-se totalmente ou parcialmente trombosado.
- Causas: hipotensão, hipovolémia, hematoma, estenoses, estados de hipercoagulação.
- Resolução pode ser por via percutânea ou cirúrgica
- CVC agentes trombolíticos ou mesmo substituição.

Trombose

Ter em consideração:

- Presença de veias colaterais;
- Edema distal;
- Elevados níveis de fibrinogénio;
- Alterações dos factores de coagulação;
- Anticoagulação no lúpus;
- Níveis de hematócrito > 40% (Agentes estimulantes de eritropoiese).

Infecção

Resulta da ação de um agente patogénico

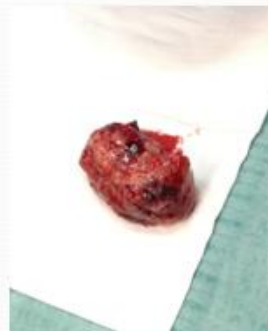
Staphylococcus aureus e *Staphylococcus epidermis*

Pode verificar-se apenas na pele ou dentro do vaso do acesso

Infecção

Sinais e sintomas:

- vermelhidão,
- edema /tumefacção,
- calor,
- sensibilidade ou dor,
- presença de exsudado seroso ou purulento,
- aumento da temperatura, ou mesmo, aumento dos parâmetros inflamatórios
- ou sépsis inesperada.



Infecção

- Importante ter protocolos de higiene e controlo de infeção para canulação, se > nº infeções, revisão dos protocolos existentes;
- Factores de risco: hematomas, aneurismas/pseudoaneurismas, prurido severo e raspagem nos locais de punção (hiperfosfatémia)

Tratamento:

- Antibioterapia dirigida 2 semanas
- Próteses podem ter que removidas cirurgicamente
- Laqueação de FAV (embolia séptica) ou extracção cirúrgica de foco infeccioso

Síndrome de Roubo

Caracterização

- Desvio de fluxo (inversão de fluxos)
- Mais comum acessos proximais, doentes com doença vascular, diabetes, artérias estreitas, amputações, vasculites, ausência de pulso, fenómeno de Raynaud, múltiplos AV

Sinais e Sintomas

- Membro frio, descoloração, dor / dor durante tratamento, ausência de pulsos distais, parestesias, presença de úlceras que não cicatrizam ou mesmo tecido necrosado.

Tratamento

- DRIL, Bandagem, Laqueação de colaterais, Laqueação da artéria, Angioplastia arterial

Síndrome de Roubo

Mão pálida
ou
cianosada
sem dor

Dor em
descanso



Dor ao
movimento
e durante
HD

Úlceras,
necrose e
gangrena



Síndrome de Hiperdébito

- Ocorre em doentes com FAV / próteses proximais ou femorais; verifica-se um fluxo elevado de sangue.
- Resistência menor na veia /prótese.
- Os fluxos do acesso podem variar entre 400 ml/minuto até 2000 ml/minuto.

Consequências:

- Compensação cardíaca
- ICC, hipertrofia ventricular esquerda, disfunção ventricular direita, hipertensão pulmonar, doença coronária, doença valvular cardíaca.

Síndrome de Hiperdébito



Sinais e Sintomas:

- Dispneia, distensão da veia jugular, crepitações pulmonares bilaterais, edema nos MI, dificuldade respiratória, pulso irregular ou rápido, palpitações, fadiga, lipotimias, perda de apetite...
- Avaliar dimensões e função do ventrículo esquerdo com Electrocardiograma e índice caridiotorácico com RX peito.
- Correção cirúrgica através de bandagem ou laqueação de acesso.

Aneurismas



Designação

- Dilatação anormal em zonas da veia de drenagem, pelo menos 1,5 do tamanho considerado normal



