



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

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

Cristiana Andreia Monteiro Aguiar
Esteves Sarmento

CONSCIENCIALIZAÇÃO DA
PESSOA EM DIÁLISE

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

CONSCIENCIALIZAÇÃO DA PESSOA EM DIÁLISE

Relatório Final de Estágio

Cristiana Andreia Monteiro Aguiar Esteves Sarmento

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

Oliveira de Azeméis | 2024

“Entrei numa livraria. Pus-me a contar os livros que há para ler e os anos que terei de vida.
Não chegam! Não duro nem para metade da livraria!”

José de Almada Negreiros

AGRADECIMENTOS

O percurso que culminou na elaboração deste relatório nunca teria sido possível sem o apoio e compreensão das pessoas mais importantes da minha vida: a minha família, os meus amigos, as pessoas com quem trabalho diariamente e os professores e colegas de mestrado, cuja partilha e reflexões contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas orientadoras, a Professora Doutora Cecília Rodrigues e a Professora Doutora Liliana Mota, expresso a minha admiração e reconhecimento, pela orientação, compreensão e disponibilidade, essenciais para a conclusão deste projeto.

Ao Enfermeiro Gestor da Unidade de Diálise, o Enfermeiro Anselmo Madureira, ao Enfermeiro Especialista Miguel Sousa e aos meus Tutores, o Enfermeiro Especialista Paulo Pinheiro e a Enfermeira Especialista Liliana Lopes, dedico um agradecimento especial, pelo acolhimento, partilha de conhecimento e profícuas reflexões sobre a enfermagem avançada.

À minha querida amiga Elisabete Delgado, colega de trabalho, de curso e de estágio, por estar sempre presente. Obrigada por teres contribuído para que esta experiência fosse possível.

Ao Lobo, ao Pedro, à Diana, à Felicidade, à Patrícia, à Olivia, à Mariana, à Liliana, à Vera, e a tantos outros enfermeiros da Unidade de Diálise, pelo contributo essencial para a conclusão de mais este ciclo de estudos. Estão todos no meu coração!

Ao meu marido, a melhor pessoa que conheço, pelo amor, paciência e apoio incondicionais, mesmo nos momentos mais difíceis. Amo-te!

A todos, a minha sincera GRATIDÃO!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS	– Administração Central do Sistema de Saúde
APEDT	– Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação
CAV	– Consulta de Acessos Vasculares
CDRA	– Consulta de Doença Renal Avançada
CETSFR	– Consulta de Esclarecimento sobre Técnicas de Substituição da Função Renal
CVC	– Cateter Vascular Central
DeCS	– Descritores em Ciências da Saúde
DGS	– Direção-Geral da Saúde
DP	– Diálise Peritoneal
DRA	– Doença Renal Avançada
DRC	– Doença Renal Crónica
EDTNA/ERCA	– <i>European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association</i>
EE	– Enfermeiro Especialista
EEEMC	– Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMCAEPSC	– Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
EMC	– Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESSNorteCVP	– Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
FAV	– Fistula Arteriovenosa
HD	– Hemodiálise
IACS	– Infecções associadas aos cuidados de saúde
ISN	– <i>International Society of Nephrology</i>
ISPD	– <i>International Society for Peritoneal Dialysis</i>
IBI	– <i>Joanna Briggs Institute</i>
KDIGO	– <i>Kidney Disease Improving Global Outcomes</i>
KDOQI	– <i>Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i>
MeSH	– <i>Medical Subject Headings</i>
NKF	– <i>National Kidney Foundation</i>
OE	– Ordem dos Enfermeiros
OM	– Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Prótese Arteriovenosa

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PRHD – Programa Regular de Hemodiálise

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

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

ScR – *Scoping Review*

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SN – Serviço de Nefrologia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal

TFG – Taxa de filtração glomerular

TMC – Tratamento Médico Conservador

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

UD – Unidade de Diálise

UID – Unidade de Investigação e Desenvolvimento

ULS – Unidade Local de Saúde

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Viver com a doença renal crónica pode representar um desafio para a pessoa e família/cuidadores, ao impor mudanças significativas nas suas vidas, numa exigência constante de adaptação a novas condições de saúde. O início de diálise pode ser encarado como um evento traumático e disruptivo, com impactos físicos, psicológicos, emocionais e sociais. O enfermeiro especialista pode desempenhar um papel importante na consciencialização da pessoa para a sua condição de saúde, promovendo uma resposta saudável aos processos de transição vivenciados.

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. O documento integra duas componentes: o estágio e a investigação científica, ambas orientadas para a aquisição e desenvolvimento de competências avançadas de enfermagem especializada.

A componente de estágio foi realizada numa Unidade de Diálise, de uma Unidade Local de Saúde, da região Norte de Portugal. Este contexto da prática clínica permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, espelhadas através de uma metodologia descritiva e reflexiva, suportada em evidência científica, que pretende conferir rigor às aprendizagens realizadas.

Na componente de investigação foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise, seguindo o protocolo proposto pelo *Joanna Briggs Institute* e as diretrizes PRISMA-ScR. A evidência encontrada foi escassa, tendo sido incluídos três estudos. Os estudos destacaram a relação da consciencialização com vários aspetos, nomeadamente a promoção do autocuidado, a adaptação ao tratamento dialítico, o conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre o tratamento. Contudo é necessário aprofundar o estudo deste conceito e como pode ser promovido ao longo do tratamento. O enfermeiro especialista pode desempenhar um papel fundamental na promoção da consciencialização da pessoa em diálise, facilitando a adaptação ao tratamento e promovendo comportamentos de autocuidado.

Palavras-Chave: Consciencialização; Diálise Renal; Diálise Peritoneal; Insuficiência Renal Crónica; Enfermagem

ABSTRACT

Living with chronic kidney disease can be a significant challenge for individuals and their families/caregivers, as it requires constant adaptation to new health conditions. The initiation of dialysis is often perceived as a traumatic and disruptive event, with physical, psychological, emotional, and social impacts. Specialist nurses play a crucial role in raising awareness of patients about their health condition, fostering a healthy response to the transitions experienced throughout their healthcare journey.

This internship report was conducted as part of the Curricular Unit "Professional Internship with Final Report" in the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing Care for People in Chronic Conditions, at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. The document is divided into two components: the clinical internship and the scientific research, both aimed at acquiring and developing advanced specialized nursing skills.

The internship component was carried out in a Dialysis Unit at a Local Health Unit in Northern Portugal. This clinical practice setting provided opportunities to acquire and develop both common and specific skills required of a specialist nurse in medical-surgical nursing, particularly in caring for individuals with chronic conditions. These learnings are reflected through a descriptive and reflective methodology, supported by scientific evidence, ensuring rigor in the competencies gained.

In the research component, a scoping review was conducted with the aim of mapping the available scientific evidence on the awareness of patients undergoing dialysis. The review followed the protocol proposed by the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-ScR guidelines. The evidence found was limited, with only three studies included. These studies highlighted the relationship between awareness and several aspects, including the promotion of self-care, adaptation to dialysis treatment, knowledge acquisition, and decision-making processes regarding treatment. However, further research is needed to explore this concept and how it can be enhanced throughout the treatment process. The specialist nurse can play a key role in promoting patient awareness, facilitating adaptation to dialysis, and encouraging self-care behaviours.

Keywords: Awareness; Renal Dialysis; Peritoneal Dialysis; Chronic Kidney Failure; Nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Termos de pesquisa.....	72
Tabela 2. Estratégia de pesquisa	73
Tabela 3. Síntese de Resultados	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de Pesquisa PRISMA.....	75
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento do contexto de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de Unidade de Diálise.....	25
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	31
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	36
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	40
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	44
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica	47
3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.....	47
3.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.....	53
4. Considerações finais.....	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	59
1. Resumo.....	61
2. Abstract	63
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	65
4. Finalidade e objetivos	69
5. Metodologia	71
5.1. Desenho do estudo	71
5.2. Considerações éticas.....	74
6. Resultados.....	75
7. Discussão	79
8. Conclusão.....	85

CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÊNDICES	103
APÊNDICE I: PROPOSTA DE FORMAÇÃO TRANSVERSAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS.....	105
APÊNDICE II: PLANO DA FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS.....	111
APÊNDICE III: SLIDES DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS	115
APÊNDICE IV: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS.....	127
APÊNDICE V: PROGRAMA CIENTÍFICO DAS I JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA DA ULS.....	131
APÊNDICE VI: INQUÉRITOS DE SATISFAÇÃO COM AS JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA DA ULS.....	137
APÊNDICE VII: Q168 PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	145
APÊNDICE VIII: PROPOSTA DE PROCEDIMENTO TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	157
ANEXOS	167
ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM COMUNICAÇÃO ORAL.....	169
ANEXO II: CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA.....	173
ANEXO III: CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO RENAL 2023	177

INTRODUÇÃO

A evolução técnico-científica, aliada ao aumento da esperança média de vida, têm contribuído para o aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes, que impactam a vida das pessoas, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas continuam a ser a principal causa de sobrecarga associada à doença, a nível mundial, registando um aumento nas mortes globais de 61%, em 2000, para 74%, em 2019, e nos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, de 47%, em 2000, para 63%, em 2019 (World Health Organization [WHO], 2023).

Em Portugal, entre 2018 e 2020, a esperança média de vida à nascença foi de 81,1 anos e, aos 65 anos, aumentou 19,7 anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022a). No entanto, apesar de viverem mais tempo, os portugueses vivem com menos saúde. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2019, o número de anos de vida saudável à nascença foi estimado em 59,2 anos, um valor 5,4 anos inferior à média da União Europeia. As condições crónicas, particularmente as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, foram responsáveis por 53,4% dos óbitos totais e 62,3% dos óbitos prematuros, no triénio 2017-2019 (DGS, 2022a).

As doenças crónicas exigem cuidados de enfermagem contínuos e especializados, focados na sua prevenção, na promoção de estilos de vida saudáveis e na capacitação das pessoas e família/cuidadores para a vivência da doença crónica e para a adesão ao regime terapêutico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A doença renal crónica (DRC) surge, neste contexto, como um problema de saúde pública significativo, com “elevada carga clínica e impacto social” (Despacho n.º 12635/2023 de 11 de dezembro, 2023, p. 102), exigindo tratamentos complexos, desafiantes e de longa duração. A DRC afeta cerca de 8%-10% da população mundial e estima-se que, em 2040, seja uma das cinco principais causas de morte no mundo (Despacho n.º 12635/2023 de 11 de dezembro, 2023; Li et al., 2020). Em Portugal, em 2019, representou 1,8% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade (DGS, 2022a). Dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) de 2021 colocavam o nosso país em oitavo lugar no *ranking* dos países com maior prevalência de DRC (Galvão, 2024). Em 2023, havia 21690 pessoas a realizar um tratamento de substituição da função renal, das quais 13087 em hemodiálise (HD), 889 em diálise peritoneal (DP), 7535 com transplante renal (TR) e 179 em tratamento médico conservador (TMC),

22,8% com idade superior a 80 anos, e iniciaram tratamento de substituição da função renal 2752 pessoas (2208 em HD, 281 em DP, 231 em TMC e 32 TR), 28,4% com idade superior a 80 anos (Galvão, 2024).

Este panorama epidemiológico e o seu peso nos sistemas de saúde, implicam a adoção de estratégias que incluam a promoção da saúde renal, o acesso a tratamentos domiciliários e ao TR, e a aposta em cuidados de prevenção durante o percurso da pessoa com DRC e no acesso a ferramentas digitais e de telemonitorização (Despacho n.º 12635/2023 de 11 de dezembro, 2023). O investimento na promoção da saúde renal e na prevenção da doença renal, da sua progressão e das complicações associadas, através da modificação de fatores de risco comportamentais e da autogestão das situações de saúde, esbarra com a falta de conscientização da população para o problema (Li et al., 2020).

A conscientização surge como um fator importante na prevenção da progressão da DRC e na capacitação da pessoa para a autogestão da sua condição (Li et al., 2020). Está associada ao reconhecimento da situação de transição que a pessoa atravessa e é fundamental para a sua adaptação e procura de informação e apoio (Meleis, 2010). No contexto da DRC, a conscientização desempenha um papel central na transição para a diálise, pois influencia a forma como a pessoa se adapta ao tratamento e a sua capacidade de gestão do regime terapêutico.

A progressão da DRC até à necessidade de diálise implica mudanças significativas na vida da pessoa e família/cuidadores (DePasquale et al., 2019; Sedin et al., 2022). Neste processo, o aumento do nível de participação e de autogestão de um regime terapêutico complexo e desafiante, pode resultar em ganhos em saúde (Sedin et al., 2022). Torna-se essencial promover a conscientização da pessoa para que esta se adapte eficazmente à nova condição de saúde. O enfermeiro especialista (EE), pelas suas competências, pode desempenhar um papel crucial como facilitador deste processo, promovendo a adaptação e a autogestão.

Este contexto de estudo despertou o interesse para investigar o papel da conscientização no processo de transição da pessoa para a diálise, levando à formulação da questão de investigação “Qual a evidência científica sobre a conscientização da pessoa em diálise, nos vários contextos de cuidados?”. A pesquisa teve como objetivo mapear a evidência sobre a conscientização da pessoa em diálise, através de uma *Scoping Review*, utilizando a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) e as diretrizes do modelo *Preferred*

Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021; Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

A escolha de uma Unidade de Diálise (UD) como campo de estágio permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, centradas no cuidado à pessoa com DRC, em pré-diálise e diálise, maximizando o ambiente terapêutico. Possibilitou o desenvolvimento de um juízo crítico e reflexivo, e o planeamento e tomada de decisão, suportado em evidência científica, de forma a intervir em processos complexos de transição saúde/doença (Regulamento n.º 429/2008 de 16 de julho, 2018).

Este trabalho, inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório final, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) reflete o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEEMCAEPSC) (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018; Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019). Foi elaborado com recurso a uma metodologia descritiva e reflexiva, suportada em evidência científica e assente no referencial teórico da teoria das transições de Alaf Meleis.

Encontra-se organizado em duas partes: a componente de estágio e a componente de investigação. A primeira parte, referente à componente de estágio, inclui quatro capítulos: no primeiro capítulo é realizado o enquadramento do contexto de estágio numa UD, de uma Unidade Local de Saúde (ULS), da região norte de Portugal; no segundo capítulo reflete-se sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC); o terceiro capítulo é dedicado à reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEEMCAEPSC e o último capítulo apresenta algumas considerações finais. A segunda parte é dedicada à investigação, com oito capítulos: o resumo, o *abstract*, o enquadramento teórico sobre a temática estudada, a finalidade e objetivos do estudo, a metodologia utilizada, os resultados obtidos, a discussão dos resultados e, por último, a conclusão da *Scoping Review*.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

A atribuição do grau de mestre, em determinada área de especialidade, pressupõe que o estudante demonstre um desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos e capacidades, e os aplique na resolução de problemas em situações novas e desconhecidas, integrando-os e aplicando-os criticamente, refletindo sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais, comunicando de forma clara e objetiva os seus conhecimentos, conclusões e raciocínios, e cultivando uma postura de aprendizagem autónoma, realizada ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

A opção pela realização de um estágio de natureza profissional com relatório final é condição essencial para a atribuição do título profissional de EE, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e facilita o aprofundar de conhecimentos e competências em Enfermagem, em contexto de prestação de cuidados. A primeira parte deste relatório tem como objetivo descrever o contexto do estágio, alinhando-o com os objetivos previamente estabelecidos, e centrando-se no desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCAEPSC.

O estágio realizou-se com pessoas em tratamento de diálise e pré-diálise, e decorreu de 20 de setembro de 2023 a 12 de março de 2024, num total de 384 horas de contacto, numa ULS, da região norte de Portugal.

A escolha do local de estágio foi motivada pela experiência de mais de duas décadas a trabalhar com pessoas com DRC e família/cuidadores, nesta unidade, e pelo potencial do contexto para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, ao apresentar múltiplas valências que permitem uma visão holística e integrada no cuidado à pessoa com DRC e família/cuidadores, no seu percurso de saúde.

1.1. Estágio em contexto de Unidade de Diálise

O estágio de natureza profissional realizou-se numa UD, integrada no Serviço de Nefrologia (SN), de um hospital da região norte de Portugal. Desde 1 de janeiro de 2024, que esta instituição passou a fazer parte do modelo de ULS, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro (2003). Este modelo integrado de cuidados pretende dar resposta ao “aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas” (Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, 2023, p. 4), promovendo o

acesso e eficiência na prestação de cuidados de saúde, e investindo numa saúde de proximidade. Esta abordagem é especialmente relevante no cuidado à pessoa em pré-diálise e diálise, garantindo uma visão holística e centrada nas suas necessidades.

O SN engloba múltiplas valências: o internamento de nefrologia clínica, a unidade de transplantação renal de adultos, a consulta interna de nefrologia e a UD. A UD integra a Unidade de Hemodiálise (HD), a Unidade de Diálise Peritoneal (DP), a Consulta de Acessos Vasculares (CAV), a Consulta de Esclarecimento sobre Técnicas de Substituição da Função Renal (CETSFR) e a Consulta de Doença Renal Avançada (CDRA). Trabalha em articulação com o serviço de urgência, unidades de cuidados intensivos e intermédios, serviços de internamento e consulta externa, na prestação de cuidados a pessoas em regime de ambatório, internamento e em situações de urgência. A sua missão é garantir o acesso a cuidados de pré-diálise e diálise, com qualidade e adequada alocação de recursos, atuando no diagnóstico, prevenção, tratamento e antecipação de complicações. Pretende também dinamizar o ensino, a docência e a investigação clínica, contribuindo para uma prática de excelência, suportada em evidência científica. Verifica-se um compromisso constante e crescente em processos de melhoria contínua da qualidade, reconhecido externamente através da certificação ISO, da acreditação internacional, dos centros de referência e dos prémios alcançados.

Este contexto, pelas suas características, pressupõe a especialização dos profissionais de enfermagem para responder às exigências de práticas avançadas e diferenciadas, centradas nas pessoas e sustentadas num pensamento crítico e reflexivo e em evidência científica. O contato com diversas situações no percurso de saúde da pessoa com DRC permite o desenvolvimento de competências abrangentes na prestação de cuidados diretos e no processo de tomada de decisão, fundamentais para uma prática de enfermagem avançada (Santos, 2023). O trabalho em equipa multidisciplinar permite o treino de competências de gestão, liderança e comunicação interpessoal, essenciais para garantir a continuidade e adequação dos cuidados. A valorização do ensino e da investigação, cria um espaço privilegiado para a produção científica, que sustenta o desenvolvimento da prática avançada.

O funcionamento da UD é assegurado por uma equipa multidisciplinar constituída por 28 enfermeiros (inclui 7 EEEMC e 4 EE em outras áreas), 6 médicos nefrologistas, 5 técnicos auxiliares de saúde, 1 assistente administrativo e 1 nutricionista. A exigência legal de dispor de um técnico do serviço social e de um farmacêutico é assegurada pela farmácia e pelo serviço social hospitalar (Portaria n. 9347/2013 de 28 de novembro, 2013).

A complexidade do contexto torna o cálculo de dotações seguras um desafio, ao abranger atividades com fórmulas de cálculo distintas (unidade de diálise e consulta externa). Segundo o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, o “número de enfermeiros por posto de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização” (2019, p. 146), recomendando-se um mínimo de 1 enfermeiro para cada 4 clientes, sem exceder o máximo de 5. Este rácio deve ser adaptado de acordo com necessidades específicas (como as de pessoas portadoras de VHB, VHC e VIH) e com a necessidade de dar respostas de diálise a unidades externas. Excetuando a resposta a unidades externas, assegurada por um enfermeiro, independentemente da carga de trabalho, todos os postos de diálise cumprem os requisitos de dotações seguras, definidos pela OE. Estudos sugerem que o aumento do número de enfermeiros está associado à diminuição de complicações e mortalidade, e ao aumento da qualidade, segurança e satisfação dos clientes (Aiken et al, 2017). Considerando esta evidência, parece existir potencial benefício em reforçar a equipa de enfermagem, sempre que as exigências de apoio a unidades externas, sejam mais elevadas.