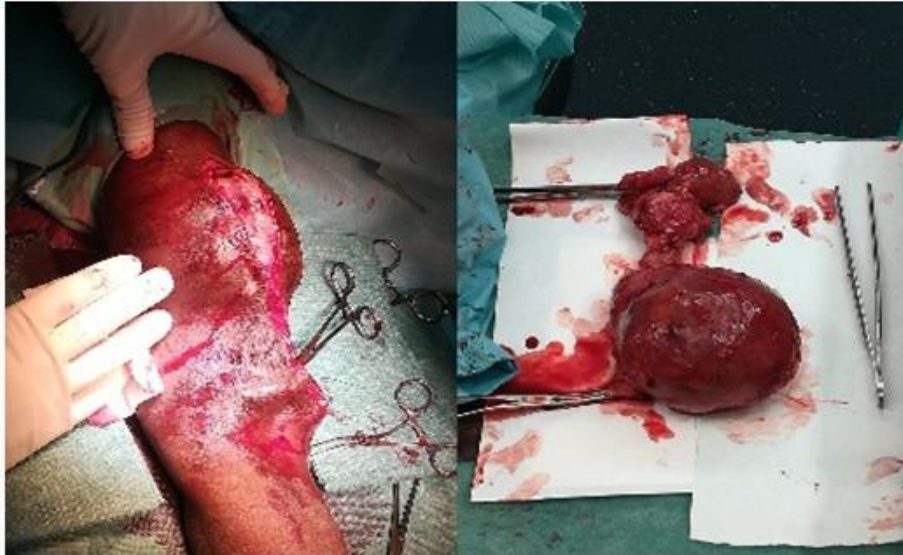
O aneurisma apresenta todas as camadas da parede do vaso (túnica adventícia, média e íntima)



Causas

- Canulações repetidas (canulação em área), estenoses.
- Risco de formar trombos, infeção, risco de rotura

Aneurismas



Pseudoaneurismas

- Surge no aparecimento de pequenas roturas causadas na prótese pelas punções. Cria-se uma cápsula que vai dilatando criando o pseudoaneurisma.



Análise de Situações

Senhor de 73 anos com uma FAV radiocefálica aneurismática construída há 15 anos, com sinais inflamatórios (rubor, dor ao toque, quente) e hiperpulsátil.

Ecodoppler – apresenta um trombo no aneurisma proximal à anastomose.

História de ATP anterior da crossa da cefálica

Foi hoje de manhã ao BO e fez extração de trombo infectado e aneurismoplastia

Risco de hemorragia (vigiar ferida cirúrgica, vigiar perdas sanguíneas)

Risco de infecção (vigiar sinais inflamatórios, monitorizar sinais vitais)

Senhora com 72 anos, com FAV braquiocefálica aneurismática 3 anos, dilatação exacerbada em toda a veia de drenagem, Qa de 3000 ml/minuto, com AP de ICC, aguarda cirurgia para bandagem.

Durante a noite refere dispneia paroxística, apenas tolera semi-fowler e cansaço para médios esforços e edemas nos membros inferiores.

Cansaço actual (monitorizar sinais vitais, determinar factores desencadeantes do cansaço, gerir oxigenoterapia, gerir actividade executada pelo próprio)
Edema actual (monitorizar peso corporal, vigiar pele, monitorizar edema corporal)

Senhora com 55 anos, com prótese braquioaxilar, internamento por AFR e desidratação, diabética. Apresenta alterações do exame físico do acesso vascular e síndrome de roubo.

Enviada à angiografia na qual se deteta estenose da anastomose venosa em cerca de 90%, realizando-se angioplastia.

Risco de ferida (vigiar pele – coloração, temperatura, sensibilidade, vigiar sinais de compromisso neurocirculatório)
Dor actual (vigiar dor, aplicar aquecimento – luva de água quente)

Senhor de 56 anos, com FAV braquiocefálica com 7anos, internado por infecção respiratória. Tem AP de estenose do TVBC.

Apresenta circulação colateral, hiperpulsatibilidade do AV e aneurismas com pele friável e despigmentados

Risco de hemorragia (vigiar perdas sanguíneas, monitorizar SV, vigiar pele).

Risco de alteração da auto imagem (solicitar apoio, escutar o individuo, vigiar comportamento – alteração auto-estima)

Referências Bibliográficas

- Gilliland, M. (2017). Arteriovenous Graft. In S. Bodin, (3ª ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 335-348). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Inglese, M. (2017). Arteriovenous Fistula. In S. Bodin, (3ª ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 317-333). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Pryor, L., & Brouwer-Maier, D. (2017). Central Venous Catheter. In S. Bodin, (3ª ed.), *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 349-362). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Vascular Access: Cannulation and Care (A Nursing Best Practice Guide For Arteriovenous Fistula) (2015)
- UNIDADE CURRICULAR DE ALTERAÇÃO DA ELIMINAÇÃO RENAL (Apontamentos). Professor Clemente Sousa ESEL, 2019.
- Macário, F. (2019) *Portuguese registry of dialysis and transplantation 2018*. Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Parisotto, M. & Pancirova, J. (Eds.). (2015). *Acesso Vascular: Canulação e Cuidado* (2ª ed.). Suíça: EDTNA/ERCA.