O regulamento também considera que, de acordo com o grau de exigência, a complexidade e os riscos inerentes ao tratamento dialítico, pelo menos metade da equipa de enfermagem deve ser constituída por EEEMC nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ou Crónica, o que não se verifica (com 39% de EE).

As especificidades da DP não estão contempladas na seção do regulamento dedicada às unidades de diálise, mas está previsto o cálculo de dotações seguras em consulta externa. O guia orientador de boas práticas: diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa (OE, 2020) recomenda um enfermeiro dedicado por cada 25 pessoas em programa regular de DP, com pelo menos um EEEMC, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sendo desejável que a equipa seja constituída por cerca de 35% de EE. A unidade de DP é assegurada por 7 enfermeiros, dos quais 1 EEEMC e 2 EE em outras áreas de especialidade (42,9% de EE). Considerando as fórmulas de cálculo de dotações seguras, o guia orientador de boas práticas e a evidência científica, parece existir benefício no reforço da equipa com pelo menos um enfermeiro por turno.

A unidade de HD tem quinze postos fixos de tratamento, distribuídos por quatro salas, incluindo uma sala utilizada em situações de urgência e na instituição de precauções baseadas nas vias de transmissão, e uma sala exclusiva para a realização de tratamento a pessoas portadoras de VHB, cumprindo as orientações do manual de boas práticas de diálise crónica e as exigências legais (Ordem dos Médicos [OM], 2017; Recomendação Técnica n.º

06/2011 de junho, 2011). Existe uma sala de procedimentos, utilizada na realização de biópsias renais e introdução de cateteres vasculares centrais (CVC) para HD.

O tratamento de HD realiza-se, habitualmente, três vezes por semana, em sessões de 4 horas, podendo variar de acordo com a necessidade e especificidades da pessoa. As sessões são distribuídas por três turnos (manhã, tarde e noite) que se realizam, de forma programada, das 8 h às 24 h. O EE responsável faz a programação diária desta atividade. Das 0h às 8h, a unidade funciona apenas para tratamentos urgentes e apoio a cuidados intensivos e intermédios. Durante o estágio, realizaram-se 2901 sessões de HD, a 52 pessoas em programa regular de hemodiálise (PRHD), em ambulatório.

A DP é realizada de forma autónoma, pela pessoa ou por um familiar/cuidador, 3 a 4 vezes por dia no caso da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) ou com recurso a uma máquina (cicladora), durante o período noturno, no caso da Diálise Peritoneal Automática (DPA). A unidade de DP dá apoio a pessoas que realizam estes tratamentos, em consulta, assegurando também a sua manutenção em situações de urgência e internamento. Funciona em dias úteis, das 8h às 20h e possui um consultório médico e dois de enfermagem.

A consulta de enfermagem de DP realiza-se das 8h às 15h, segundo o modelo de enfermeiro de referência, que valoriza a autonomia do enfermeiro, a responsabilidade individual e a continuidade dos cuidados (Rego & Coelho, 2016). Os cuidados são integrados e centrados na pessoa, aspetos que parecem contribuir para melhores resultados e uma maior satisfação de todos os intervenientes (Gonçalves et al., 2023). Nesta consulta, é realizada a avaliação da pessoa e da sua capacidade para a execução autónoma da técnica, disponibilizado suporte emocional, e reforçados os ensinamentos necessários para a manutenção da realização segura do tratamento, no domicílio. A exteriorização do cateter peritoneal para o início de tratamento é executada de forma programada, geralmente às segundas-feiras, seguida de um programa de ensino e treino, que dura 4 a 5 dias, liderado por um(a) enfermeiro(a) da equipa de DP. Este assegura a unidade das 14h às 20h, durante uma semana consecutiva, de forma a garantir que o ensino seja efetuado pelo mesmo profissional. É ainda responsável pelo ensino e treino de DPA, por assegurar a continuidade do tratamento a pessoas internadas, responder a situações de urgência, e por realizar a CETSFR. No final do estágio, a unidade de DP apresentava um programa com 63 pessoas em tratamento no domicílio, 42 a realizar DPCA e 21 DPA, sendo um dos maiores programas do país, com um total de 760 atendimentos realizados em 2023.

Durante o estágio, foi implementada a CDRA, médica e de enfermagem, com início em outubro de 2023. Funciona em dias úteis, das 14h30 às 16h30 e é realizada por um(a) enfermeiro(a) da equipa de DP. A consulta tem como objetivos estratégicos atrasar a progressão para diálise, prevenir complicações e diminuir a indução de diálise não programada, através de uma gestão do percurso da pessoa com DRC em estadio 4/5 que promova a literacia em saúde e o autocuidado, implemente medidas de prevenção de lesão renal aguda, assista no processo de tomada de decisão sobre a modalidade de tratamento (diálise, transplantação renal ou tratamento conservador não dialítico), possibilite a construção atempada do acesso para diálise e a sua vigilância, e que promova uma transição segura na adaptação ao tratamento dialítico da sua preferência. Esta visão está alinhada com o preconizado no Despacho 12635/2023 de 11 de dezembro (2023), que aprova a Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica 2023-2026, dando-lhe resposta.

O avanço técnico-científico, aliado ao aumento da esperança média de vida e consequente aumento de doenças crónicas, confrontam os profissionais de saúde com pessoas cada vez mais vulneráveis, em ambientes de cuidados cada vez mais complexos. Nestes contextos, a existência de EE possibilita a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção que respondam “às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados” (OE, 2017, p.5), contribuindo para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. O EE surge, assim, como um modelo “no que concerne à prevenção, promoção de estilos de vida, adesão ao regime terapêutico e gestão da doença crónica, de modo a capacitar a pessoa, para a vivência da mesma e para a redefinição do seu projeto de saúde” (OE, 2017, p. 34). Cuidar a pessoa com DRC em pré-diálise e diálise e família/cuidadores é um trabalho exigente e desafiante, que requer a gestão de regimes terapêuticos complexos e a capacidade do enfermeiro(a) para promover a consciencialização, a adesão ao tratamento, o autocuidado, a literacia em saúde e a gestão das emoções. Para dar resposta a estas exigências foram definidos objetivos específicos, que guiaram a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializada:

- Reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa com DRC em pré-diálise e em tratamento dialítico;
- Fomentar planos que favoreçam os processos de transição e capacitação da pessoa e família/cuidadores na gestão da DRC e do tratamento de DP;
- Intervir na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição para a DP;

- Fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade;
- Gerir programas formativos;
- Investigar e colaborar em estudos de investigação.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Atualmente, os cuidados de enfermagem assumem uma complexidade e exigência técnica e científica, que requer uma maior diferenciação e especialização. A OE, no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p.4744), define o EE como um profissional “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” e que apresenta um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745). As competências comuns assentam, assim, em quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Tomando como ponto de partida cada uma destas esferas de ação, refletiu-se criticamente sobre o desempenho no estágio de natureza profissional, no que concerne à sua aquisição e desenvolvimento.

2.1. *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

Neste domínio, as competências comuns do EE são o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), expresso no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, revisto aquando da criação da OE, pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril define que no “exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (1996, p. 2961), proporcionando-lhes cuidados de qualidade.

A Deontologia Profissional, plasmada no Capítulo VI do Estatuto da OE, republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 97.º reforça a obrigatoriedade de um exercício profissional “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela

vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (2015, p.8078).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é central e transversal a todos os contextos do exercício profissional de enfermagem. Partindo desta premissa, e tendo como linhas orientadoras o Código Deontológico do Enfermeiro, o REPE, o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, refletiu-se criticamente sobre as questões éticas no cuidado à pessoa e família/cuidadores, em pré-diálise e diálise. O avanço técnico-científico confronta os profissionais de saúde com intervenções cada vez mais complexas e invasivas, muitas vezes associadas a custos elevados. É, por isso, essencial refletir sobre estes desafios e estarmos preparados para lidar com ambientes de cuidados cada vez mais exigentes, onde o sofrimento humano está presente, adotando estratégias para uma adequada gestão emocional e do stress (Faria, 2019).

A pessoa com Doença Renal Avançada (DRA), em pré-diálise ou em diálise vivencia um processo de transição saúde/doença exigente e complexo, que a pode fragilizar e dificultar o processo de tomada de decisão. É confrontada com a necessidade de optar pela realização de um tratamento de diálise ou de um tratamento conservador não dialítico, com implicações físicas, psicológicas, emocionais, sociais, económicas e nas relações interpessoais (Dabrowska-Bender et al, 2018; Liu et al., 2023, Sedin et al., 2023). Para que o processo de tomada de decisão seja consciente e livre, é essencial que a pessoa esteja informada e esclarecida sobre as opções de tratamento, bem como sobre as suas implicações. A Norma 017/2011 da DGS, atualizada a 14 de junho (2012), sobre o Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5, evidencia a importância de se facultar informação sistematizada e prestar esclarecimento acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento, para todas as pessoas com DRC, e encontra-se alinhada com o dever de informar, explanado no artigo 105.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Na UD os enfermeiros têm um papel privilegiado no suporte ao processo de tomada de decisão dos clientes, uma vez que a CETSFR é da sua responsabilidade. Esta consulta é realizada em dias úteis, das 14h às 15h, pelos enfermeiros da unidade de DP. Tem como objetivo esclarecer a pessoa e família/cuidadores sobre a função renal; sinais e sintomas de agravamento da DRC e promoção de autovigilância; modalidades de tratamento, suas vantagens e desvantagens; e estratégias de autogestão da DRC, que possam atrasar a sua

progressão. O esclarecimento sobre todas as modalidades de tratamento implica um conhecimento abrangente e aprofundado sobre as mesmas e a sua comunicação de forma precisa e adaptada aos clientes, o que requer o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada. Neste contexto, o contributo do EE, em particular do EEEMCAEPSC poderá ser essencial e influenciar positivamente os resultados em saúde.

Nem todos os enfermeiros da consulta são EE. No entanto, são enfermeiros com muitos anos de experiência profissional e um conhecimento aprofundado sobre todos os tratamentos para a DRC, sendo reconhecidos como peritos em TSFR pela equipa multiprofissional e considerados os mais habilitados para a sua realização. De acordo com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), um perito é um profissional que possui uma vasta experiência, que lhe permite ser capaz de interpretar intuitivamente as situações, identificando os problemas de forma direta e eficaz, sem recorrer a abordagens superficiais ou soluções desnecessárias. No entanto, apesar do nível de *expertise* destes profissionais, as competências avançadas em enfermagem, na área da especialidade, poderão contribuir para a otimização deste processo.

Na CETSF existem barreiras que dificultam a centralidade dos cuidados nas reais necessidades das pessoas, e que podem comprometer a retenção da informação e o processo de tomada de decisão. Entre estas barreiras destaca-se a realização da consulta num único momento, que condensa uma grande quantidade de informação sensível, sem que se estabeleça uma relação terapêutica prévia. Esta limitação compromete a construção de uma aliança terapêutica, com impacto nos resultados (Ribeiro, 2019) e sobrecarrega as pessoas com informações complexas, num curto espaço de tempo, dificultando a sua integração.

Apesar destas limitações, verifica-se uma tentativa de individualização de cada consulta, que inicia com a auscultação do que a pessoa já sabe sobre a sua condição de saúde. Esta prática permite identificar necessidades de esclarecimento e responder de forma específica, adaptando a comunicação à sua idiossincrasia e às especificidades do contexto. Os enfermeiros, na CETSFR reconhecem a importância de atender às necessidades, crenças e preferências das pessoas, possibilitando a sua participação ativa no processo de tomada de decisão, através de uma educação personalizada e de uma comunicação eficaz (Liu et al., 2023).

Numa perspetiva de enfermagem avançada, esta abordagem personalizada evidencia a necessidade de mobilizar competências especializadas, que suplantam a mera transmissão

de informação. Neste sentido, os EE, desenvolvem competências que permitem ajustar a comunicação de forma que a pessoa e família/cuidadores compreendam a informação e se sintam empoderados e apoiados no processo de tomada de decisão. Podem atuar na definição de estratégias que superem as limitações da consulta única, como o desenvolvimento de suportes informativos complementares ou a programação de consultas de seguimento, presenciais ou à distância, que reforcem o conhecimento e esclareçam dúvidas. A prática avançada em enfermagem implica uma postura crítica em relação ao próprio processo de consulta, que questiona se o modelo atual responde às necessidades de todos os clientes e propõe alternativas suportadas em evidência, de forma a otimizar os cuidados, como o seguimento em CDRA ou a realização de teleconsulta.

Apesar dos desafios, nesta consulta verifica-se um profundo respeito pela individualidade de cada pessoa, com uma comunicação transparente e a garantia de sigilo, confidencialidade e privacidade. Para assegurar que a informação é compreendida, os enfermeiros utilizam uma linguagem acessível e convidam as pessoas a devolver o que entenderam, validando a sua compreensão. Este processo contribui para a criação de um ambiente de não julgamento, onde a pessoa se sinta segura e à vontade para expressar as suas dúvidas e preocupações (Cardoso, 2012; Sequeira, 2016). Para garantir o sigilo, a confidencialidade e a privacidade, a consulta é realizada num espaço reservado e sem interrupções, onde a pessoa é livre de decidir que informações deseja receber e partilhar.

Na CETSFR é reforçado que a escolha do tratamento é um direito da pessoa e que a equipa está disponível para apoiar neste processo de tomada de decisão, sem influenciar ou impor uma direção. Esta abordagem promove um processo de tomada de decisão informada, em que a pessoa participa ativamente, suportado por uma comunicação empática. Estas práticas pretendem assegurar que a consulta é conduzida de forma ética e humanizada, num ambiente em que a pessoa se sinta valorizada, segura e informada. As pessoas são convidadas a regressar, sempre que considerem necessário esclarecer alguma questão.

Esta visão, profundamente humanista, está alinhada com as mais recentes *guidelines* para o tratamento da DRC, que apontam para uma estratégia de tratamento compreensiva, que aposta numa abordagem holística de tratamento e modificação de risco, de forma a diminuir a progressão da doença e complicações associadas, numa perspetiva de cuidado centrado na pessoa (*Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO]*, 2024). É uma visão que reconhece os indivíduos como seres sociais e agentes intencionais “de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2017, p.2),

atendendo à sua complexidade e à influência do ambiente, numa perspectiva ecológica, holística e sistémica.

No entanto, garantir o direito ao sigilo, confidencialidade e privacidade apresenta mais desafios no tratamento de HD, uma vez que as pessoas partilham um espaço comum. Para minimizar essas limitações, a unidade adota estratégias como o uso de barreiras físicas durante os procedimentos.

Uma lacuna identificada foi a ausência de um espaço adequado para o acolhimento da pessoa e família/cuidadores antes do primeiro tratamento de HD, onde se possam discutir preocupações, medos, receios e angústias, esclarecer dúvidas e promover a confiança e o estabelecimento de uma relação terapêutica, num ambiente calmo e confortável. A criação de uma consulta de enfermagem de acolhimento, em espaço próprio, poderá ser um contributo importante para responder a esta necessidade, permitindo esclarecer dúvidas e promover o apoio emocional necessário a uma transição segura para diálise (OE, 2016).

A maneira como a HD é realizada também pode funcionar como barreira à promoção do autocuidado e da autogestão do regime terapêutico. A pessoa senta-se num cadeirão ou deita-se numa cama, e permanece nessa posição, enquanto o tratamento é administrado pelos enfermeiros, durante cerca de 4 horas. A atitude de submissão e dependência face aos profissionais de saúde pode contribuir para reforçar a passividade das pessoas e o controlo dos profissionais (Curtin & Mapes, 2001). Neste contexto, a participação e envolvimento da pessoa no tratamento, é importante para promover o autocuidado e autogestão do regime terapêutico, ao empoderar a pessoa (Kalantar-Zadeh et al., 2021; Sarmento, 2015).

A prática de enfermagem avançada permite que os EE atuem como facilitadores da autonomia da pessoa, ajudando-a a enfrentar o impacto da diálise. A implementação de estratégias de ativação da pessoa, orientadas pelo EE, de forma que esta obtenha o conhecimento, habilidade e a confiança necessários, pode promover o envolvimento e a adoção de comportamentos que contribuam para melhores resultados em saúde (Hussein et al., 2022; Lightfoot et al., 2022). Em HD, estas estratégias podem passar pela promoção de um ambiente colaborativo entre profissionais e clientes, pelo desenho e implementação de programas de educação para a saúde individualizados, pela implementação de programas de *coaching* em saúde e mentoria de pares, pela integração de tecnologias de monitorização e autogestão, e pela capacitação de outros profissionais para uma adaptação a esta mudança de paradigma (Hussein et al., 2022).

Alicerçou-se a prática em valores universais, como o respeito pela dignidade da pessoa humana, o tratamento justo e igual, o não julgamento, a não discriminação, a responsabilização pelos atos (delegados e praticados), a solidariedade, a competência e a verdade. Defenderam-se os princípios éticos identitários de Tom Beauchamp e James Childress (2001) – beneficência, não maleficência, autonomia e justiça – reconhecendo-se que não são valores absolutos e que podem conflitar, exigindo uma postura de reflexão crítica constante e questionamento contínuo das práticas. No contacto direto com a pessoa com DRC e família/cuidadores, adotou-se uma postura profissional, de aceitação incondicional, empática e autêntica, permitindo o desenvolvimento destas competências.

A reflexão crítica sobre as práticas fortaleceu a compreensão do impacto das escolhas éticas na prática clínica, particularmente no confronto com decisões difíceis que envolvem pessoas com DRC em estadios avançados da doença e pessoas mais idosas. A constante necessidade de alinhar os cuidados prestados com os valores individuais de cada pessoa reforçou a importância de um cuidado humanizado, baseado no respeito pela dignidade e nas normas deontológicas da OE. Cuidar a pessoa com DRC é desafiador e coloca questões éticas, nos vários momentos de transição que acompanham o seu percurso de saúde, desde as questões relacionadas com a decisão de iniciar uma TSFR ou manter um tratamento conservador não dialítico; com a suspensão de um tratamento de diálise; com a escolha informada, livre e esclarecida sobre o tratamento mais adequado à sua situação particular; com a escolha do melhor acesso para diálise; com o TR ou com os cuidados paliativos. Todos estes momentos implicam uma liderança efetiva nos processos de tomada de decisão ética, que se pretende que seja partilhada pela equipa multidisciplinar que presta os cuidados, pela pessoa e pela família/cuidadores (Yu et al., 2022).

A reflexão sobre as implicações legais da prática também esteve presente, destacando-se a importância do cumprimento das normas legais e dos protocolos e procedimentos institucionais, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados e a proteção dos direitos das pessoas. A correta documentação da informação é essencial neste processo, garantindo a continuidade dos cuidados e a proteção jurídica.

Pretende-se manter uma atitude ética e responsável, que promova a reflexão contante sobre as práticas de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade é expectável que o EE impulse as iniciativas estratégicas institucionais, colabore em programas de melhoria contínua e que garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/ 2019 de 06 de fevereiro, 2019).

O Plano Nacional de Saúde (PNS), revisto e adaptado de acordo com a estratégia europeia para 2020 e com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, deu origem ao PNS-Revisão e extensão a 2020, que apresenta a Qualidade na Saúde como um dos quatro eixos estratégicos, definindo-a como a prestação de cuidados de saúde equitativos, acessíveis e adaptados às necessidades e expectativas dos clientes, que considerem os recursos disponíveis e garantam em elevado nível profissional e o melhor desempenho possível, promovendo a sua satisfação e adesão (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015; DGS, 2015).

A Qualidade em Saúde tem ganho cada vez mais relevância nos cuidados de saúde e, atualmente, é uma exigência e uma prioridade na assistência prestada à pessoa e família/cuidadores, com reflexo na melhoria dos cuidados prestados e consequentes ganhos em saúde. Neste contexto, a OE definiu, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, em 2017, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que funcionam como uma bússola, servindo como referenciais para a prática especializada dos enfermeiros (OE, 2001, 2017). Tendo por base estes referenciais, o EE deve procurar, constantemente, a excelência do seu exercício profissional, tentando obter a satisfação das pessoas, para as quais e com as quais trabalha, ajudando na promoção da saúde e na prevenção de complicações, maximizando o bem-estar e o autocuidado, contribuindo para o desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e de gestão da doença crónica, contribuindo para a máxima eficácia na gestão e organização dos cuidados prestados, garantindo a segurança dos cuidados e a prevenção e controlo de infeção (OE, 2017).

A UD tem implementado, desde 2006, um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), sendo auditada anualmente. Neste contexto, a melhoria da qualidade é uma preocupação constante de todos os colaboradores, que participam proactivamente na sua implementação e melhoria contínua, sendo da responsabilidade de cada um garantir uma gestão eficiente do SGQ, com o objetivo de aumentar a eficiência, assegurar a satisfação dos clientes, otimizar os recursos e cumprir os requisitos regulamentares e legais. Os EE da ULS têm um papel preponderante no SGQ, sendo interlocutores de vários processos auditados, com

responsabilidade nos processos de gestão da qualidade, gestão da formação, gestão do risco na prática clínica, gestão de equipamentos, nos sistemas de informação em enfermagem, no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, na avaliação da pessoa com dor, no grupo de apoio ao luto e na comissão de prevenção e tratamento de feridas. Na sua área de responsabilidade, compete aos interlocutores assegurar a partilha de informações com a equipa, motivar e dinamizar a sua participação, promover a adesão a orientações, recomendações e normas, colaborar em estudos e projetos, e disseminar os resultados.

Enquadrado neste domínio, delineou-se como objetivo específico de estágio, fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, através da colaboração no projeto “Implementação de uma estratégia formativa para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde”, a decorrer no SN. Este projeto, que terá a duração de 3 anos, encontra-se alinhado com o primeiro pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021) e tem como principal objetivo estratégico a promoção de uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, através da implementação de estratégias de formação e consciencialização dos enfermeiros na área da segurança do doente. O projeto encontrava-se na fase de diagnóstico de situação, sendo necessária a construção de um instrumento para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre: úlceras por pressão, precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), identificação inequívoca de doentes e prevenção de quedas. Deste modo, foi (co)construído um questionário pelos interlocutores das feridas, do PPCIRA e do risco. Após a construção da primeira versão do instrumento participou-se na fase de pré-teste, em que o mesmo foi aplicado a três enfermeiros de outros serviços, de forma a torná-lo mais claro, compreensível e adequado ao estudo. As sugestões apresentadas foram consideradas e procedeu-se à reformulação do questionário na sua versão definitiva. Efetuamos a transcrição do instrumento final para um formulário online, de forma que pudesse ser mais facilmente preenchido pela equipa, participamos na campanha de divulgação e motivação para a participação dos enfermeiros do serviço e ajudamos na análise e interpretação dos dados. Participaram neste diagnóstico de situação 41 enfermeiros (taxa de adesão de 97,6%) e as maiores dificuldades verificaram-se nas questões relacionadas com a identificação inequívoca de doentes e com a prevenção de quedas. Os resultados foram apresentados e discutidos em reunião de serviço, em fevereiro de 2024. A identificação destas necessidades de formação irá orientar a implementação de um plano de formação anual, no âmbito da

segurança do doente, de acordo com o preconizado no PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Este projeto foi apresentado num congresso de enfermagem na forma de comunicação oral (ANEXO I), sendo distinguido com uma Menção Honrosa (ANEXO II). O contributo dos EE tem sido essencial no desenvolvimento deste projeto, bem como na promoção de uma cultura de segurança, que reforça a qualidade dos cuidados prestados.

Durante o estágio identificaram-se oportunidades de melhoria, nomeadamente relacionadas com a formação de colegas de outros serviços. A pessoa com DRC, ao longo do seu percurso de saúde recorre ao serviço de urgência e pode ficar internada em quase todos os serviços da ULS. Quando internada em contexto de cuidados intensivos e intermédios pode, eventualmente, necessitar de realizar tratamento dialítico. Cuidar a pessoa com DRC é desafiante e os(as) enfermeiros(as) de outros serviços podem não estar preparados para o grau de exigência e complexidade requeridos. Assim, em colaboração com o EE responsável pela formação, efetuou-se uma proposta de formação transversal de desenvolvimento de competências em nefrologia, dirigida aos enfermeiros da ULS, com o tema “Curso Básico de Enfermagem – Cuidar a Pessoa com Doença Renal Crónica” (APÊNDICE I). A proposta de formação, conjuntamente com o plano da formação em nefrologia para enfermeiros (APÊNDICE II), dos slides elaborados para a sua realização (APÊNDICE III) e da proposta de avaliação da formação (APÊNDICE IV) foram entregues ao Enfermeiro Gestor, para análise.

Em programas de melhoria contínua da qualidade é essencial o estabelecimento de normas e protocolos de atuação, centrados nas pessoas e no seu percurso de cuidados, que visem “a prestação de cuidados de saúde efetivos, seguros e eficientes com base na evidência científica, realizados de forma humanizada” (DGS, 2022b, p.5). Integrado no SGQ, a UD apresenta um conjunto de normas, procedimentos, protocolos de atuação e guias de orientação e de boas práticas, suportados em evidência científica, e alinhados com as *guidelines* (inter)nacionais, como o *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) *guidelines*, as *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) do *National Kidney Foundation* (NKF), as *International Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD) *guidelines*, as publicações da *The European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), as publicações da SPN e da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT). Estes documentos encontram-se em processo de revisão, uma vez que irão migrar para um novo aplicativo informático.

As falhas na segurança dos cuidados de saúde representam um grave problema de saúde pública, a nível global. Estima-se que uma em cada dez pessoas possa vir a sofrer danos

durante a prestação de cuidados, metade dos quais poderiam ser evitados, com custos significativos para as pessoas e para os sistemas de saúde (WHO, 2024). Neste contexto, a garantia de um ambiente terapêutico seguro requer que os profissionais conheçam e se apropriem do conteúdo de documentos orientadores de práticas seguras, como o PNSD 2021-2026, suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). O EE pode desempenhar um papel de liderança nestes processos, consciencializando a equipa para a importância da adoção de práticas de cuidados seguros e (co)construindo projetos de melhoria contínua, que visem implementar essas mesmas práticas. Programas de melhoria contínua possibilitam a otimização dos cuidados prestados às pessoas e são uma excelente ferramenta para promover o envolvimento de toda a equipa e a reflexão conjunta sobre as práticas.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, as competências comuns do EE neste domínio são: a gestão dos “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e a adaptação da “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (2019, p.4748).

Os sistemas de saúde contemporâneos enfrentam desafios constantes, decorrentes da evolução demográfica, da globalização, da inovação biotecnológica e das expectativas das pessoas (DGS, 2022b). Dar resposta a estas exigências, pressupõe que o EE desenvolva competências de liderança e gestão dos cuidados, contribuindo para a “máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2017, p.8).

Considerando a especificidade e complexidade do contexto de intervenção do enfermeiro numa UD, o exercício de funções de gestão é essencial para garantir a qualidade e a segurança do exercício profissional, “constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro, 2018, p.3478). Estas funções devem ser desempenhadas por um EE, com experiência profissional não inferior a cinco anos e, pelo menos dois anos de experiência na prestação de cuidados em UD (OE, 2016; Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro, 2018).

A gestão na unidade de HD é realizada por um EE com mais de duas décadas de experiência em técnicas dialíticas e a gestão da unidade de DP é realizada por uma enfermeira perita, com mais de três décadas de experiência no cuidar a pessoa com DRC em diálise. Estes profissionais desempenham funções na gestão de pessoas, recursos e cuidados, e na coordenação das unidades de HD e DP, focados na qualidade, segurança, máxima eficiência e satisfação dos clientes e profissionais. Diferenciam-se pelo conhecimento, habilidades técnicas e competências comunicacionais, relacionais e humanas, desempenhando uma liderança centrada nas pessoas, onde a gestão de conflitos e a promoção do trabalho em equipa são aspetos valorizados. Colaboram com o Enfermeiro Gestor do SN na garantia do cumprimento das dotações seguras na UD.

Nos sistemas de saúde atuais, de complexidade crescente e recursos limitados, os enfermeiros devem assumir-se como agentes de mudança, capazes de estabelecer prioridades em saúde e responder à procura dos seus serviços (Parreira et al., 2017). Na UD existem agentes de mudança, que surgem naturalmente como líderes reconhecidos pelo grupo. São EE que adotam um modelo de liderança transformacional, identificando oportunidades de melhoria no seu contexto e desenvolvendo visões de futuro que inspiram outros a seguirem-nos. Estimulam o trabalho em equipa e a colaboração, criam expectativas de desempenho elevadas e dirigem-nas ao grupo, apoiam e respeitam os colegas, estimulam-nos e desafiam-nos no sentido da excelência no seu desempenho (Parreira et al., 2017).

A gestão dos cuidados na UD é complexa, pela quantidade de valências específicas a que dá resposta (HD, DP, técnicas dialíticas contínuas, técnicas de aférese, CDRA, CETSFR). Compete ao Enfermeiro Gestor garantir que os profissionais alocados aos diferentes postos de trabalho são competentes para dar resposta às necessidades, existindo, por isso, grupos de profissionais com competências distintas. Cada procedimento técnico tem profissionais a quem se reconhece maior competência e habilidade de execução, sendo, por isso, mobilizados quando necessário. Alguns destes procedimentos são executados poucas vezes e apresentam um grau de complexidade elevado, como acontece com as técnicas de aférese, pelo que exigem o desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas. A atuação do EEEMC na gestão de procedimentos técnicos complexos, permite não só a realização do procedimento com qualidade e segurança, mas também a supervisão de boas práticas, a gestão de riscos associados e a personalização à pessoa, garantindo a sua satisfação. Contribui também para a disseminação do conhecimento e para a promoção do desenvolvimento de competências na equipa.

Em 2023, a OE reconheceu que a complexidade deste contexto exige conhecimentos, habilidades e atitudes diferenciadas e criou, através do Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro (2023) a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise.

Na unidade de HD cada enfermeiro recorre ao processo de enfermagem para sistematizar os cuidados de enfermagem prestados, durante o tratamento dialítico, a 4 ou 5 pessoas. É utilizado o método individual de trabalho na atribuição das responsabilidades, bem como na realização dos registos em sistema informático, através das plataformas SClínico e Nefrus. A necessidade de realizar registos em mais do que uma plataforma parece ser motivo de descontentamento por parte da equipa e um obstáculo a uma gestão mais eficiente. Para dar resposta a esta necessidade, encontra-se em estudo a possibilidade de integrar as várias plataformas, para que os registos efetuados, migrem automaticamente para as plataformas necessárias.

Na unidade de DP e nas consultas de enfermagem de TSFR e de DRA, existe um rácio de um enfermeiro para um cliente, a cada momento. O processo de enfermagem é uma metodologia de trabalho privilegiada, que permite individualizar os cuidados prestados e contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos doentes (Argenta et al.,2020). Os enfermeiros da unidade de DP realizam atividade diagnóstica, através da avaliação das necessidades, recursos e potencialidades dos clientes, de forma a estabelecer corretamente as prioridades na intervenção, tentando antever e prevenir possíveis complicações e colaborando nas decisões da equipa de saúde. As atividades diagnósticas possibilitam identificar os diagnósticos de enfermagem que serão foco de atenção e, com os clientes, delinear as intervenções de enfermagem que, implementadas, darão resposta a esses mesmos problemas. Este processo carece de uma avaliação constante, de forma a ser ajustado, sempre que necessário, e a avaliação da sua eficácia na resolução do problema. Tratando-se de tratamentos realizados pelas pessoas, de forma autónoma, estas são incentivadas a participar neste processo, sendo proativas na gestão dos seus cuidados de saúde. Deste modo, a gestão e o planeamento dos cuidados de enfermagem deve ser realizada com a pessoa e família/cuidadores e adaptada às suas reais necessidades, atendendo ao contexto. Os registos de enfermagem são realizados informaticamente na plataforma SClínico e a sua parametrização incide maioritariamente sobre diagnósticos de enfermagem na área do conhecimento e da capacidade sobre gestão do regime terapêutico, no autocuidado e na autovigilância.

Na gestão dos cuidados em UD, a comunicação é um fator-chave para a implementação das estratégias delineadas, promovendo a participação e envolvimento na persecução dos

objetivos de controlo crescente sobre os determinantes de saúde e doença (Melo et al., 2022).

Na conceção dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem ainda adotar referenciais teóricos que possibilitem um processo de tomada de decisão autónomo, suportado em evidência científica (OE, 2020). No cuidado à pessoa em pré-diálise e diálise, os referenciais teóricos que constituem um quadro de referência para a conceção dos cuidados, nesta UD, são a Teoria das Transições de Alaf Meleis e a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem.

Alinhada com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e com o PNS 2030, a UD abraça agora o desafio de se tornar um serviço mais sustentável, ao assumir um compromisso social para a saúde que, além de focar a sua melhoria e o bem-estar, também se preocupa com a preservação do planeta e com o legado para as gerações futuras (DGS, 2022a). Os EE poderão contribuir na implementação de práticas sustentáveis que beneficiem a saúde e o meio ambiente, funcionando como agentes de mudança. A sua atuação deverá focar na responsabilidade ambiental e na redução do impacto ecológico dos cuidados de saúde, promovendo a educação e sensibilização para o uso consciente dos recursos, para a diminuição do consumo de água e energia e para uma adequada gestão dos resíduos. Também poderão participar em projetos de investigação e de melhoria contínua, que visem a redução da pegada ambiental no serviço (Shaban et al., 2024).

A reflexão crítica sobre as práticas deve ser uma constante em enfermagem. A complexidade do trabalho numa UD, com a realização de procedimentos invasivos e de risco, em pessoas vulneráveis, exige que o EE desenvolva competências de gestão e liderança, que contribuam para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Utilizou-se a comunicação como aliada, de forma a adaptar o estilo de liderança e gestão de recursos, e responder ao contexto e às situações, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Desenvolveram-se competências de gestão e de liderança através da participação no projeto de melhoria contínua da qualidade “Implementação de uma estratégia formativa para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde” e da organização das I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS. A mobilização e envolvimento da equipa de enfermagem nestes projetos, inspirados pela visão partilhada, confirmou o desenvolvimento de competências de liderança, essenciais no domínio da gestão dos cuidados.

2.4. *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro (2019, p.4749), as competências comuns do EE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são o desenvolvimento do “autoconhecimento e a assertividade”, reconhecendo a sua influência nas relações que estabelece com os clientes e com a equipa multiprofissional de saúde, e a garantia de que suporta “a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, posicionando-se como um facilitador nos processos de aprendizagem e participante ativo em projetos de investigação.

As doenças crónicas, em particular a DRC, implicam alterações no estilo de vida das pessoas e podem impactar ao nível físico, psicológico, emocional, familiar e social (Guerra et al., 2021; Weiner, 2009). O confronto com as exigências de uma condição de saúde crónica e incapacitante pode contribuir para elevados níveis de sofrimento e stress (Guerra et al., 2021; OE, 2020). Cuidar a pessoa com DRC representa, pois, um desafio para os enfermeiros, que lidam com as respostas emocionais de pessoas e família/cuidadores, em sofrimento (Guerra et al., 2021). Neste contexto, a capacidade de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal é fundamental, uma vez que interfere na relação terapêutica, afetando os resultados esperados. O autoconhecimento refere-se à informação que cada um de nós tem sobre si próprio, como as nossas necessidades, objetivos, crenças, valores, preferências, opiniões, estados emocionais frequentes, padrões de comportamento, traços de personalidade, características físicas, relações interpessoais e identidade social (Rauthmann, 2021). Na relação terapêutica, o autoconhecimento permite desenvolver competências de inteligência emocional e comunicar de forma mais efetiva, promove a empatia e a resolução de conflitos, e contribui para a construção de relações de confiança, promotoras da adesão à terapêutica (Camarneiro, 2021; Jerabek et al., 2021).

Numa sociedade em que a violência contra profissionais de saúde tem vindo a aumentar, a prestação de cuidados diretos acarreta riscos, especialmente em situações de stress que podem gerar conflitos. Deste modo, o EE deverá possuir um elevado autoconhecimento, ser um perito em comunicação e relacionamento interpessoal, e utilizar adequadamente as técnicas de resolução de conflitos.

No âmbito da sua atuação, o EE deverá suportar a sua prática em “conhecimento válido, atual e pertinente”, posicionando-se como facilitador de aprendizagens e investigador (Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro, 2019). Deve incentivar a formação contínua, o treino de habilidades e atitudes, e o desenvolvimento de competências, de forma a

aumentar a segurança e a qualidade da relação terapêutica, e responder às necessidades, exigências e expectativas dos clientes. A gestão dos cuidados e a garantia da qualidade dos mesmos, especialmente numa área tão complexa como a DRC, implica uma atualização constante dos conhecimentos e a utilização de uma prática suportada em evidência que alie, para além da melhor evidência científica, a experiência adquirida na prática profissional e a individualização dos cuidados, considerando a idiossincrasia da pessoa e o seu contexto (Abu-Baker et al., 2021; Craig & Smyth, 2004).

Enquadrado neste domínio, delineou-se como objetivos específicos de estágio a gestão de programas formativos, e a investigação e colaboração em estudos de investigação, integrados no objetivo geral: basear a prática clínica especializada em evidência científica.

De forma a responder ao primeiro objetivo, gestão de programas formativos, propôs-se a realização de um evento científico, as I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS, subordinadas ao tema “Cuidar a pessoa com doença renal crónica em contexto hospitalar” (APÊNDICE V). Grande parte do estágio foi dedicado à logística de planeamento e organização deste evento, que foi bem aceite pela Diretora do Serviço e pelo Enfermeiro Gestor, e que motivou o envolvimento da equipa de enfermagem. Pretendeu-se realizar as Jornadas durante o período do estágio, no entanto, não foi possível arranjar disponibilidade no local do evento para as datas sugeridas e o evento científico ficou agendado para 29 e 30 de abril de 2024. Apesar de não ter acontecido durante o período de estágio, à data de redação deste relatório, o evento já se realizou e o balanço foi positivo. Contou com 203 inscrições e um total de 138 participantes efetivos no dia 30 de abril. No dia 29 de abril realizaram-se dois workshops: o Workshop I - Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal, com uma participação de 31 pessoas e o Workshop II – Acessos Vasculares com Utilização de Ecógrafo, com uma participação de 27 pessoas. Para avaliar a satisfação com o evento foi aplicado um inquérito (APÊNDICE VI), que obteve respostas de 54% dos participantes, no dia 30 de abril. Destes, 72% mostraram-se muito satisfeitos com o evento, 25,3% mostraram-se satisfeitos com o evento, e 100% consideraram o evento útil para a sua prática profissional.