**Apêndice III – Divulgação da Formação de Acessos Vasculares no
Serviço**

Complicações do Acesso Vascular

Objectivos:

Descrever vantagens e desvantagens de cada tipo de Acesso vascular;

Identificar as complicações do Acesso Vascular;

Distinguir as especificidades de cada complicação.

Plano da sessão

Duração	Conteúdos a abordar	Metodologia
5'	Tipos de Acesso vascular Caracterização da população	Expositiva
5'	Vantagens e desvantagens de cada Acesso vascular	Expositiva
20'	Cuidados pré e pós construção de Acesso Vascular Caracterização de cada complicação	Expositiva
10'	Análise de situações hipotéticas	Expositiva / Interação
20'	Espaço para esclarecimento de dúvidas	Demonstração de algum material. Partilha de experiências

Esta formação surge em contexto académico, Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem Nefrológica, no âmbito do desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, nomeadamente “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Formadora

Carina Carreira (Enfermeira)

Apêndice IV – Estratégia de pesquisa na base de dados CINHALL
PluswithFullText

S9	S5 AND S6 AND S7	Limitadores – Texto Integral, Data de Publicação: 20020101-20191231 Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa Booleana/Frase	11
S8	S5 AND S6 AND S7	Limitadores – Texto Integral Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa Booleana/Frase	12
S7	S3 OR S4	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	38432
S6	S1 OR S2	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	30109
S5	MH “Hemodialysis”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	17583
S4	MH “Sexual Health”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	7,660
S3	MH “Sexuality”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	32,650
S2	MH “Renal Insufficiency”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	6,759
S1	MH “KidneyFailure, Chronic”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	23,695

Apêndice V – Estratégia de pesquisa na base de dados
MEDLINE*withFullText*

S8	S5 AND S6 AND S7	Limitadores – Texto Integral Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa Booleana/Frase	9
S7	S3 OR S4	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	8964
S6	S1 OR S2	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	124099
S5	MH “Renal Dialysis”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	96257
S4	MH “Sexual Health”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	1785
S3	MH “Sexualitty”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	7265
S2	MH “Renal Insufficiency, Chronic”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	28668
S1	MH “KidneyFailure, Chronic”	Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	97344

Apêndice VI – Instrumento de Extração de Dados

<u>Título da Revisão Scoping:</u> A sexualidade da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise: perspetiva de enfermagem.
<u>Questão do protocolo de revisão scoping:</u> Quais as intervenções de enfermagem relacionadas com alterações da sexualidade na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise?
<u>Critérios de inclusão (PCC):</u> <u>População:</u> Estudos que foquem pessoas com doença renal crónica com alterações na sua sexualidade maiores de 18 anos ou enfermeiros que lhes prestem cuidados. <u>Conceitos:</u> Estudos que abordem intervenções de enfermagem que visem alterações da sexualidade da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. <u>Contexto:</u> Estudos realizados em pessoas em programa de hemodiálise quer em a nível hospitalar como em unidades periféricas.
<u>Detalhes do estudo e extracção das características:</u> Autor(es) _____ Título do estudo _____ Ano de publicação _____ País de origem _____ Local de publicação _____ Objetivos _____ População do estudo _____ Metodologia _____ Contexto do estudo _____ Barreiras identificadas na abordagem da sexualidade _____ Intervenções de enfermagem identificadas _____

Apêndice VII – Lista de estudos excluídos com base na leitura do texto completo

Keskin, G., BabacanGümüş, A., &TaşdemirYiğitoğlu, G. (2019). Sexual dysfunctions and related variables with sexual function in patients who undergo dialysis for chronic renal failure. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 257–269. <https://doi.org/10.1111/jocn.14602>

Motivo da exclusão: Este estudo não atendeu aos critérios de inclusão (não contempla intervenções de enfermagem).