Além da organização das Jornadas, foi proposta a participação no Encontro Renal 2023, que decorreu de 16 a 18 de novembro de 2023, no Porto Palácio Hotel, com o papel de moderação e coautoria de um póster e de uma comunicação livre, que se encontravam a ser realizados pela equipa de enfermagem da UD (ANEXO III). Estas experiências revelaram-se imprescindíveis no estímulo da formação contínua e partilha de experiências entre profissionais, permitindo conhecer o que de mais atual se está a estudar em nefrologia e contribuindo para uma prática cada vez mais suportada em evidência científica.

O processo de transição para um tratamento dialítico pode ser encarado como um evento traumático e disruptivo, com impactos emocionais e sociais para a pessoa e família/cuidadores (DePasquale et al., 2019; Sedin et al., 2022). Neste processo, os EE desempenham um papel essencial no empoderamento das pessoas, através do conhecimento e da capacitação para o autocuidado e para a gestão de sintomas, facilitando o processo de transição (Meleis, 2012, p.91). A educação sobre a doença e o tratamento, bem como o apoio emocional e social, parecem contribuir para um aumento do nível de participação e adesão ao regime terapêutico, traduzindo ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem (Sedin et al., 2022). Considerando a complexidade e multidimensionalidade do processo de transição, para que este ocorra é necessário que a pessoa esteja consciencializada para as mudanças e para a diferença, para que possa adaptar-se à nova condição de saúde. Partindo da reflexão sobre estes pressupostos, pareceu-nos pertinente conhecer a extensão de conhecimento existente nesta área, de forma a compreender a aplicabilidade e benefícios da promoção da consciencialização na pessoa em diálise. Foi delineada a questão de investigação “Qual a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise, nos vários contextos de cuidados?” e proposta a realização de uma *scoping review*, utilizando a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mapear a evidência sobre a consciencialização da pessoa em diálise. Foi elaborado um protocolo de *scoping review* (APÊNDICE VII) que foi submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da ESSNorteCVP. A parte II deste relatório é dedicada à descrição deste processo de investigação.

O desenho e desenvolvimento deste projeto de investigação, bem como a participação, já referida, em projetos da UD, pretenderam responder ao objetivo específico proposto de investigação e colaboração em estudos de investigação.

Suportar a prática em evidência é essencial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. O EE deve desempenhar um papel ativo neste processo, identificando oportunidades de melhoria no conhecimento e implementando ações para lhes dar resposta, além de promover a partilha e a divulgação dos resultados das suas investigações.

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

Do aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes emergem necessidades de cuidados que transcendem a esfera curativa dos mesmos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A doença crónica pode ser definida como uma doença de progressão lenta e gradual, com características multidimensionais e limitações na resposta a tratamentos curativos. Pode ser incapacitante e afetar funções anatómicas, fisiológicas ou psicológicas, de maneira duradoura, com impacto negativo no contexto social da pessoa afetada (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, 2006). Atendendo ao vasto campo de atuação dos EEEMC, assim como às “necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19359), surgem diferentes áreas de atuação, nas quais se inclui a área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Pelas suas características, as doenças crónicas requerem cuidados de enfermagem contínuos e especializados, que incidam sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação a vários níveis (físico, mental, espiritual, social, emocional e psicológico) e a promoção da adesão ao regime terapêutico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Neste contexto, identificam-se como competências específicas do EEEMCAEPSC, cuidar a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

No cuidado à pessoa e família/cuidadores, a vivenciar a doença crónica, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades no sentido de identificar intervenções especializadas que possibilitem responder de forma eficaz às limitações impostas pela doença. Deste modo, o EE concebe, implementa e avalia o “plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de

julho, 2018, p.19368). (Com)Viver com uma doença crónica pode induzir elevados níveis de stress para a pessoa e família/cuidadores, na adaptação a novas exigências (OE, 2020).

A pessoa com DRC, no seu percurso de saúde, pode ser confrontada com vários momentos de crise: a descoberta da doença; a sua evolução, com momentos de agudização que podem necessitar de internamento; a pré-diálise; o início da diálise; o TR; a perda do enxerto renal; voltar à diálise; o tratamento conservador não dialítico; os cuidados paliativos e o fim de vida.

No sentido de desenvolver competências especializadas neste âmbito foi delineado o objetivo específico de reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa com DRC em pré-diálise e em tratamento dialítico. Considerando as múltiplas valências da UD e os vários cenários possíveis no percurso de saúde da pessoa com DRC, de forma a desenvolver competências avançadas que permitam um cuidado especializado holístico, integrado e centrado nas pessoas é pertinente conhecer e compreender estas etapas. Deste modo, para além da observação do tratamento de HD, definiu-se como atividades de estágio a participação nas consultas de esclarecimento de TSFR, de DRA, de acessos vasculares e de DP; a observação do processo de capacitação para o tratamento autónomo de DPCA e a visita, em dois dias distintos, ao bloco de ambulatório para observação da colocação de cateter peritoneal e da construção de acessos vasculares para HD.

A DRC é provocada por uma lesão renal e culmina na perda irreversível da função renal, evoluindo ao longo do tempo, de forma lenta, progressiva e, muitas vezes, silenciosa (Thomas, 2005). A evolução da DRC ocorre em cinco estadios de gravidade crescente, em função dos valores da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo que os estadios 1-3 são frequentemente de evolução assintomática e os estadios 4-5 são na sua totalidade sintomáticos (KDIGO, 2024). Quando se torna evidente que a substituição da função renal é inevitável e será breve (estadio 5) a pessoa é informada sobre as opções de tratamento disponíveis: HD, DP, TR ou tratamento conservador não dialítico. Nem todas as pessoas são elegíveis para todas as técnicas, mas caso não haja contraindicação, deve ser dado o direito de escolha e respeitada a sua decisão (DGS, 2012). A informação acerca da sua condição de saúde possibilita o processo de tomada de decisão partilhada, empoderando as pessoas na escolha do tratamento e no início de diálise no momento mais adequado, traduzindo-se em ganhos em saúde (Chang et al., 2023; Farrington & Warwick, 2011; Tamura et al., 2014).

Na UD realiza-se uma consulta de enfermagem que apoia o processo de tomada de decisão das pessoas sobre o tratamento preferencial para a DRC, através do esclarecimento sobre as

várias modalidades, a CETSFR. A marcação da consulta é realizada após pedido de consultoria por parte do médico nefrologista. É uma consulta autónoma e especializada de enfermagem e, por isso, a participação nesta consulta, foi uma das atividades delineadas para a concretização do objetivo de estágio, neste âmbito. Observaram-se duas CETSFR, realizadas por EE diferentes, o que possibilitou a reflexão sobre as estratégias de comunicação usadas por diferentes profissionais.

Embora conduzidas por EE distintos e de não haver um procedimento de uniformização da CETSFR, ambas seguiram uma estrutura consistente, com estratégias de comunicação semelhantes. Foi efetuada uma exploração empática inicial (Hill et al., 2018), de forma a identificar o conhecimento e as necessidades da pessoa e família/cuidadores. Compreender as necessidades e as preferências das pessoas é fundamental para um programa educativo de sucesso (Allen et al., 2024). Partindo destes pressupostos, os EE informaram sobre sintomas e sinais de alerta do agravamento da função renal, e sobre as modalidades de tratamento (HD, DP, TR e tratamento conservador não dialítico).

A comunicação foi clara, acessível e adaptada ao nível de compreensão, demonstrando uma atitude empática, de aceitação incondicional e respeito pela perspetiva individual. Durante a consulta, os EE mantiveram o contato ocular e adotaram uma postura aberta, que demonstrou interesse e disponibilidade para escutar e compreender as preocupações da pessoa. Este ambiente facilitador encorajou a partilha de emoções, dificuldades e medos, que foram validados (Hill et al., 2018), e permitiu o esclarecimento de dúvidas.

Na CETSFR é aconselhada a presença de um familiar/cuidador, sempre que seja vontade da pessoa. É efetuada a demonstração das várias técnicas de diálise e a pessoa é convidada a visitar a sala de HD, tendo oportunidade de conversar com outras pessoas que também realizam o tratamento. A evidência sugere a existência de uma associação entre o apoio dos pares e melhorias no bem-estar psicológico e no envolvimento das pessoas nos cuidados (Longley et al., 2023).

Vários estudos têm demonstrado os benefícios de um programa de educação para pessoas com DRC, tais como o atraso na progressão da doença, um maior envolvimento no processo de tomada de decisão sobre o TSFR, a criação atempada de um acesso para diálise e uma diminuição da mortalidade (Allen et al., 2024).

Em outubro de 2023 a equipa da unidade de DP abraçou um novo desafio e iniciou a implementação de uma consulta autónoma de enfermagem de DRA. Esta consulta realiza-se em dias úteis, das 14h30 às 16h30 e está alinhada com o preconizado no Despacho

12635/2023 de 11 de dezembro (2023), que aprova a Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crônica 2023-2026. Tem como objetivos estratégicos a prevenção de complicações da doença, o atraso na sua progressão para a diálise e a preparação para o início programado de tratamento, de forma a facilitar uma transição segura. A criação e implementação deste tipo de projeto é desafiante, e uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências avançadas no cuidar a pessoa e família/cuidadores em pré-diálise. Deste modo, a participação nesta consulta, foi também, uma das atividades delineadas para a concretização do objetivo de estágio. A consulta de DRA pretende acompanhar a pessoa que já realizou a CETSFR e teve um agravamento da função renal, pelo que se prevê um início de tratamento para breve. É adotada uma estratégia de tratamento compreensiva e holística, que atrase a progressão da doença e as suas complicações (KDIGO, 2024), focando as intervenções especializadas de enfermagem na modificação dos comportamentos de risco, através da promoção da literacia em saúde e da capacitação para o autocuidado e para a autogestão da doença, enquanto se prepara a pessoa para uma transição segura para a diálise, TR ou tratamento conservador não dialítico. Este processo de educação é individualizado, o que representa um desafio, não só pela idiosincrasia de cada pessoa, com as suas próprias necessidades e contextos, mas também pelo agravamento de sintomas e pelo declínio cognitivo e funcional, muitas vezes associado à progressão da doença (Allen et al., 2024). O acompanhamento do processo de implementação desta consulta possibilitou o desenvolvimento de competências avançadas de gestão e de liderança no cuidado holístico e centrado na pessoa com DRC e família/cuidadores.

Durante o estágio observou-se a dinâmica numa sala de HD e realizaram-se entrevistas não estruturadas a pessoas em tratamento regular, que relataram dificuldades financeiras, dificuldades na gestão do regime terapêutico, medo da dependência, medo da solidão, angústia e sofrimento psicológico. Vários estudos exploram as vivências e os desafios de pessoas em tratamento dialítico, bem como as estratégias de *coping* utilizadas para os superar (Guerra et al., 2021; Ling et al., 2024; Sadala & Lorençon, 2006; Yang, J., 2017)). Uma revisão sistemática com meta-análise concluiu que intervenções psicossociais, como o suporte psicológico e o relaxamento, parecem contribuir para a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em HD (Barello et al., 2023). Os participantes de um estudo, realizado com pessoas em programa regular de HD, partilharam que “a abordagem da DRC deveria ser mais holística e sistémica, com maior investimento na componente psicossocial e mais apoio à pessoa e à família” (Sarmiento,

2015). No entanto, apesar da evidência, a sala de HD parece não ser o contexto mais favorável para este tipo de intervenções, de uma forma mais estruturada, pela dificuldade em manter a privacidade e o sigilo. Na unidade de HD há pouco contacto com as famílias e cuidadores. Uma aproximação às famílias/cuidadores poderia ser importante, uma vez que estas estão intimamente ligadas a esta condição e poderiam funcionar como fonte de suporte e parceiros no cuidar (Rodrigues, 2013). A criação de um espaço onde pudesse ser realizada uma consulta de enfermagem de acolhimento, para a pessoa e família/cuidadores, no início do tratamento de HD e que pudesse ser utilizada, sempre que necessário, pode ser uma oportunidade de melhoria.

Para realizar diálise é necessário um acesso para diálise. O tratamento de DP implica a colocação de um cateter peritoneal, duas a seis semanas antes da sua utilização (Tavares, 2022), e em HD, é necessário um acesso vascular, que pode ser um CVC, uma fistula arteriovenosa (FAV) ou uma prótese arteriovenosa (PAV).

O acesso vascular ideal dá resposta às necessidades da pessoa, enquanto garante um tratamento adequado e sem complicações (Lok et al., 2020). Dada a sua imprescindibilidade, uma cuidada avaliação e monitorização é essencial para identificar problemas, e intervir atempadamente na sua resolução (Matos et al., 2022). A literatura sugere que a existência de um coordenador de acessos vasculares parece contribuir para otimizar a gestão do acesso, proporcionando uma melhor relação custo-efetividade (Sousa et al., 2023).

Na UD, o processo de tomada de decisão sobre a gestão do acesso vascular é uma responsabilidade partilhada entre o nefrologista, o EEEMC responsável pela unidade e a pessoa. A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental na monitorização, avaliação, punção e manutenção do acesso vascular, bem como na educação das pessoas para o seu autocuidado, pelo que deve fazer um investimento na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas, nesta área (Chen et al., 2022).

Partindo desta premissa, assistiu-se à colocação de um cateter peritoneal e à construção de quatro FAV, utilizando técnicas e vasos diferentes. Também se participou na consulta de acessos vasculares, onde se faz o mapeamento do património vascular para a seleção do melhor local para a construção do acesso, se avalia a evolução da maturação do mesmo após a construção, se vigiam os acessos com complicações e se faz a avaliação e mapeamento para as primeiras punções. Na UD, a consulta de acessos é realizada por um médico nefrologista e não integra elementos da equipa de enfermagem. No entanto, considerando o papel dos enfermeiros na gestão dos acessos vasculares, poderá ser importante o seu envolvimento

nestes processos, aumentando o seu conhecimento sobre a construção, monitorização, vigilância e manutenção dos acessos para diálise, e uma atuação mais fundamentada e suportada em instrumentos de apoio à decisão clínica.

Considerando o programa de DP da UD, reconhecido a nível nacional, julgou-se pertinente a participação em consultas de *follow up* e no processo de capacitação de uma pessoa para a realização autónoma do tratamento de DPCA.

A ISPD sugere que a prescrição da DP seja realizada num processo de tomada de decisão partilhado, entre a pessoa e a equipa de saúde, com vista a oferecer um tratamento seguro e de qualidade, centrado na pessoa e nos seus objetivos de vida (Brown et al., 2020). Esta visão é partilhada pela equipa multidisciplinar da unidade de DP. Nas consultas de *follow up*, a pessoa tem espaço para partilhar as suas dificuldades na gestão do regime terapêutico, e é apoiada emocionalmente e no processo de tomada de decisão sobre qual a melhor estratégia de tratamento para si. Os cuidados especializados visam a capacitação da pessoa para o autocuidado, facilitando a vivência do processo de transição saúde/doença (OE, 2020). No período da tarde a equipa realiza o ensino e treino das várias modalidades de DP. O ensino e treino da técnica de DPCA é realizado em 4 a 5 dias e o ensino e treino de DPA em 3 dias (pressupõe que a pessoa já esteja a realizar DPCA). No primeiro dia é efetuada a avaliação inicial e a entrega de um manual de ensino, e é negociada a programação do ensino para a semana. Posteriormente, é efetuada a demonstração da forma como é pretendido que a pessoa execute a técnica, no final do ensino. O segundo dia é dedicado à execução técnica dos passos que compõem a sequência da técnica (primeiro com cateter de treino e depois com o próprio cateter). No terceiro, quarto e, eventualmente, quinto dias, a par do treino da técnica, são ensinados os cuidados de autovigilância e gestão de complicações. Cada dia de ensino apresenta 3 ou 4 momentos de treino curto, seguidos de pausa, numa duração total de cerca de 2 a 3 horas. A comunicação durante o ensino tem de ser efetiva e, por isso, a pessoa tem de ser parte ativa e integrante no processo (Barroso et al., 2021). Deste modo, o enfermeiro mobiliza as suas competências comunicacionais e centra a comunicação na pessoa, valida os seus medos e as suas preocupações, valoriza as suas opiniões, atende ao seu estado emocional e transmite a informação essencial e necessária de forma clara, completa, concisa e concreta (Barroso et al., 2021). O ensino da pessoa e família/cuidadores em DP são “áreas de excelência para o exercício das intervenções autónomas de enfermagem” (OE, 2020).

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

A maximização do ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica está associada à gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados, garantindo que o enfermeiro adequa a sua intervenção salvaguardando a segurança da pessoa, e atendendo aos contextos de atuação e à diversidade das intervenções terapêuticas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Os rins mantêm o equilíbrio do organismo, desempenhando uma função excretora, secretora e reguladora. São responsáveis por filtrar o sangue e eliminar toxinas urémicas, enquanto regulam o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido-base (Mahon & Jenkins, 2007; Thomas, 2005). A DRC impõe alterações neste equilíbrio, suscetíveis de precipitar a ocorrência de eventos críticos. Enquanto tiver capacidade de intencionalmente adotar os comportamentos necessários à recuperação deste equilíbrio, a pessoa deve aderir a um regime terapêutico complexo, muitas vezes composto por uma TSFR, pela necessidade de cuidar do acesso para diálise, pela toma de medicação e pelas restrições hídricas e alimentares, mantendo-se em regimes terapêuticos complexos e exigentes, até ao fim da vida (Sarmiento, 2015). Da não adesão às restrições hídricas e alimentares pode resultar a morte ou a contribuição, a longo prazo, para um agravamento do estado de saúde e aparecimento de complicações (Machado, 2009).

Neste contexto, é essencial diagnosticar precocemente as complicações da DRC e desenhar planos de cuidados, (co)construídos e participados, que favoreçam os processos de adaptação/transição, contribuindo para capacitar a pessoa para o autocuidado e autogestão da sua situação de saúde.

Partindo destes pressupostos, delineou-se como objetivos específicos de estágio, para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da maximização do ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a DRC, fomentar planos que favoreçam os processos de transição e capacitação da pessoa e/ou família/cuidadores na gestão da DRC e do tratamento de DP e intervir na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição para a DP. Para dar resposta a estes objetivos propôs-se a elaboração do procedimento de ensino e treino da pessoa e família/cuidadores para a realização de DPCA, uma vez que este ainda não existia. Para a concretização deste objetivo foram auscultados os enfermeiros da unidade, foram

observadas as suas práticas habituais de ensino e foi efetuada uma revisão da literatura, que suportou em evidência científica, o documento proposto à equipa (APÊNDICE VIII). No final do estágio o documento foi entregue à enfermeira responsável pela unidade, para que possa ser revisto e aprovado.

Os cuidados prestados à pessoa em pré-diálise e diálise incluem procedimentos invasivos que, pela sua complexidade, podem provocar eventos adversos, com consequências negativas para a pessoa e/ou para o profissional de saúde. Neste contexto, a segurança do doente “é um aspeto central na prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes” (Barroso et al., 2021, p.3).

A segurança do doente pode ser definida como um conjunto de atividades estruturadas que, de maneira contínua e sustentável, minimizam os riscos, diminuem a probabilidade de erro, previnem a ocorrência de danos evitáveis e atenuam o impacto dos danos quando estes ocorrem (Sousa, 2023).

Anualmente, a prestação de cuidados de saúde inseguros, provoca lesões ou a morte a um número significativo de pessoas, sendo que a maior parte são danos evitáveis. Face a esta realidade foram criados o PNSD 2021-2016 (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021) e o Plano de ação global para a segurança do doente 2021-2030, com o lema “Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde” (Sousa, 2023). É importante estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança, que se deverá “refletir nas atitudes, crenças, valores, competências e práticas” dos profissionais de saúde (Sousa, 2023, p.12). É, por isso, importante que o enfermeiro esteja atento e reflita sobre os riscos associados à sua prática, de forma a antecipá-los e geri-los, para que não afetem as pessoas.

No âmbito da gestão de um ambiente seguro, é importante referir que a ULS onde se encontra inserida a UD possui um Serviço de Governação Clínica e que, existe um gestor de risco local, ao qual se reporta qualquer situação de risco, clínico e não clínico, visando uma cultura de segurança. Paralelamente, existe uma cultura de notificação dos eventos adversos e situações de risco, que os enfermeiros utilizam sempre que necessário.

Também existe um plano de emergência e catástrofe que é do conhecimento de todos os funcionários, e um número de emergência interno para utilizar em caso de necessidade. São realizados simulacros como forma de assegurar a preparação e a resposta rápida em emergências.

A UD possui carro de emergência e um sinal sonoro que é ativado, em situações de periparagem e de paragem cardiorrespiratória. Os profissionais de saúde estão treinados para

iniciar manobras de suporte básico de vida (SBV), enquanto esperam pela equipa de reanimação intra-hospitalar (que está à distância de um telefonema) com a qual se articulam na implementação das intervenções de suporte avançado de vida (SAV). É obrigatória a realização da formação em SBV, de 3 em 3 anos, para todos os profissionais, como forma de garantir que toda a equipa está articulada na assistência necessária nestas situações.

O EE tem um papel relevante na sua intervenção como gestor de risco, promovendo um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, e assumindo um papel importante na identificação de fatores desencadeantes de eventos adversos e na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), instituindo medidas preventivas. A norma 029/2012 atualizada em 31 de outubro (2013) identifica as PBCI, que devem ser cumpridas na prática profissional, e que se baseiam em 10 pressupostos: colocação de doentes de forma a minimizar o risco de transmissão, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção e modo de atuação na exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Na unidade de DP verifica-se que a utilização de máscara, a lavagem assética das mãos, a desinfecção com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) antes dos momentos críticos da técnica, a utilização da técnica *non-touch* nas conexões e desconexões, e a gestão de um ambiente seguro e corretamente higienizado, são essenciais para a execução da DP com segurança e para a prevenção de infeções (Gursu et al., 2013). São medidas como esta que possibilitaram, em 2021, a obtenção da mais baixa taxa de peritonites de sempre, com o valor de 0,22 episódios/paciente/ano, de acordo com os dados da SPN (Galvão et al, 2022).

Na unidade de HD existem postos específicos para o tratamento de pessoas infetadas com bactérias ou vírus contagiosos, de forma a minimizar o risco de transmissão cruzada de infeções. A equipa encontra-se envolvida no cumprimento das PBCI, existindo um interlocutor do PPCIRA, que garante o cumprimento das normas e audita esta atividade, regularmente.

Os protocolos e procedimentos de vigilância, monitorização e manutenção do acesso vascular estão acessíveis a todos os profissionais e encontram-se alinhados com as diretrizes (inter)nacionais: KDOQI, KDIGO, publicações da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, da SPN, da EDTNA/ERCA e da APEDT. Verifica-se particular atenção na manipulação do CVC e na punção da PAV, que obedecem a uma rigorosa técnica assética, de

forma a minimizar o risco de infeção (Lok et al., 2020; Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022).

O EEEMC desempenha um papel ativo junto da equipa de saúde, na promoção da adesão às PBCI, realizando auditorias ao processo de forma regular e formação junto da equipa.

4. Considerações finais

O aumento das doenças crónicas, resultado do envelhecimento populacional e da evolução científica e biotecnológica, desafia os sistemas de saúde contemporâneos. Neste cenário, é exigido aos enfermeiros que prestem cuidados cada vez mais complexos e diferenciados, com qualidade e segurança.

A aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, é essencial para dar resposta a estas necessidades, pelo que foi proposta a sua realização, durante o estágio de natureza profissional, para a obtenção do grau de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Deste modo, as vivências em estágio, nos diversos contextos, permitiram não apenas a aquisição de conhecimento teórico, mas também o refinamento de habilidades e atitudes essenciais, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, a pessoas e família/cuidadores, em pré-diálise e diálise.

Entre as competências comuns do EE desenvolvidas, destacam-se as capacidades de gestão e liderança, bem como o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo, essencial para a tomada de decisões informadas e suportadas na melhor evidência científica disponível. Além disso, a dimensão ética e legal, fortemente presente no exercício da profissão, foi amplamente aprofundada, reconhecendo a importância da humanização e do respeito pelos direitos e liberdades fundamentais, da pessoa em situação crónica.

Relativamente à aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEEMCAEPSC, salienta-se a consolidação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem um cuidado integral, holístico e centrado na pessoa e família/cuidadores, em especial no que respeita à promoção do autocuidado, à gestão do seu processo de saúde e ao acompanhamento nos processos de transição. Na maximização do ambiente terapêutico, destaca-se a importância da centralização dos cuidados nas necessidades e objetivos das pessoas e família/cuidadores, num processo de responsabilidade partilhada, atendendo à segurança e à qualidade. Neste processo, a comunicação foi a competência-chave desenvolvida, essencial para a eficiência do trabalho em equipa de saúde, e para o estabelecimento de uma relação terapêutica promotora da consciencialização e adaptação à condição de saúde.

Destaca-se, como ponto alto deste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, a organização e realização das I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS, um projeto desafiante e gratificante, a que a equipa pretende dar continuidade.

A integração no campo de estágio foi facilitada pelo facto de trabalhar no contexto há mais de duas décadas. No entanto, apesar da vantagem existente à partida, pelo conhecimento do contexto e relação privilegiada com a equipa de saúde e com as pessoas em pré-diálise e diálise, torna-se difícil nivelar as expectativas, o pode ser gerador de ansiedade, angústia e um sentimento de responsabilidade acrescida. Também o conflito de papéis vivenciado em alguns momentos, a dificuldade em despir o papel de profissional e vestir o papel de estudante, bem como a dificuldade em manter a distância de uma realidade próxima, para melhor a refletir, terá sido desafiante. No entanto, os obstáculos servem como motor para a evolução profissional, permitindo a aquisição de uma prática de enfermagem mais avançada e diferenciada.

Apesar das dificuldades, estagiar no local de trabalho poderá ser uma mais-valia, possibilitando a identificação de oportunidades de melhoria e a (co)construção de projetos no futuro, que lhes possam dar resposta.

Ao refletir sobre este percurso, reforça-se a convicção sobre a importância do papel do EE no cuidado à pessoa em situação crónica, como um facilitador de processos de mudança e adaptação, com foco no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa e família/cuidadores. A experiência adquirida em estágio possibilita a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCAEPSC, permitindo a contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde prestados nesta área, sempre com uma perspetiva centrada na pessoa e na sua família/cuidadores e uma visão de cientista praticante.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: O início de um tratamento dialítico é um evento traumático e disruptivo, com implicações físicas, psicológicas, emocionais e sociais na vida da pessoa que o vivencia. A consciencialização, como uma propriedade do processo de transição, é essencial para a adaptação ao tratamento dialítico, promovendo o envolvimento ativo da pessoa na gestão da sua saúde.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise.

Metodologia: *Scoping Review*, orientada pelo protocolo proposto pelo JBI, de acordo com a mnemónica PCC: População (pessoas em tratamento dialítico); Conceito (Consciencialização); Contexto (todos os contextos da prática de cuidados de enfermagem à pessoa em diálise, internamento, unidades de diálise, consulta de enfermagem e cuidados domiciliários), seguindo as diretrizes PRISMA-ScR. Pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied Health Collection, MedicLatina (Via EBSCOhost); SciELO e RCAAP. Foram excluídos estudos em pessoas com idade inferior a 19 anos, em pré-diálise ou a realizar outro tipo de tratamento.

Resultados: Dos 1543 artigos identificados, três estudos cumpriram os critérios de inclusão. Os estudos destacaram a relação da consciencialização com vários aspetos, nomeadamente a promoção do autocuidado, a adaptação ao tratamento dialítico, o conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre o tratamento.

Conclusão: Existe uma escassez de estudos sobre a consciencialização da pessoa após o início da diálise. A consciencialização parece ser um fator relevante para a adaptação ao tratamento dialítico. Contudo é necessário aprofundar o estudo deste conceito e como pode ser promovido ao longo do tratamento. A construção e validação de instrumentos para mediar a consciencialização da pessoa em diálise, é uma oportunidade para investigações futuras. A implementação de programas educativos que promovam a consciencialização, pode contribuir para melhorar a gestão do tratamento, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Consciencialização; Diálise Renal; Diálise Peritoneal; Insuficiência Renal Crónica; Enfermagem

2. Abstract

Background: The initiation of dialysis treatment is a traumatic and disruptive event, with physical, psychological, emotional, and social implications for the patient. Awareness, as a key aspect of the transition process, is essential for adapting to dialysis treatment, promoting the individual's active involvement in managing their health.

Objective: To map the scientific evidence on the awareness of individuals undergoing dialysis treatment.

Methodology: A Scoping Review was conducted following the JBI protocol and the PCC mnemonic: Population (people undergoing dialysis treatment); Concept (Awareness); Context (all nursing care contexts for dialysis patients, including inpatient care, dialysis units, nursing consultations, and home care), according to PRISMA-ScR guidelines. Searches were performed in MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied Health Collection, MedicLatina (via EBSCOhost), SciELO, and RCAAP. Studies involving individuals under 19 years old, in pre-dialysis, or receiving other treatments were excluded.

Results: Of the 1543 articles identified, three studies met the inclusion criteria. These studies highlighted the relationship between awareness and several aspects, including promoting self-care, adapting to dialysis treatment, increasing knowledge, and supporting decision-making regarding treatment options.

Conclusion: There is a scarcity of studies on the awareness of individuals after starting dialysis. Awareness appears to be a key factor in adapting to dialysis treatment. However, further research is needed to explore this concept and how it can be fostered throughout the treatment process. Developing and validating tools to measure awareness in dialysis patients is an opportunity for future research. Implementing educational programs that promote awareness could improve treatment management, reduce complications, and enhance patients' quality of life.

Keywords: Awareness; Renal Dialysis; Peritoneal Dialysis; Chronic Kidney Failure; Nursing

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A DRC é uma das causas de morte e sofrimento, no século XXI, e representa um significativo problema de saúde pública, que afeta cerca de 10% da população mundial (Kovesdy, 2022, Vinhas et al., 2020). Atualmente, encontra-se entre as poucas doenças crónicas que registaram um aumento no número de mortes associadas, nas últimas duas décadas, afirmando-se como uma das principais causas de mortalidade no mundo (Kovesdy, 2022).

Em Portugal, resultados do estudo RENA (Vinhas et al, 2020), estimaram uma prevalência global de DRC, de 20.9%, acima da média mundial e europeia, sem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, mas com um aumento significativo em faixas etárias mais elevadas. Um estudo mais recente apresenta uma prevalência estimada de DRC de 9,8%, coincidente com a prevalência global média na Europa (Santos-Araújo et al., 2022). Independentemente dos resultados, os investigadores são unânimes em concluir que existem fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento da DRC, pelo que se deve apostar no diagnóstico precoce e no desenvolvimento de programas de educação e de consciencialização para a prevenção da doença e da sua progressão (Santos-Araújo et al., 2022; Vinhas et al., 2020). O nível de consciencialização para a doença pode ser considerado como um fator de risco modificável, com impacto nos seus resultados (Santos-Araújo et al., 2022).

A DRC exige a gestão de um regime terapêutico complexo e desafiante, com a realização de um tratamento para a vida, que impõe alterações nos hábitos e estilo de vida da pessoa, com impacte aos níveis físico, emocional, familiar, psicossocial e económico (Alkhaqani, 2022; Oliveira et al., 2020; Thomas, 2005). Evolui em 5 estádios, que correspondem ao grau de compromisso da função renal (KDIGO, 2024). O estadio 5 exige a realização de algum tipo de tratamento entre as opções: tratamento conservador não dialítico, transplantação renal e diálise, nas suas duas modalidades, HD e DP. O tratamento de HD utiliza uma máquina e um filtro extracorporal para filtrar o sangue da pessoa e é, habitualmente, realizado por profissionais de saúde, o que implica a deslocação da pessoa até uma unidade de diálise (Thomas, 2005). Por outro lado, a DP é um tratamento domiciliário, que utiliza a membrana peritoneal como filtro de diálise (Coronel, 2006). É um tratamento mais flexível, que permite uma prescrição individualizada e adaptada à idiosincrasia da pessoa, considerando os seus objetivos, necessidades e preferências (European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association [EDTNA/ERCA], 2022).

O processo de transição para um tratamento dialítico pode ser considerado um evento traumático e disruptivo, com implicações emocionais e sociais na vida da pessoa e família/cuidadores (DePasquale et al., 2019; Sedin et al., 2022). O confronto com esta realidade é uma experiência impactante, pelo que uma adequada preparação, que promova a educação sobre a doença e o tratamento, e o apoio emocional e social, atendendo à experiência particular, parecem contribuir para um aumento do nível de participação e de adesão ao regime terapêutico (Sedin et al., 2022). A gestão do regime terapêutico é complexa e pode incluir a necessidade de aprender a executar uma técnica que irá realizar várias vezes por dia e os cuidados associados; a vigilância de possíveis complicações, modo de as prevenir e resolver; a gestão da medicação, da hidratação, do exercício físico, das restrições alimentares e das suas próprias emoções (Chironda & Bhengu, 2018; Curtin & Mapes, 2001; International Society for Peritoneal Dialysis [ISPD], 2016; Sedin et al., 2022).

O estudo de Hassani et al. (2017) revelou que a transição para diálise é um processo dinâmico e interativo, que se desenvolve em múltiplas dimensões: a necessidade de fazer diálise; o desafio de aceitar o tratamento; o confronto com as mudanças físicas, mentais e sociais; a autogestão da doença e a integração do tratamento na sua vida diária. Yang (2017) detetou a presença de transições iniciais, marcadas por choque e luta pela sobrevivência, e de transições tardias, caracterizadas pela aceitação da realidade e manutenção de um equilíbrio entre a vida e o tratamento.

A teoria das transições é um modelo conceptual que sustenta e orienta a prática de enfermagem, no cuidado à pessoa em processo de transição. A transição pode ser entendida como o processo dinâmico que ocorre entre dois momentos relativamente estáveis, introduzido por mudanças que provocam um período de desequilíbrio (Meleis, 2010). Estas mudanças podem ser acompanhadas de sentimentos de perda ou distanciamento de algo que era familiar e valorizado, podendo ser necessário desenvolver novos padrões de resposta. Uma transição saudável pressupõe uma redefinição de significado - consciencialização -, a modificação de expectativas, a reestruturação de rotinas, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, a criação de novas escolhas e oportunidades (Schumacher et al., 1999).

De acordo com Meleis (2010) o processo de transição é complexo e multidimensional e, para que ocorra, é necessário que a pessoa esteja consciencializada para as mudanças que estão a ocorrer e para aquilo que está diferente. A consciencialização está assim relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição e é essencial

para que a pessoa possa encetar atividades de forma a procurar informação e apoio, e adaptar-se às novas circunstâncias, dando-lhes sentido.

A origem etimológica do construto deriva do ato ou efeito de consciencializar, de tornar ou ficar consciente, a que se adiciona uma componente de ação, sendo sinónimo de conscientização (Priberam, s.d.). É pelo processo de “conscientização”, apresentado e desenvolvido por Paulo Freire (1979), que a pessoa para além de tomar consciência de si e do mundo que a rodeia, assume uma postura crítico e reflexiva e delinea estratégias de ação consciente e intencional, num movimento de transformação que vai para além da compreensão da sua condição. “A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação – reflexão” (Freire, 1979, p. 15).

Assim, a consciencialização em saúde transcende a mera transmissão de informações e implica uma participação ativa, reflexão e procura de significado, incentivando as pessoas a serem agentes de mudança, que tomam decisões informadas sobre a sua própria saúde. Não “é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas opção, decisão, compromisso” (Freire, 1970, p. 5).

Neste processo, os enfermeiros assumem um papel fundamental ao “Empowering clients with knowledge and experience to care for themselves and to manage their symptoms and their life transitions by fully utilizing available resources and creating new resources” (Meleis, 2012, p.91). Assim, o enfermeiro atua como um facilitador que promove uma relação de diálogo e respeito mútuo, na qual a pessoa é convidada a explorar, questionar e adaptar-se à nova condição de saúde. Esta abordagem promove um ambiente de aprendizagem participativa, em que a pessoa desenvolve autonomia e confiança para enfrentar os desafios do tratamento dialítico.

Um estudo de Poonawalla e colaboradores (2023) sugere que uma transição para diálise planeada foi associada a melhores resultados, uma probabilidade reduzida de internamento e menor mortalidade, sendo a consciencialização o primeiro passo para uma transição saudável e para a autogestão eficaz da doença e do tratamento (Chu et al, 2021).

4. Finalidade e objetivos

A diálise é um tratamento que permite a manutenção da vida, mas acarreta profundas mudanças (Guerra et al., 2021; Weiner, 2009). O processo de transição para diálise é um evento crítico que provoca stress e, muitas vezes, é vivenciado de forma assustadora (Schaeffner, 2022). A consciencialização é fundamental para a adaptação às novas circunstâncias, sendo condição essencial para uma transição saudável (Chu et al, 2021; Poonawalla et al., 2023). O enfermeiro desempenha um papel fundamental como facilitador no processo de transição, pelo que é importante conhecer as suas propriedades.

Numa pesquisa preliminar, realizada em dezembro de 2023, nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete (via EBSCOhost) e Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCOhost), e no JBI Evidence Synthesis, não foram encontradas revisões sistemáticas e de *scoping* sobre o tema da consciencialização da pessoa em diálise.

Considerando o interesse e pertinência da temática, bem como o papel do EE na promoção da consciencialização da pessoa em diálise, é finalidade deste estudo conhecer a extensão de conhecimento existente nesta área, de forma a compreender a aplicabilidade e os benefícios da promoção da consciencialização das pessoas em diálise.

Surgiu, deste modo, a questão de investigação: “Qual a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise, nos vários contextos de cuidados?” e o objetivo do estudo que foi mapear a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise.

Este estudo encontra-se inserido no projeto *Umbrella* ePowerCare4All, em desenvolvimento na ESSNorteCVP.

5. Metodologia

Realizou-se uma *scoping review* (ScR), de acordo com o protocolo proposto pelo JBI, seguindo as diretrizes do modelo PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Segundo Peters e colaboradores (2020), a ScR contribui para um processo de tomada de decisão informada, pois fornece uma visão profunda, abrangente e compreensiva sobre os conceitos estudados, através da inclusão de evidência científica proveniente de estudos realizados com qualquer tipo de metodologia, bem como evidência proveniente de outras fontes, como *websites* relevantes na área estudada.

Ao mapear a evidência disponível, pretende-se esclarecer as principais características e fatores relacionados com o conceito, bem como identificar e analisar possíveis lacunas no conhecimento sobre a consciencialização da pessoa em diálise.

Foi elaborado um protocolo de ScR (APÊNDICE VII) que foi submetido à UID da ESSNorteCVP.

5.1. Desenho do estudo

Partindo da questão de investigação elencada, a ScR seguiu os critérios de elegibilidade definidos pelo JBI (Peters et al., 2020), de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). No que se refere à população foram incluídos estudos realizados com pessoas em tratamento de diálise, nas suas duas modalidades, HD e DP. A respeito do conceito, estudos que abordem o conceito de consciencialização. O contexto inclui todos os contextos da prática de cuidados de enfermagem à pessoa em diálise (internamento, unidades de diálise, consulta de enfermagem e cuidados domiciliários).