Sabanciogullari, S., TaşkınYılmaz, F., Güngör, F., Söylemez, S., &Benli, R. (2015). Sexual Function in Patients with Chronic Renal Failure on Hemodialysis and Its Effects on Patients' Perception of Health and Life Satisfaction. *Sexuality & Disability*, 33(2), 175–186. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9398-4>

Motivo da exclusão: Este estudo não atendeu aos critérios de inclusão (não contempla intervenções de enfermagem).

Stewart, M. (2013). Qualitative inquiry: perceptions of sexuality by African Americans experiencing haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 69(8), 1704–1713. <https://doi.org/10.1111/jan.12028>

Motivo da exclusão: Este estudo não atendeu aos critérios de inclusão (não contempla intervenções de enfermagem).

Sogni, F., Zaccherio, M., Parola, A., Carboni, F., Terrone, C., &Gontero, P. (2008). Sexual function in women undergoing hemodialytic treatment assessed using the female sexual function index (FSFI) and the somatic inkblot series (SIS) test. *Clinical Nephrology*, 70(1), 48–53. <https://doi.org/10.5414/cnp70048>

Motivo da exclusão: Este estudo não atendeu aos critérios de inclusão (não contempla intervenções de enfermagem).

Song, Y. S., Yang, H. J., Song, E. S., Han, D. C., Moon, C., & Ku, J. H. (2008). Sexual function and quality of life in Korean women with chronic renal failure on

hemodialysis: case-control study. *Urology*, 71(2), 243–246.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2007.10.020>

Motivo da exclusão: Este estudo não atendeu aos critérios de inclusão (não contempla intervenções de enfermagem).

Apêndice VIII – Aplicação do instrumento de extração de dados aos estudos incluídos

Autor(es)	Título do estudo	Ano de publicação	Local de publicação	País de origem	Objetivo(s) do estudo	População do estudo	Metodologia	Contexto do estudo	Barreiras /desimpedimentos na abordagem da sexualidade	Intervenções de enfermagem
Tanyi, R. A.	“Sexual unattractiveness: A patient’s story”	2002	MEDSURG Nursing	Estados Unidos da América	Examinar as respostas psicossociais de uma pessoa à distorção da imagem corporal provocada pela HD e DP.	Uma mulher com DRCT	Estudo de caso	Hospital	Os enfermeiros têm que entender e estar confortáveis com a própria sexualidade para abordar os problemas da sexualidade dos doentes.	Construir uma relação de confiança, providenciando uma área privada e calma para abordar a sexualidade. Utilizar perguntas/comunicação abertas, ser empático, aceitando e conhecendo os sentimentos do doente. Ouvir atentamente os medos e preocupações do doente sobre os seus problemas sexuais sem fazer julgamentos. Demonstrar respeito pelos valores e crenças sexuais do doente. Educar o doente e recomendar terapia de grupo (providenciar um ambiente seguro, de forma, a que cada um expresse livremente as suas preocupações com pessoas com experiências similares). Referenciar para terapeutas sexuais sempre que necessário.
Ho, T.M; Fernández, M.	“Patient’s sexual health: Do we care enough?”	2006	EDTNA/ERCA Journal	Espanha	Confirmar que os profissionais de saúde não dão a atenção suficiente à saúde sexual dos doentes. Definir as causas.	Equipa de enfermagem e médica dos serviços de nefrologia e cardiologia.	Estudo descritivo – com aplicação de questionário fechado.	Hospital	Falta de educação sexual, constrangimento, aspetos culturais e religiosos, atitudes conservadoras e falta de experiência dos profissionais. Embora não seja um dado conclusivo as profissionais do género feminino referem ter mais dificuldade em abordar a temática com os seus doentes masculinos, que os colegas do género masculino. A relutância dos profissionais em discutir questões sexuais. Falta de competências de	Utilizar os primeiros três níveis do modelo PLISSIT (P - Permission, LI - LimitedInformation, SS - SpecificSuggestions e IS – IntensiveThearapy): P- Estar disposto a facilitar a discussão sobre assuntos sexuais, ser empático. LI- Discutir as preocupações prevalentes. Enfatizar a importância da comunicação e fornecer informação sobre efeitos colaterais da medicação. SS- Sugerir a discussão do problema com o parceiro(a), envolvendo-o no processo. Estimular o interesse do doente.

									aconselhamento na equipa de enfermagem. O constrangimento dos doentes em expressarem as suas experiências sexuais.	Dar espaço para questões e respostas. Relembrar que a sexualidade passa por outras formas de expressão além da relação sexual. Sugerir posições que se adaptem consoante os obstáculos identificados.
Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	"Dialysis and sexuality"	2012	Nephrology Nursing Journal	Estados Unidos da América	Enumerar os instrumentos utilizados para determinar a QV e função sexual das pessoas com DRCT em diálise. Discutir as descobertas sobre a função sexual entre pessoas com DRCT, conforme apresentado nesta revisão da literatura. Explicar formas através das quais o enfermeiro de nefrologia possa ajudar a pessoa com DRCT em HD, a abordar questões relacionadas à sua função sexual e QV.	Pessoas com DRCT em diálise	Revisão da literatura		Estar ciente e confortável com sua própria sexualidade para ser capaz de avaliar ou abordar as preocupações sexuais de um doente.	Intervenções com foco na melhoria da auto-estima, da função sexual e da qualidade de vida. Estabelecer uma relação de confiança com o doente. Abordar as suas preocupações num local privado. Utilizar questões abertas sobre imagem corporal e vida sexual desde que iniciou diálise e que impacto na função sexual. Escutar ativamente os medos e preocupações dos doentes num local confortável para eles. Demonstrar respeito pelas crenças e valores sexuais do doente. Educar o doente. Recomendar grupos de terapia (pode ser recomendado para aumentar a auto-estima). Incentivar o doente a falar com o seu parceiro(a) num ambiente confortável e de modo privado, para que ambos possam ter as suas necessidades atendidas. Referenciar os doentes para terapeutas sexuais. Identificar as necessidades de suporte social em novos doentes o mais cedo possível.
Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden	"Sexual care for patients receiving dialysis: A cross-sectional study"	2017	Journal of Advanced Nursing	Países Baixos	Explorar em que medida enfermeiros holandeses que trabalham com pessoas em diálise	Enfermeiros a trabalhar no serviço de nefrologia	Pesquisa exploratória transversal – com aplicação de questionário.	Hospitais e Unidades periféricas.	Língua e etnia. Religião e cultura. Idade mais avançada do doente. Doente não expressa espontaneamente a disfunção sexual.	Proporcionar ensinamentos e treino adequados à equipa de enfermagem para esta incorporar na sua prática diária o cuidado sexual. Criar panfletos para os doentes e parceiros, nos quais se aborde

, M.E.M.D., Schaapherde r, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elsevier, H.W.	identifying the role of nurses working in the dialysis department”				discutem disfunção sexual. Identificar possíveis barreiras constrangedora s na abordagem da disfunção sexual pelos enfermeiros.				Não encontrar o momento mais adequado. Presença de uma terceira pessoa. Idade do doente. Treino insuficiente.	conversação sobre disfunção sexual. Expor posters na sala de espera. Facilitar uma maior privacidade para abordar/ consultar a saúde sexual do doente. Criar guidelines que imponham o cuidado sexual para doentes em diálise facilitando a base para esta parte do cuidado renal. Referenciar os doentes para terapia especializada em cuidado sexual se a disfunção sexual for imponente no bem- estar do doente.
Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtane, A.	“Nephrology nurses’ perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end- stage kidney disease”	2018	Journal of Renal care	Tailândia	Explorar as percepções dos enfermeiros de nefrologistas sobre a discussão de questões de saúde sexual com pacientes em diálise.	Enfermeiros do serviço de nefrologia	Estudo fenomenológico – com recurso a entrevista semi- estruturada e individual.	Hospital	Diferenças de género. Tempo insuficiente. Falta de serviços consultivos. Enfermeiros têm falta de treino avançado. Falta de conforto e confiança dos enfermeiros em discutir estas questões, Constrangimento/atitudes culturais. Ambiente da unidade de diálise. Enfermeiros não sentem confiança na sua capacidade de discutir questões sexuais.	Melhorar os conhecimentos previamente, para sentir confiança ao discutir sexualidade com os doentes. Ganhar a confiança dos doentes antes de abordar questões da sexualidade. Encontrar o momento apropriado para discutir sexualidade. Organizar um ambiente adequado para discutir a sexualidade. Ser conselheiro e praticar escuta ativa junto dos doentes.

Apêndice IX – Resultados da Revisão Scoping

Tabela I. Variáveis abordadas nos estudos encontrados.