Foram considerados estudos primários com metodologia quantitativa, qualitativa ou mista, revisões de literatura e literatura cinzenta, assim como *websites* de entidades relevantes na área da diálise. Não houve limite temporal. Foram excluídos estudos em crianças e adolescentes, com idade inferior a 19 anos, em pessoas a realizar outro tipo de TSFR (TMC ou TR) ou que ainda não tinham iniciado nenhum tipo de tratamento, e artigos de opinião, resumos, protocolos de estudos e comunicações em conferências.

A estratégia de pesquisa seguiu as três etapas definidas pelo JBI, de forma a abranger estudos publicados e não publicados.

Deste modo, foi efetuada uma pesquisa preliminar nas bases de dados: MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCOhost), em dezembro de 2023, de forma a definir os termos de pesquisa, através da análise das palavras expressas no título e nos resumos dos artigos encontrados, assim como da análise dos descritores utilizados na classificação dos artigos. Com base nos achados desta pesquisa preliminar foram definidos os termos Medical Subject Headings (MeSH), os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os CINAHL Headings, para as palavras-chave, bem como termos sinónimos, tal como se encontra apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Termos de pesquisa

Elementos PCC	População	Conceito	Contexto
Palavras-Chave	Diálise	Conscientização	Todos os contextos da prática de cuidados de enfermagem
Linguagem Natural	Haemodialysis	Awareness Transition	
Terms MeSH/DeCS	Renal Dialysis (MeSH); Peritoneal Dialysis (MeSH)	Awareness (MeSH) Cognition (MeSH) Knowledge (MeSH)	Nephrology Nursing (MeSH) Nursing (MeSH)
CINAHL Headings	Dialysis Dialysis patients Hemodialysis Peritoneal Dialysis Kidney Failure, Chronic	Cognition Knowledge Health Knowledge	Nephrology Nursing Dialysis Nursing Nursing Care
Operadores Booleanos		AND OR	

Na segunda etapa do processo foram utilizadas várias combinações da expressão booleana ("Renal Dialysis"[Mesh]) OR "Peritoneal Dialysis"[Mesh]) AND ("Awareness"[Mesh]), com base nos descritores em ciências da saúde (MeSH) encontrados e, em outubro de 2024, foi efetuada pesquisa nas bases de dados: CINAHL Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied health Collection, MedicLatina (via EBSCOhost); MEDLINE (Via PubMed); SciELO e no

Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) (Tabela 2). Na data da pesquisa a base de dado *Scopus* e a *DART-Europe*, inicialmente propostas, encontravam-se indisponíveis. A seleção dos artigos foi orientada pelos critérios de inclusão e exclusão.

Na última etapa foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos na ScR.

Tabela 2. Estratégia de pesquisa

Expressão booleana	Base de Dados	Resultados
((("Renal Dialysis"[Mesh] OR Renal Dialysis OR Dialyses, Renal OR renal dialysis OR Dialysis, Renal OR Hemodialysis OR Hemodialyses OR Dialysis, Extracorporeal OR Dialyses, Extracorporeal OR Extracorporeal Dialyses OR Extracorporeal Dialysis) OR ("Peritoneal Dialysis"[Mesh] OR Peritoneal Dialysis OR Dialyses, Peritoneal OR Dialysis, Peritoneal OR Peritoneal Dialyses)) AND ((("Awareness"[Mesh] OR Awareness OR Awarenesses OR Situational Awareness OR Awareness, Situational OR Awarenesses, Situational OR Situational Awarenesses OR Situation Awareness OR Awareness, Situation OR Awarenesses, Situation OR Situation Awarenesses) OR ("Knowledge"[Mesh] OR Knowledge) OR ("Cognition"[Mesh] OR Cognition OR Cognitions OR Cognitive Function OR Cognitive Functions OR Function, Cognitive OR Functions, Cognitive))) AND ((("Nephrology Nursing"[Mesh] OR Nephrology Nursing OR Nursing, Nephrology OR Renal Nursing OR Nursing, Renal) OR ("Nursing"[Mesh] OR Nursing OR Nursings))	MEDLINE	940
((MH "Dialysis") OR "dialysis" OR (MH "Kidney Failure, Chronic") OR "chronic kidney failure" OR (MH "Hemodialysis") OR "hemodialysis" OR "haemodialysis" OR (MH "Peritoneal Dialysis") OR "peritoneal dialysis" OR (MH "Dialysis Patients") OR "dialysis patients") AND ((MH "Cognition") OR "cognition" OR "awareness" OR (MH "Knowledge") OR "Knowledge" OR (MH "Health Knowledge") OR "Health Knowledge" OR "Transition") AND ((MH "Nephrology Nursing") OR "nephrology nursing" OR (MH "Dialysis Nursing") OR "dialysis nursing" OR (MH "Nursing Care") OR "nursing care")	CINAHL	497
("Renal Dialysis" OR "Dialyses" OR "Hemodialysis" OR "Peritoneal Dialysis" OR "Haemodialysis") AND ("Awareness" OR "Situational Awareness" OR "Awareness, Situation" OR "Situation Awarenesses" OR "Conscientização" OR "Conscientização" OR "Cognition" OR "Cognitions" OR "Knowledge") AND ("Nephrology Nursing" OR "Nursing, Nephrology" OR "Renal Nursing" OR "Nursing, Renal" OR "Nursing" OR "Nursing" OR "Nursings")	SciELO	81
Dialysis AND Awareness	RCAAP	25

A extração, remoção de duplicados e gestão dos artigos foi realizada com recurso ao software ZOTERO 6.0.30. A seleção, extração e análise das fontes foi realizada por dois investigadores

independentes, de acordo com as diretrizes PRISMA-ScR (análise de título e resumo e análise de texto completo, considerando os critérios de inclusão), não se verificando divergências. A extração dos resultados e análise da evidência foi efetuada com recurso ao formulário desenvolvido pelo JBI, que inclui autor, ano, título, país de origem, objetivo do estudo, metodologia de investigação, resultados e nível de evidência. Foi efetuada uma análise narrativa do conteúdo dos estudos selecionados.

5.2. Considerações éticas

A ScR encontra-se inserida no projeto *Umbrella*, ePowerCare4All, em desenvolvimento na ESSNorteCVP, já aprovado pela comissão de ética, e pretendeu dar resposta ao terceiro objetivo específico do mesmo: mapear a evidência científica sobre as intervenções dirigidas às diferentes necessidades da pessoa com doença crónica.

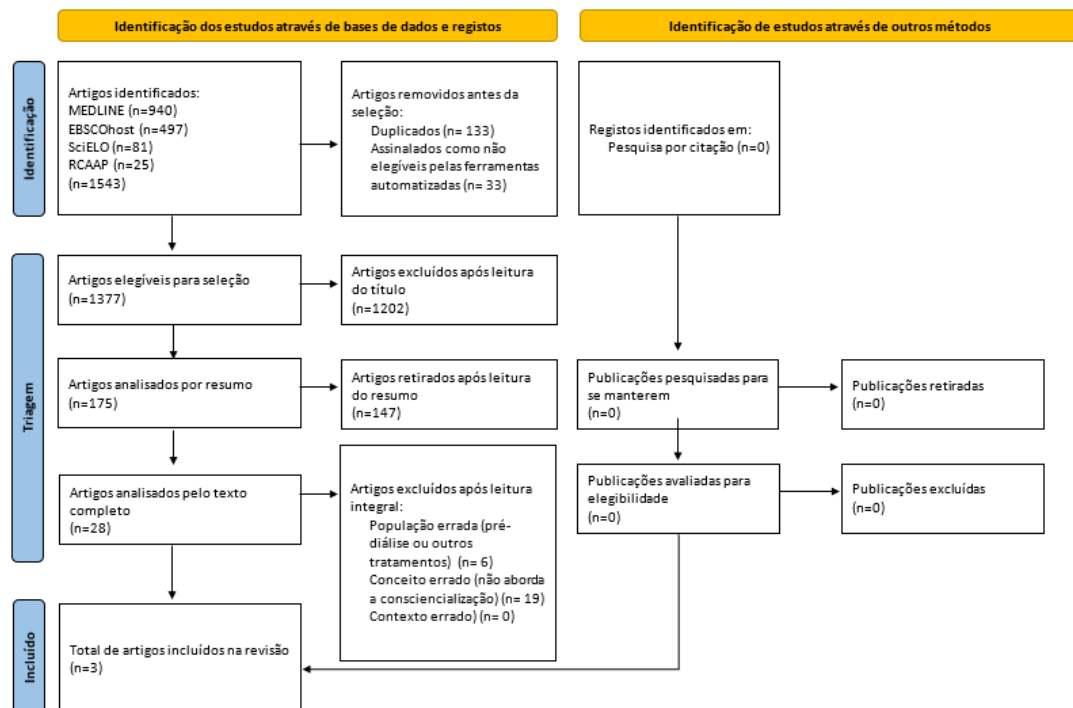
De acordo com Nunes (2020, p. 5), “o olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores”. Partindo desta premissa, esta ScR respeitou os princípios éticos subjacentes à investigação em enfermagem, na sua conceção, concretização e divulgação científica. A metodologia de investigação foi cumprida com rigor, de forma a assegurar a fidelidade e validade do estudo, e todos os autores citados foram adequadamente referenciados.

Os investigadores declaram não existir qualquer conflito de interesse na realização deste estudo.

6. Resultados

Como resultado da pesquisa surgiram 1543 artigos, dos quais 133 artigos foram excluídos por repetição, 33 artigos foram removidos por ferramentas automáticas do sistema, 1202 artigos foram excluídos pelo título e 147 artigos foram excluídos após a leitura do resumo, num total de 1515 artigos excluídos. Foi efetuada leitura integral de 28 artigos, tendo sido excluídos 25 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 19 artigos por não referirem o conceito em estudo e 6 artigos por se referirem a pessoas com DRC em pré-diálise ou a realizar outro tipo de tratamentos (TR e TMC). Foram incluídos 3 artigos na revisão. O processo de seleção dos artigos encontra-se discriminado através do fluxograma PRISMA (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de Pesquisa PRISMA



Nota: Adaptado de PRISMA *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources* (Page et al., 2021)

As evidências extraídas dos três estudos incluídos são apresentadas na Tabela 3, segundo o autor, ano, título, país de origem, objetivo do estudo, metodologia, resultados relacionados com a consciencialização, e nível de evidência. Um total de 1768 participantes estiveram incluídos nestes estudos. Os artigos incluídos têm data de publicação de 2011 a 2022, dois dos quais foram desenvolvidos no Irão (E1, E2) e um nos Estados Unidos (E3). Dois dos estudos referem-se a pessoas a realizar tratamento de HD (E1 e E2) e um dos estudos tem participantes a realizar HD e DP (E3). O desenho da investigação do E1 consistiu num estudo quase-experimental, com pré e pós-teste, realizado com uma amostra de 80 participantes, selecionados por conveniência, divididos em dois grupos de 40 (controlo e intervenção). Apesar da consciencialização não ser o tema central, o estudo foca a aceitação como uma variável fundamental na DRC e a necessidade de identificar e ultrapassar obstáculos até à sua prossecução, o que exige, em primeiro lugar, autoconsciência. Foi aplicado um programa de intervenção com logoterapia, em 4 sessões de 45-60 minutos, com melhoria significativa da autoconsciência no grupo de intervenção ($p < 0,05$). O E2 é um ensaio clínico randomizado, com uma amostra de 67 participantes, distribuídos por dois grupos (controlo e intervenção). Foi aplicada uma intervenção educativa e avaliada no pré e pós-teste, e no *follow up* a 3 meses. Os resultados apontam a consciencialização como um fator predisponente, importante para promover o comportamento de autocuidado. O E3 é um estudo de *cohort*, realizado entre 2005 e 2007, com pessoas em tratamento dialítico há mais de 2 e há menos de 3 meses. Os objetivos deste estudo observacional foram compreender a consciencialização das pessoas sobre a DP, antes da escolha do tratamento, e identificar o tratamento escolhido e as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, a localização geográfica e o prestador de serviços dos que optaram por DP, comparando-os com os que optaram por HD. Os resultados reforçam a importância da informação pré-diálise na consciencialização sobre as modalidades de tratamento, de forma a suportar o processo de tomada de decisão.

Tabela 3. Síntese de Resultados

Código Autor(es) Ano / País	Objetivo(s)	Metodologia	Resultados	Nível de Evidência
E1. Mehrizi et al. (2022) Irão	Investigar o efeito da logoterapia na aceitação da doença e autoconsciência de pessoas em hemodiálise.	Estudo quase-experimental, com pré e pós-teste; Amostra: 80 participantes, 40 em cada grupo (controlo e intervenção), em HD; 4 sessões de logoterapia de 45-60 min	A autoconsciência melhorou significativamente no grupo de intervenção ($p < 0.05$), mas a aceitação da doença não apresentou mudança significativa antes e depois da intervenção ($p > 0.05$). Um aumento da idade, do tempo de casamento e do número de filhos apresentaram correlações positivas e estatisticamente significativas com a autoconsciência e a aceitação ($p < 0,05$). A intervenção com logoterapia parece afetar positivamente a aceitação da doença e a autoconsciência em pessoas em HD.	2.d
E2. Mosavi et al. (2020) Irão	Avaliar o efeito de um programa educacional baseado no modelo PRECEDE-PROCEED nos comportamentos de autocuidado em pacientes de hemodiálise	Ensaio clínico randomizado Amostra: 67 participantes, em HD, divididos em 2 grupo; Dados recolhidos de acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED; Realizadas 5 sessões educativas nas áreas do conhecimento, atitudes, fatores de capacitação, reforço e fatores comportamentais; Avaliação pré e pós intervenção e no <i>follow up</i> a 3 meses.	Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias de autocuidado, entre os grupos, antes da intervenção. Após a intervenção e no <i>follow up</i> , a 3 meses, verificou-se um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na pontuação média de autocuidado, conhecimento, atitude, fatores de reforço e fatores comportamentais, no grupo experimental. A consciencialização e a atitude dos participantes, foram consideradas fatores predisponentes, importantes para promover o comportamento de autocuidado. Os resultados deste estudo mostraram que o autocuidado dos participantes estava significativamente relacionado à sua consciência de autocuidado, que também aumentou com a consciencialização sobre o autocuidado.	1.c

E3. Kutner et al. (2011) Estados Unidos	Avaliar a conscientização dos participantes sobre a DP e as variáveis associadas à escolha da técnica.	Estudo observacional Estudo de <i>cohort</i> entre 01 jun. 2005 e 01 jun. 2007, Amostra: 1621 participantes, idade >18 anos, em tratamento dialítico >2 meses e < 3meses	61% dos participantes foram informados sobre a DP, antes da escolha da modalidade dialítica. 10,9% dos participantes informados escolheram a DP, como opção de tratamento. A percentagem de pessoas informadas difere consoante a zona geográfica e o tipo de prestador de cuidados. Apesar da conscientização precoce das pessoas sobre a DP, como opção de tratamento, a escolha da técnica foi baixa. É importante estudar os fatores associados à escolha da técnica. Os resultados reforçam a importância da informação pré-diálise na conscientização sobre as modalidades de tratamento, de forma a suportar o processo de tomada de decisão.	4.b
---	--	---	--	-----

7. Discussão

O início de um tratamento dialítico é um evento crítico que acarreta mudanças significativas na vida da pessoa, dando início a um processo de transição. O estudo de Hassani et al. (2017) sublinha que o processo de transição para diálise envolve várias dimensões, que vão desde a necessidade de realizar o tratamento até à aceitação das mudanças físicas, mentais e sociais, à aceitação do tratamento, à autogestão da nova condição de saúde, e à integração do tratamento na rotina diária. Cada uma destas dimensões implica consciencialização para que a pessoa possa integrá-las na sua nova realidade.

Os estudos incluídos nesta ScR (Kutner et al., 2011; Mehrizi et al., 2022; Mosavi et al., 2020) foram conduzidos com participantes em tratamento dialítico, principalmente em HD. Embora todos mencionem o conceito de consciencialização, apenas o estudo de Kutner et al. (2011) aborda a consciencialização em DP como tema central. Este estudo destaca a consciencialização sobre a técnica de DP durante a fase de educação pré-diálise, enfatizando a sua importância no processo de tomada de decisão sobre a escolha do tratamento. Esta temática também é abordada em outros estudos (Combes et al., 2017; Rao et al., 2021; Ribitsch et al., 2013). No entanto, nenhum dos estudos analisados discute a consciencialização da pessoa em diálise, nas várias dimensões referidas por Hassani et al. (2017), o que aponta uma lacuna e uma oportunidade para futuras investigações.

Yang (2017) refere a presença de transições iniciais, marcadas pelo choque e luta pela sobrevivência, e transições tardias, relacionadas com a aceitação da realidade e manutenção de um equilíbrio entre a vida e o tratamento, durante o percurso em diálise. No entanto, os estudos incluídos nesta ScR, não mencionam a consciencialização da pessoa em nenhuma destas etapas, nem a sua implicação nestes processos de transição.

De acordo com Meleis (2010), a consciencialização é uma propriedade importante do processo de transição. Está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição e é necessária para que a pessoa possa encetar atividades de forma a procurar informação e suporte, adaptando-se às novas circunstâncias, dando-lhes sentido. O nível de consciencialização influencia a participação ativa da pessoa na gestão da sua condição de saúde, contribuindo para a adoção de comportamentos de autocuidado. Estudos na área da saúde, associam o termo consciencialização ao processo de obtenção ou promoção do conhecimento sobre condições específicas de saúde, como a DRC (Iroegbu et al., 2021). Neste sentido, a consciencialização tem o potencial de influenciar a

saúde individual, os comportamentos de procura de saúde e a prática clínica (Saab et al., 2017).

Quando a pessoa reconhece a mudança e percebe aquilo que está diferente, tem a oportunidade de adquirir e desenvolver competências para a autogestão mais eficaz da sua condição. Lightfoot et al. (2022) reconheceram que a ativação do paciente contribui para o empoderamento da pessoa, ajudando-a a ter um papel mais ativo na sua saúde e na autogestão da DRC. A melhoria na autogestão pode ser uma estratégia eficiente para reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida, nas pessoas em HD (Li et al., 2014). No entanto, apesar do contributo da participação das pessoas no resultado dos tratamentos, a evidência tem demonstrado que estas não se sentem envolvidas no processo de tomada de decisão relacionado com o seu tratamento (Sedin et al., 2022). A gestão eficaz do tratamento dialítico é complexa e implica que as pessoas assumam a responsabilidade em diversos aspetos do seu tratamento, como a gestão da alimentação e hidratação, a toma de medicação, a realização da diálise, o autocuidado com o acesso para diálise, e/ou a identificação e gestão de complicações, de uma forma contínua e prolongada no tempo (Sedin et al., 2022; Yasin et al., 2024). Mais uma vez, os estudos encontrados nesta revisão não referem de que forma a consciencialização pode estar associada a estes fatores.

Considerando a complexidade da autogestão do tratamento dialítico, a consciencialização da pessoa em diálise parece ter impacto nos resultados do tratamento. No entanto, o próprio conceito de consciencialização e as suas propriedades, precisam de ser mais explorados. Num modelo empírico da consciencialização, esta surge como um processo dinâmico que possibilita a tomada de decisão sobre a mudança de um comportamento habitual para um comportamento ideal, como resultado de mecanismos de auto-observação e *feedback*, mediados pelas emoções (Bizzarri et al., 2022). Estes mecanismos de auto-observação pressupõem a autoconsciência como uma das dimensões da consciencialização, a consciencialização do *self*, um processo de conhecimento e reconhecimento de estados internos, preferências, recursos, emoções, pensamentos, motivações e intuição, permitindo refletir sobre a sua própria experiência, reconhecendo a sua influência e a influência das crenças e valores (Carden et al., 2022; Klusman et al., 2022).

O estudo de Mehrizi et al. (2022), incluído nesta revisão não aborda a consciencialização como tema central, no entanto, foca a importância da adaptação e da aceitação, no percurso da pessoa em tratamento dialítico, enfatizando a necessidade de identificar e ultrapassar obstáculos até à sua prossecução. Neste processo, a autoconsciência, abordada no estudo, parece ser condição essencial. Uma revisão da literatura conduzida por Carden et al. (2022)

com o objetivo de clarificar a definição do conceito, aborda o estudo da autoconsciência através da combinação de duas dimensões: intrapessoal e interpessoal, a primeira focada exclusivamente no *self* e a segunda focada em eventos externos à pessoa.

No estudo de Mehrizi et al. (2022) verificou-se que a intervenção psicológica, com recurso à logoterapia, que enfatiza a liberdade que cada pessoa tem de escolher a sua atitude face às circunstâncias e desafios da vida (Santos, s.d.), teve um efeito positivo na autoconsciência das pessoas em HD. Estes dados parecem sugerir a existência de alguma relação entre a autoconsciência e variáveis psicológicas e emocionais, sensíveis à intervenção psicológica, mas não totalmente esclarecidas, pelo que carecem de estudos mais aprofundados. Steger et al. (2009) apontaram o sentido da vida como um fator que contribui para a saúde mental e bem-estar. Pessoas em tratamento dialítico podem ter alguma dificuldade em (re)encontrar o seu propósito de vida pelo que intervenções para a sua promoção poderão dar um contributo na diminuição do peso da doença.

Vários estudos têm focado a consciencialização sobre a DRC em adultos que não se encontram em tratamento dialítico, pelo que não foram incluídos nesta revisão (Chu et al., 2021). No entanto, os dados encontrados dão pistas e enfatizam a importância da intervenção dos EE na promoção da consciencialização na área da DRC, nos vários estádios de desenvolvimento, incluindo no tratamento dialítico.

Uma revisão sistemática da literatura com meta-análise, realizada por Chu et al. (2021), que incluiu 32 estudos, demonstrou uma significativa heterogeneidade entre os estudos, tanto nos subgrupos analisados, como no tipo de questões colocadas para a avaliação da consciencialização sobre a DRC, o que pode levar a resultados muito dispares. Younes et al. (2022) construiu e validou uma escala para avaliar o conhecimento público sobre a DRC, no Líbano. A inexistência de um instrumento de colheita de dados uniformizado e validado para a população portuguesa, que permita a avaliação da consciencialização da pessoa com DRC, ao longo dos vários estádios de progressão da doença, incluindo após o início de tratamento dialítico, é uma lacuna e uma oportunidade para o desenvolvimento de estudos futuros.

Os resultados do estudo de Chu e colaboradores (2021) apontam para uma taxa de consciencialização sobre a DRC que pode variar entre os 0,9% e os 94%, sendo mais baixa na população em geral e mais elevada entre as pessoas que se encontram a ser seguidas por um nefrologista. Estes achados parecem sugerir que, entre as pessoas a realizar tratamento, o nível de consciencialização seja superior, em relação à população em geral. No entanto, nada dizem sobre a relação entre a consciencialização e as alterações nos hábitos e estilo de vida,

ou sobre o seu impacto nas complicações do tratamento, pelo que carecem de ser mais estudados.

A consciencialização da pessoa sobre a DRC determina o seu envolvimento e a procura dos serviços de saúde, sendo essencial para a educação sobre a doença. Deste modo, parece contribuir para facilitar a autogestão da saúde no sentido da adoção de comportamentos que reduzam a progressão da doença e as complicações associadas. Em pessoas que se encontram a ser seguidas no sistema de saúde, a falta de consciencialização parece estar relacionada com uma falha na educação ou na comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas (Chu et al., 2021). Por analogia, a consciencialização sobre o tratamento dialítico também poderá contribuir para a autogestão e adoção de comportamentos que previnam complicações e melhorem os resultados clínicos, a satisfação e a qualidade de vida, mas todos estes aspetos carecem de ser estudados.

Em alguns estudos, parece haver alguma sobreposição entre os conceitos de consciencialização e educação, com artigos sobre consciencialização focados essencialmente no desenho e implementação de programas de educação, como o estudo de Mosavi et al., (2020), incluído nesta revisão. Efetivamente, parece haver uma relação entre os dois conceitos, com a evidência a enfatizar o papel da educação na promoção da consciencialização (Cerulli et al., 2020, Che net al., 2020). Os resultados do estudo de Younes et al. (2022) ajudam na distinção entre os conceitos ao obterem um nível de conhecimento bom sobre a DRC, com lacunas significativas ao nível da consciencialização.

O estudo de Mosavi et al. (2020), incluído nesta revisão, foca a consciencialização como um fator predisponente, essencial para a aplicação de uma intervenção educativa, que melhorou os comportamentos de autocuidado em pessoas em diálise, através da mudança de fatores comportamentais e de atitudes, do reforço e da aquisição de conhecimento. O conhecimento é um pré-requisito para a mudança comportamental, sendo útil na melhoria dos resultados clínicos e redução da mortalidade associada à DRC (Welch et al., 2016). Deste modo, parece haver uma relação estreita entre conhecimento e consciencialização, com a consciencialização a funcionar como um pré-requisito para o aumento do conhecimento e o conhecimento a promover a consciencialização.

Vários estudos sugerem a necessidade de investir em programas de educação sobre a DRC, de forma a aumentar o conhecimento das pessoas e, provavelmente, contribuir para um aumento na consciencialização e melhoria na autogestão da sua condição de saúde (Chen et al., 2020; Lopes-Vargas et al., 2017; Narva et al., 2016; Shim et al., 2022; Welch et al., 2016).

Numa revisão integrativa da literatura, Iroegbu e colaboradores (2021) pretendiam compreender quais os determinantes sociais das desigualdades na saúde, que estão associados com a conscientização para a DRC, tendo encontrado associações consistentes com o nível socioeconómico, a educação, a raça e o género. Deste modo, homens caucasianos, com maior nível socioeconómico e maior nível educacional foram associados a maior conscientização sobre a DRC. A comunicação dos profissionais de saúde também surge como um fator que pode contribuir para a conscientização. Estas evidências sugerem a influência de múltiplos fatores, relacionados com a pessoa, com a comunidade e com os prestadores de cuidados, na conscientização sobre a DRC, no entanto estes carecem de ser mais estudados e não foram evidenciados nos estudos encontrados.

Um estudo observacional sobre comportamentos adaptativos de autocuidado, em pessoas com doenças crónicas, sugere áreas de promoção da conscientização sobre a doença, tais como: tratamentos disponíveis e sua adaptação às condições particulares da pessoa; efeitos secundários dos tratamentos; comorbilidades e questões relacionadas com a saúde mental (Ranieri et al., 2022). Mais uma vez, os estudos encontrados não abordam estas questões.

A análise dos estudos incluídos nesta ScR sugere que a conscientização desempenha um papel fundamental no processo de transição e na autogestão dos tratamentos dialíticos. Embora exista evidência de que a informação precoce sobre as opções de tratamento, pode contribuir para a conscientização e facilitar o processo de tomada de decisão, os resultados dos estudos apontam para uma lacuna na escolha ativa dessas modalidades, mesmo após intervenções educativas (Kutner et al., 2011). Este facto sugere que a conscientização sobre o tratamento dialítico vai além do simples fornecimento de informações; envolve também fatores intrínsecos, como a autoconsciência e a adaptação emocional, conforme observado nos estudos de Mehrizi et al. (2022) e Mosavi et al. (2020).

A autoconsciência, vista como uma dimensão da conscientização, mostrou-se crucial para melhorar a adaptação ao tratamento e o comportamento de autocuidado. A intervenção com logoterapia, que reforça a liberdade de escolha e a aceitação da doença, foi eficaz na promoção da autoconsciência, destacando a importância de intervenções que vão além do ensino de conhecimentos técnicos, abrangendo também aspetos psicológicos e emocionais (Mehrizi et al., 2022). De forma semelhante, a conscientização, quando integrada em programas educativos bem estruturados, mostrou-se um fator predisponente significativo para melhorar os comportamentos de autocuidado, que são essenciais para a gestão eficaz do tratamento de HD (Mosavi et al., 2020).

Ainda assim, a revisão identificou importantes lacunas na literatura, particularmente no que se refere à consciencialização nas fases mais avançadas da DRC, após o início da diálise. A maioria dos estudos foi realizada com participantes em pré-diálise, e há uma clara necessidade de investigar mais profundamente como as pessoas em diálise podem continuar a desenvolver a consciencialização ao longo do tratamento. Além disso, a ausência de um instrumento validado e padronizado para avaliar a consciencialização da pessoa em diálise, particularmente no contexto português, representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estudos futuros que possam preencher esta lacuna e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Por fim, a evidência sugere que a consciencialização e a educação da pessoa são elementos-chave para a promoção de uma autogestão eficaz, que pode resultar em melhor adesão ao tratamento e redução das complicações associadas à diálise. Programas educativos contínuos, que não apenas forneçam informações, mas também promovam a consciencialização e a adaptação emocional, devem ser incentivados nos sistemas de saúde, especialmente entre as populações em tratamento dialítico. Desta forma, parece ser possível contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde.

8. Conclusão

Este estudo teve como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre a consciencialização da pessoa em diálise nos diversos contextos de cuidados de saúde. Os resultados da revisão revelaram uma escassez significativa de estudos que abordem a consciencialização da pessoa após o início do tratamento dialítico. A maioria dos estudos encontrados foca-se na consciencialização da DRC na população geral ou em indivíduos em fase de pré-diálise, enfatizando a preparação para o tratamento. No entanto, existe uma lacuna na compreensão de como as pessoas desenvolvem e mantêm a consciencialização nas fases mais avançadas da doença, após o início de diálise.

A consciencialização parece ser um fator relevante na adaptação ao tratamento dialítico, com impacto positivo na gestão do regime terapêutico e nos resultados clínicos. Contudo, é necessário aprofundar o estudo desta relação e a forma como pode ser promovida e sustentada ao longo do tratamento dialítico, considerando a complexidade e os desafios da adaptação a longo prazo.

Entre as principais limitações deste estudo, destacam-se o número reduzido de artigos incluídos nesta ScR e a diversidade de conceitos estudados relacionados com a consciencialização, bem como a ausência de estudos realizados em Portugal, o que dificulta a comparação e a generalização de resultados.

No entanto, os resultados sugerem que os EE podem desempenhar um papel fundamental na promoção da consciencialização das pessoas em diálise, facilitando a adaptação ao tratamento dialítico e promovendo comportamentos de autocuidado. A implementação de intervenções educativas estruturadas e contínuas, direcionadas para a promoção da consciencialização, parece contribuir para melhorar a gestão do tratamento e reduzir complicações associadas.

A ausência de instrumentos validados para medir a consciencialização na população em diálise, particularmente no contexto português, é uma limitação dos estudos incluídos na ScR e, por isso, uma oportunidade para desenvolvimentos futuros. Deste modo, futuras investigações devem focar-se no desenvolvimento destes instrumentos, identificando as suas características e considerando fatores relacionados, como o conhecimento, aceitação, autocuidado, participação e autogestão.

Além disso, é necessário explorar como intervenções educativas contínuas, adaptadas às necessidades individuais, podem ser utilizadas para promover a consciencialização e uma melhor adaptação ao tratamento a longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas em pré-diálise e tratamento dialítico, e família/cuidadores, vivenciam o mundo através do filtro da doença e das exigências do tratamento. O peso de carregar esta condição de saúde para a vida, que aprisiona em tratamentos ritualizados e as fragiliza, implica uma luta pela sobrevivência, o confronto com a realidade e um processo de adaptação que ajude na (re)construção de novos significados e dê um sentido à vida. Na busca de um equilíbrio entre a vida e a diálise, o suporte emocional torna-se tão importante como as competências técnicas, e um cuidado humanizado, centrado na pessoa, assume particular relevância. Neste contexto, o papel do EEEMCAEPSC é fundamental, especialmente na facilitação dos processos de transição vivenciados pela pessoa com DRC, ao longo do seu percurso de saúde. A consciencialização é uma das propriedades deste processo, que carece de ser mais estudada.

Este trabalho dividiu-se em duas componentes complementares: uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMCAEPSC, no cuidado à pessoa em pré-diálise e diálise e família/cuidadores, através do estágio supervisionado; e a realização de uma *scoping review* que explorou o conceito de consciencialização na pessoa em diálise. Ambas as abordagens permitiram aprofundar a compreensão dos desafios e oportunidades inerentes ao cuidado de pessoas com DRC e o papel central do EE neste processo.

Durante o estágio, adquiriram-se e consolidaram-se competências essenciais à prática especializada, como gestão, liderança e desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, fundamentais para a tomada de decisão informada e suportada na melhor evidência científica disponível. Aprofundou-se também a dimensão ética e legal da prática profissional. Destaca-se a consolidação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem, diariamente, a prestação de um cuidado integral, holístico e centrado na pessoa e família/cuidadores, especialmente na promoção do autocuidado e no acompanhamento nos processos de transição. A comunicação, como competência essencial, foi amplamente desenvolvida, sendo fundamental tanto para a eficácia do trabalho em equipa quanto para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que favoreça a consciencialização e a adaptação à condição de saúde.

A realização de uma *scoping review* possibilitou o desenvolvimento de competências de investigação e de prática suportada em evidência, permitindo refletir sobre o papel da consciencialização na autogestão da DRC. A revisão da literatura revelou a escassez de estudos focados neste tema e abriu espaço para investigações futuras.

Considerou-se que os objetivos propostos foram atingidos e que o EE deve ser um facilitador do processo de consciencialização, promovendo um acompanhamento personalizado, que não se limite à transmissão de conhecimentos sobre a doença, mas que também inclua a promoção da autogestão e da adaptação emocional. Assim, é imprescindível o desenvolvimento contínuo de competências e uma aposta na formação contínua, especialmente em áreas ligadas ao apoio emocional e à promoção da consciencialização, utilizando abordagens multidisciplinares para melhorar o tratamento dialítico e a qualidade de vida das pessoas.

Fecha-se este ciclo, mas o caminho da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional nunca está concluído. Há sempre mais para fazer, novos projetos, sonhos e desafios, um mundo novo a explorar. Nesta linha de pensamento partilha-se uma passagem de Saramago (1997, p. 387) que expressa o sentimento com o qual se encerra este capítulo, na esperança de que muitos mais se desenrolem:

A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa. (...) O fim de uma viagem é apenas o começo de outra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na primavera o que se vira no verão, ver de dia o que se viu de noite, com o sol onde primeiramente a chuva caía, ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar aos passos que foram dados, para repetir e para traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre.

Continuemos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Baker, N., AbuAlrub, S., Obeidat, R. & Assmairan, K. (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: a cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 20(13), 1-8. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00522-x>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- Alkhaqani, A. (2022). Psychological Impact of Chronic Kidney Disease and Hemodialysis: Narrative Review. *Psychosomatic Medicine Research*, 4(2):9, 1-5. <https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20220524/e995d5d6d869b670a033af3f4baa9850.pdf>
- Allen, R., Nakonechnyi, A., Phan, T., Moore, C., Drury, E., Grewal, R., Liebman, S., Levy, D. & Saeed, F. (2024). Exploring Patient Needs and Preferences in CKD Education: A Cross-Sectional Survey Study. *Kidney* 360, 5(3), 344-351. https://journals.lww.com/kidney360/fulltext/2024/03000/exploring_patient_needs_and_preferences_in_ckd.3.aspx
- Argenta, C., Adamy, E. & Bitencourt, J. (2020). *Processo de Enfermagem: história e teoria*. UFFS Editora
- Barello, S., Anderson, G., Acampora, M., Bosio, C., Guida, E., Irace, V., Guastoni, C.M., Bertani, B. & Graffigna, G. (2023). The effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: a systematic review and a meta-analysis. *International Urology and Nephrology*, 55, 897-912. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03374-3>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (Coord) (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora
- Bizzarri, F., Giuliani, A., & Mocenni, C. (2022). Awareness: na empirical model. *Frontiers in Psychology*, 13(933183), 1-20. doi: 10.3389/fpsyg.2022.933183
- Brown, E. A., Blake, P. G., Boudville, N., Davies, S., Arteaga, J., Dong, J., Finkelstein, F., Foo, M., Hurst, H., Johnson, D. W., Johnson, M., Liew, A., Moraes, T., Perl, J., Shroff, R., Teitelbaum, I., Wang, A. Y., & Warady, B. (2020). International Society for Peritoneal

- Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 40(3), 244-253. <https://doi.org/10.1177/0896860819895364>
- Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Carden, J., Jones, R. J., & Passmore, J. (2022). Defining self-awareness in the context of adult development: A systematic literature review. *Journal of Management Education*, 46(1), 140-177. <https://doi.org/10.1177/1052562921990065>
- Cardoso, R. M. (Coord). (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Cerulli, D., Scott, M., & Aunap, R. (2020). The Role of Education in Increasing Awareness and Reducing Impact of Natural Hazards. *Sustainability*, 12(18), 7623, dOI: 10.3390/su12187623
- Chang, J., Kim, Y., Song, S., Kim, S., Jo, M., & Kim, S. (2023). Shared Decision Making for Choosing renal Replacement Therapy in Chronic Kidney Disease Patients (SDM-ART trial): study protocol for randomized clinical trial: Study Protocol. *Kidney Research and Clinical Practice*, 42(6), 751-761. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10698061/pdf/j-krcp-22-019.pdf>
- Chen, H., Chen, L., Zhang, Y., Shi, M., & Zhang, X. (2022). Knowledge of vascular access among hemodialysis unit nurses and its influencing factors: a cross-sectional study. *Annals of Palliative Medicine*, 11(11), 3494-3502. 2 | <https://dx.doi.org/10.21037/a>
- Chen, J., Fowler, K. J., & Grams, M. E. (2020). Knowledge Is Power: Patient Education as a Tool for Patient Activation. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(2), 163-165. [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(20\)30663-6/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(20)30663-6/fulltext)
- Chironda, G., & Bhengu, B. R. (2018). Motivators of adherence to integrated management among patients with chronic kidney disease: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 21(1), 63-70. <https://doi.org/10.1111/nhs.12556>
- Chu, C. D., Chen, M. H., McCulloch, C. E., Powe, N. R., Estrella, M. M., Shlipak, M. G. & Tuot, D. S. (2021). Patient Awareness of CKD: A Systematic Review and Meta-analysis of Patient-Oriented Questions and Study Setting. *Kidney Medicine*, 3(4), 576-585. DOI: 10.1016/j.xkme.2021.03.014
- Combes, G., Sein, K., & Allen, K. (2017). How does pre-dialysis education need to change? Findings from a qualitative study with staff and patients. *BMC Nephrology*, 18(334), 1-11. DOI 10.1186/s12882-017-0751-y
- Coronel, F. (Coord). (2006). *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Fresenius Medical Care
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência*. Lusociência