Autor	Variáveis abordadas	
	Barreiras/Desimpedimentos	Intervenções de enfermagem
Tanyi, R. A	X	X
Ho, T.M; Fernández, M.	X	X
Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	X	X
Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elsevier, H.W.	X	X
Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtane, A.	X	X

Tabela II. Estudos por metodologia

Autor	Metodologia	Número de estudos por Metodologia
Tanyi, R. A	Estudo de caso	1
Ho, T.M; Fernández, M.	Estudo descritivo	1
Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	Revisão da literatura	1
Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elsevier, H.W.	Pesquisa exploratória transversal	1
Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtane, A.	Estudo fenomenológico	1

Tabela III. Estudos por país

Autor	País	Número de estudos por País
Tanyi, R. A	Estados Unidos da América	2
Beal-Loyd, D., Groh, C.J.		
Ho, T.M; Fernández, M.	Espanha	1
Van Ek, G.F., Gawli, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W.	Países baixos	1
Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtane, A.	Tailândia	1

Tabela IV. Artigos por datas

Autor	Ano de publicação	Número de estudos por ano de publicação
Tanyi, R. A	2002	1
Ho, T.M; Fernández, M.	2006	1
Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	2012	1
Van Ek, G.F., Gawli, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W.	2017	1
Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtane, A.	2018	1

Tabela V. Revistas em que os artigos foram publicados

Autor	Revista	Quantidade
Tanyi, R. A	MEDSURG Nursing	1
Ho, T.M; Fernández, M.	EDTNA/ERCA Journal	2

Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtanee, A.	(Journal of Renal care)	
Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W.	Journal of Advanced Nursing	1
Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	Nephrology Nursing Journal	1

Tabela VI. Identificação das intervenções de enfermagem por estudo

	Autor				
Intervenções de enfermagem	Tanyi, R. A	Ho, T.M; Fernández, M.	Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., Oudsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W.	Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtanee, A.
Construir relação de confiança	X		X		X
Providenciar uma area privada e calma	X		X	X	X
Utilizar questões abertas	X		X		
Ser empático (aceitando e procurando conhecer os sentimentos da pessoa)	X				
Escuta ativa (ouvir os medos e preocupações da pessoa sem julgamentos)	X		X		X
Demonstrar respeito pelos valores e crenças sexuais da pessoa	X		X		
Educar / aconselhar a pessoa	X		X		X
Referenciar para terapia de grupo (providenciar um	X		X		

ambiente seguro onde a pessoa possa expressar livremente as suas preocupações com pessoas que partilham experiências similares)					
Referenciar para terapeutas sexuais	X		X	X	
Utilizar os primeiros três níveis do modelo PLISSIT		X			
Incentivar a pessoa a falar com o seu parceiro(a)			X		
Identificar necessidades de suporte social em pessoas que estejam a iniciar tratamento o mais precocemente possível			X		
Proporcionar ensinamentos e treinos adequados à equipa de enfermagem				X	X
Criar panfletos, posters sobre sexualidade				X	
Criar guidelines que imponham o cuidado sexual				X	
Encontrar o momento apropriado para abordar a pessoa				X	

Tabela VII. Identificação das Barreiras na abordagem das questões da sexualidade.

	Barreiras	Tanyi, R. A	Ho, T.M; Fernández, M.	Beal-Loyd, D., Groh, C.J.	Van Ek, G.F., Gawi, A., Nicolai, M.P.J., Krouwel, E.M., O udsten, B.L.D., Ouden, M.E.M.D., Schaapherder, A.F., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W.	Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtanee, A.
Pessoa	Constrangimento sem expressar-se		X			
Fatores In trínsecos Enfermei	Entender e estar confortável com a própria sexualidade	X		X		
	Relutância em discutir questões sexuais		X			
	Falta de conforto e confiança para					X

	abordar					
	Falta de educação sexual, atitudes conservadoras, falta de experiência		X			
	Treino insuficiente				X	
	Falta de competências em aconselhamento		X			
	Diferenças de gênero					X
	Maior dificuldade das enfermeiras em abordar o gênero oposto		X			
Fatores Extrinsecos Enfermeiro	Falta de tempo, de serviços consultivos e o ambiente da unidade de diálise					X
	Presença de uma 3ª pessoa, dificuldade em encontrar o momento certo				X	
	Constrangimentos culturais		X		X	X
	Religião		X			
	Etnia ou língua				X	
	Idade da pessoa, falta de expressão espontânea da pessoa				X	