- Curtin, R. B., & Mapes, D. L. (2001). Health Care Management Strategies of Long-Term Dialysis Survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-392
- Dabrowska-Bender, M., Dykowska, G., Zuk, W., Milewska, M., & Staniszewska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient Preference and Adherence*, 12, 577–583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916456/>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Procede à regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Diário da República I série, n.º 205 (04-09-1996) (2959-2962). <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República I série, n.º 93 (21-04-1998) (1739-1757). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I série, n.º 157 (16-08-2018) (4147-4182). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I-A série, n.º 109. (06-06-2006) (3856-3865). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 07 de novembro (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República I série, n.º 215 (07-11-2023) (4-20). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- DePasquale, N., Cabacungan, A., Ephraim, P. L., Lewis-Boyer, L., Powe, N. R. & Boulware, L. B. (2019). Family Members' Experiences with Dialysis and Kidney Transplantation. *Kidney Medicine*, 1(4), 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.06.001>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. Diário da República II série, n.º 102 (27-05-2015) (13550-13553). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II série, n.º 187 (24-09-2021) (96-103). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 12635/2023 de 11 de dezembro (2023). Aprova a Estratégia Nacional para a promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica 2023-2026 e cria a Comissão de Implementação da Estratégia Nacional para a Doença Renal

- Crónica. Diário da República II série, n.º 237 (11-12-2023) (102-107).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12635-2023-225444235>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020.
<https://pns.dgs.pt/historico/boasvindas/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para todo@s. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). Normas da DGS. Numa nova visão para a qualidade na saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/normas-da-dgs-2022--numa-nova-visao-para-a-qualidade-na-saude-pdf.aspx>
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association. (2022). Peritoneal Dialysis: A guide to achieving proficiency. https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/publications/2022-pub-Peritoneal_dialysis.pdf
- Faria, S. (2019). *Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement*. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade do Porto
- Farrington, K. & Warwick, G. (2011). Renal Association Clinical Practice Guideline on Planning, Initiating and Withdrawal of Renal Replacement Therapy. *Nephron Clinical Practice*, 118(1), C189-c208. <https://karger.com/nec/article-pdf/118/Suppl.%201/c189/3775120/000328069.pdf>
- Freire, P. (1970). *Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terra
- Freire, P. (1979). *Conscientização: Teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. Cortez & Moraes
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M.J., Leal, R., Neves, M., Amoedo, M., & Silva, G. (2022). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2021*. Sociedade Portuguesa de Nefrologia
- Galvão, A. (Coord.) (2024). Registo nacional de doença renal crónica 2023. Gabinete de registo da doença renal crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/registo-nacional-de-doenca-renal-cronicav4-apresentacao-dmr.pdf
- Gonçalves, I., Mendes, D., Caldeira, S., Jesus, É., & Nunes, E. (2023). The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2391), 1-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9915435/pdf/ijerph-20-02391.pdf>
- Guerra, F., Giacomo, D., Ranieri, J., Tunno, M., Piscitani, L. & Ferri, C. (2021). Chronic Kidney Disease and Its Relationship with Mental Health: Allostatic Load Perspective for

- Integrated Care. *Journal of Personalized Medicine*, 11, 1-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8705378/pdf/jpm-11-01367.pdf>
- Gursu, M., Shehaj, L., Elcioglu, O. C., & Kazancioglu, R. (2023). The optimization of peritoneal dialysis training in long-term. *Frontiers in Nephrology*, 3(1108030). <https://doi:10.3389/fneph.2023.1108030>
- Hassani, P., Otaghi, M., Zagheri-Tafreshi, M., & Nikbakht-Nasrabadi, A. (2017). The Process of Transition to Hemodialysis: A Grounded Theory Research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(4), 319-326
- Hill, C. E. (2018). *Helping skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action*. American Psychological Association.
- Hussein, W. F., Bennett, P. N., Abra, G., Watson, E., & Schiller, B. (2022). Integrating patient activation into dialysis care. *American Journal of Kidney Disease*, 79(1), 105-112. doi: 10.1053/j.ajkd.2021.07.015
- International Society of Nephrology (ISN) (2023). ISN Global Kidney Health Atlas. https://www.theisn.org/wpcontent/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital_REV_2023_10_03.pdf
- International Society for Peritoneal Dialysis (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Peritoneal Dialysis International*, 36, 592-605. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26917664/>
- Iroegbu, C., Lewis, L., & Matura, L. A. (2021). Na integrative review: Chronic kidney disease awareness and the social determinants of health inequities. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 918-928. <https://doi.org/10.1111/jan.15107>
- Jerabek, I., Muoio, D. & President, B. (2021). Think, Therefore I Am...Loved: New Study Looks at Benefits of Self-Awareness on Relationship Satisfaction. *PsychTests AIM Inc*
- Kalantar-Zadeh, K., Li, P. K., Tantisattamo, E., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Lui, S., Ulasi, I., Andreoli, S., Balducci, A., Dupuis, S., Harris, T., Hradsky, A., Knight, R., Kumar, S., Ng, M., Poidevin, A., Saadi, G., & Tong, A. (2021). Living well with kidney disease by patient and care-partner empowerment: kidney health for everyone everywhere. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 54(6), e11098. doi: 10.1590/1414-431X202011098
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplement*, 105(4S), S117-S314. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- Klussman, K., Curtin, N., Langer, J., & Nichols, A. L. (2022). The Importance of Awareness, Acceptance, and Alignment With the Self: A Framework for Understanding Self-Connection. *Europe's Journal of Psychology*, 18(1), 120-131. doi: 10.5964/ejop.3707

- Kovesdy, C. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements*, 12, 7-11. [https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716\(21\)00066-6/fulltext](https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716(21)00066-6/fulltext)
- Kutner, N. G., Zhang, R., Huang, Y., & Wasse, H. (2011). Patient awareness and initiation of peritoneal dialysis. *Arch Intern Med*, 171(2), 119-124. doi:10.1001/archinternmed.2010.361
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I série*, n.º 181 (16-09-2015) (8059-8105). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Li, H., Jiang, Y., & Lin, C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 208-216
- Li, P. K., Garcia-Garcia, G., Lui, S., Andreoli, S., Fung, W. W., Hradsky, A., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Rakhimova, Z., Saadi, G., Strani, L., Ulasi, I., & Kalantar-Zadeh, K. (2020). Kidney health for everyone everywhere – from prevention to detection and equitable access to care. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 53(3), e9614. doi: 10.1590/1414-431X20209614
- Lightfoot, C. J., Nair, D., Bennett, P. N., Smith, A. C., Griffin, A. D., Warren, M., & Wilkinson, T. J. (2022). Patient Activation: The cornerstone of effective SelfManagement in chronic kidney disease?. *Kidney Dial*, 2(1), 91-105. doi:10.3390/kidneydial2010012.
- Ling, T. W., Khuan, L., Baharom, A., & Arshad, M. M. (2024). Exploring the lived and coping experiences of patients with kidney failure undergoing haemodialysis in Malaysian private hospitals. *Journal of Research in Nursing*, 29(3), 228-240. DOI: 10.1177/17449871241235627
- Liu, J., Zhou, Y., Tang, Y., Chen, J., & Li, J. (2023). Patient engagement during the transition from nondialysis-dependent chronic kidney disease to dialysis: A meta-ethnography. *Health Expectations*, 26, 2191–2204. DOI: 10.1111/hex.13850
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access:2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>

- Longley, R. M., Harnedy, L. E., Ghanime, P. M., Arroyo-Ariza, D., Deary, E. C., Daskalakis, E., Sadang, K. G., West, J., Huffman, J. C., Celano, C. M., & Amonoo, H. L. (2023). Peer support interventions in patients with kidney failure: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 171. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111379>
- Lopes-Vargas, P. A., Tong, A., Howell, M., Phoon, R. K., Chadban, S. J., Shen, Y., & Craig, J. C. (2017). Patient awareness and beliefs about the risk factors and comorbidities associated with chronic kidney disease: A mixed-methods study. *Nephrology*, 22(5), 374-381. doi: 10.1111/nep.12829.
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho
- Mahon, A., & Jenkins, K. (Eds.) (2007). *Doença renal crónica (Estádios 1-3): guia para a prática clínica*. European Dialysis and Transplant Nurses Association /European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)
- Matos, A. N., Sousa, C. N., Teixeira, G. (2022). *Ecodoppler no acesso vascular para hemodiálise*. Grupo de Estudos Vasculares
- Mehrizi, F. Z., Bagherian, S., Bahramnejad, A., & Khoshnood, Z. (2022). The impact of logotherapy on disease acceptance and self-awareness of patients undergoing hemodialysis; a pre-test-post-test research. *BMC Psychiatry*, 22(1), 670. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36316706/>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins
- Melo, A., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M. & Ferreira, M. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Guia de Comunicação em Saúde. Áreas especializadas*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho e Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP_02_Areas_Especializadas_em_Comunicacao.pdf
- Mosavi, F., Aliakbari, F., & Rabiei, L. (2020). Effect of education based on “PRECEDE” model on self-care behavior in hemodialysis patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255572/>
- Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(4), 694-703. doi: 10.2215/CJN.07680715
- National Kidney Foundation (2020). *New kidney health evaluation measure to improve kidney disease testing in diabetes patients* [Conferência].

- <https://www.prnewswire.com/news-releases/new-kidney-health-evaluation-measure-to-improve-kidney-disease-testing-in-diabetes-patients-301096869.html>
- Norma n.º 017/2011 atualizada a 14 de junho. (2012). Tratamento Médico Conservador da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Direção-Geral da Saúde. (14-06-2012). (1-35). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf>
- Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). (31-10-2013). (1-26). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. (29-08-2022). (1-26). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oliveira, F., Almeida, A., Mota, T., Costa, J., Andrade, M., & Silva, R. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. *Rev Esc Enferm USP*, 54:e03581. doi:<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Guia Orientador de Boa Prática – Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. *Cadernos OE*, 1(9). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros (25-11-2017) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise Peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritonal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf
- Ordem dos Médicos. (2017). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos. Colégio da Especialidade de Nefrologia. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parreira, P., Mónico, L. & Carvalho, C. (Coord.). (2017). Liderança e seus efeitos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167
- Poonawalla, I., Barve, K., Cockrell, M., Agarwal, A., Casebeer, A. W., Dixon, S. W. & Li, Y. (2023). Transition-to-Dialysis Planning, Health Care Use, and Mortality in End-Stage Renal Disease. *The American Journal of Managed Care*, 29(2), 81-87. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2023.89316>
- Portaria n.º 347/2013 de 28 de novembro (2013). Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporeal afins ou de diálise peritoneal crónica. Diário da República I serie, n.º 231 (28-11-2013) (6594-6607). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/347-2013-484161>
- Priberam. (s.d.). Conscientização. In *Dicionário Priberam da língua portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/conscientiza%C3%A7%C3%A3o>
- Ranieri, J., Guerra, F., Ferri, C., & Giacomo, D. D. (2022). Chronic non-communicable diseases and health awareness of patients: An observational study analysing the health adaptive behaviours through self-care skills. *Journal of Psychiatric Research*, 155, 596-603. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.09.007>
- Rao, I. R., Vallath, N., Anupama, Y. J., Gupta, K. L., & Rao, K. S. (2021). Decision-making around Commencing Dialysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 30(27), S6-S10. doi: 10.4103/ijpc.ijpc_61_21

- Rauthmann, J. (Ed.) (2021). *The Handbook of Personality Dynamics and Processes*. Academic Press
- Recomendação Técnica n.º 06/2011 de junho (2011). Recomendações Técnicas para Serviço de Hemodiálise. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (1-38). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Hemodialise_2011.pdf
- Rego, A., & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6). (68-75). <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23469>
- Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República II série, n.º 21 (30-01-2018) (3478-3487). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série, n.º 184 (25-09-2019) (128-155). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 1226/2023 de 15 de novembro (2023). Cria o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise e estabelece o respetivo regime de atribuição. Diário da República II série, n.º 221 (15-11-2023) (142-154). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/1226-2023-224292442>
- Ribeiro, E. (Coord.) (2019). *Aliança terapêutica, da teoria à prática clínica*. Psiquilibrios Edições
- Ribitsch, W., Haditsch, B., Otto, R., Schilcher, G., Quehenberger, F., Roob, J. M., & Rosenkranz, A. R. (2013). Effects of a Pre-dialysis Patient Education Program on the Relative Frequencies of Dialysis Modalities. *Peritoneal Dialysis International*, 33(4), 367-371. doi: 10.3747/pdi.2011.00255

- Rodrigues, L. M. (2013). *A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Saab, M. M., Landers, M., & Hegarty, J. (2017). Exploring awareness and help-seeking intentions for testicular symptoms among heterosexual, gay, and bisexual men in Ireland: A qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 67, 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.016>
- Sadala, M. L. A., & Lorençon, M. (2006). Living with a haemodialysis machine. *EDTNA/ERCA Journal*, XXXII(3), 137-141.
- Santos, D. M. B. (s.d.). Logoterapia: compreendendo a teoria através de mapa de conceitos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 128-142. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v68n2/v68n2a11.pdf>
- Santos-Araújo, C., Mendonça, L., Carvalho, D., Bernardo, F., Pardal, M., Couceiro, J., Martinho, H., Gavina, C., Taveira-Gomes, T., & Dinis-Oliveira, R. (2023). Twenty years of real-world data to estimate chronic kidney disease prevalence and staging in an unselected population. *Clinical Kidney Journal*, 16(1), 111-124. <https://academic.oup.com/ckj/article/16/1/111/6696402?login=false>
- Santos, J. (2023). Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 87-94. doi: 10.56732/pensarenf.v27i1.218
- Saramago, J. (1997). *Viagem a Portugal*, Companhia das Letras
- Sarmiento, C. A. M. A. E. (2015). *Participação, um caminho para a mudança: projeto desenvolvido com pessoas com doença renal crónica e cuidadores*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Educação.
- Sedin, A., Isaksson, J., & Patel, H. (2022). The experience of transitioning into life-sustaining treatment: A systematic literature review. *Journal of Renal Care*, 49, 158-169. <https://doi.org/10.1111/jorc.12439>
- Sequeira, C. (Coord.). (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel
- Shaban, M. M., Alanazi, M. A., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M., Elsayed, H. H., Zaky, M. E., Ramadan, O. M. E., Abdelgawad, M. E., & Shaban, M. (2024). Advancing sustainable healthcare: a concept analysis of eco-conscious nursing practices. *BMC Nursing*, 23 (660), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02197-0>
- Shim, Y. R., Eaker, R., & Park, J. (2022). Mental Health Education, Awareness and Stigma Regarding Mental Illness Among College Students. *Journal of Mental Health and Clinical Psychology*, 6(2), 6-15. <https://www.mentalhealthjournal.org/articles/mental-health-education-awareness-and-stigma-regarding-mental-illness-among-college-students.html>

- Sousa, C. N., Teles, P., Sousa, R., Cabrita, F., Ribeiro, O. M. P. L., Delgado, E., Coutinho, S., Moura, S. C. M., Delgado, M. F., Costa, J. F., Sá, T. G., Teixeira, S. M. P., Mendonça, A. E. O., & Ozen, N. (2023). Hemodialysis vascular access coordinator: Three-level model for access management. *Seminars in Dialysis*, 1-6. <https://doi.org/10.1111/sdi.13153>
- Sousa, P. (Coord) (2023). *Plano de ação global para a segurança do doente 2021-2030: Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade NOVA de Lisboa.
- Schaeffner, E. (2022). Smoothing transition to dialysis to improve early outcomes after dialysis initiation among old and frail adults—a narrative review. *Nephrol Dial Transplant*, 37(12), 2307-2313. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9681923/>
- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A. (2000). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer, T. (Eds.), *Life transitions in the older adult. Issues for Nurses and Other Health Professionals*. (pp. 1-26). Springer
- Tamura, M., Li, S., Chen, S., Cavanaugh, K., Connell, A., McCullough, P., & Mehrotra, R. (2014). Educational programs improve the preparation for dialysis and survival of patients with chronic kidney disease. *Clinical Investigation*, 85(3), 686-692. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)56228-5/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)56228-5/fulltext)
- Tavares, A. (Ed) (2022). *Peritoneal Dialysis: A guide to achieving proficiency*. European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em nefrologia* (2.ª ed.). Lusociência
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. DOI: 10.7326/M18-0850
- Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., Raposo, J., & Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479-487. <https://doi: 10.1159/000508678>
- Weiner, D. (2009). Public Health Consequences of Chronic Kidney Disease. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 86(5), 566-569. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2788514/pdf/nihms160332.pdf>
- Welch, J. L., Ellis, R. J. B., Perkins, S. M., Johnson, C. S., Zimmerman, L. M., Russell, C. L., Richards, C., Guise, D. M., & Decker, B. S. (2016). Knowledge and Awareness Among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3. *Nephrology Nursing Journal*, 43(6), 513-519

- World Health Organization. (2023). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2024). Global patient safety report 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
- Yang, J. (2017). An Alternative View of Living Well: Survival Trajectory of Korean Patients with Kidney Failure on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 44(3), 219-229
- Yasin, F., Khraim, F., Santos, M., Forgrave, D., & Hamad, A. (2024). Factors influencing self-care management in adult hemodialysis patients: An integrative review. *Qatar Medical Journal*, 2024(1), 1-17. doi: <https://doi.org/10.5339/qmj.2024.12>
- Younes, S., Mourad, N., Safwan, J., Dabbous, M., Rahal, M., Nabulsi, A., & Sakr, F. (2022). Chronic kidney disease awareness among the general population: tool validation and knowledge assessment in a developing country. *BMC Nephrology*, 23(266), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02889-2>
- Yu, X, Nakayama, M., Wu, M., Kim, Y., Mushahar, L., Szeto, C., Schatell, D., Finkelstein, F., Quinn, R. & Duddington, M. (2022). Shared Decision-Making for a Dialysis Modality. *Kidney International Reports*, 7(1), 15-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8720663/>

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROPOSTA DE FORMAÇÃO TRANSVERSAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS

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

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

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

JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

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

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

A pessoa com DRC terminal, recorre com frequência aos serviços de saúde e regularmente necessita de internamento hospitalar, por causas diretamente relacionadas com a evolução da doença ou com os TSFR – TR, indução ou complicações do tratamento dialítico e/ou do acesso para a diálise.

No Centro Hospitalar Universitário [REDACTED] a resposta às necessidades de internamento da pessoa em DRC é assegurado pelo serviço de Nefrologia, no entanto, frequentemente, os cuidados são assegurados por outros serviços não especializados na área de nefrologia. Face a esta realidade, e com a premissa da melhoria da segurança e qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, revela-se fundamental aperfeiçoar o conhecimento e as competências em nefrologia dos enfermeiros destes serviços, a fim de garantir cuidados personalizados e adequados às necessidades da pessoa

e família/cuidador a vivenciar a DRC, de forma a obter ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A formação contínua em contexto da prática clínica permite o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de excelência. Desta forma, consideramos fundamental a existência de uma formação específica na área dos cuidados à pessoa com DRC.

Conteúdos Programáticos

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

Objetivos

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

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

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

Local: Centro de Formação do 

Carga Horária: 4 horas

Destinatários da Formação: Enfermeiros

Equipa Pedagógica: Formadores internos (equipa de enfermeiros especialistas do serviço de Nefrologia [REDACTED])

Bibliografia:

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

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

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

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

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

APÊNDICE II: PLANO DA FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS

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

PLANO DA FORMAÇÃO

Tema: Cuidar a Pessoa com Doença Renal Crónica: Curso Básico de Enfermagem					
Data: 1 sessão em cada semestre		Hora: 9h – 13h	Local: Centro de Formação [REDACTED]	Duração: 4 horas	
Formadores: Enfermeiros Especialistas do Serviço de Nefrologia [REDACTED]			Público-Alvo: Enfermeiros [REDACTED]		
Objetivos	• Informar sobre as especificidades de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC e família/cuidador; • Capacitar os enfermeiros para a prestação de cuidados diferenciados à pessoa com DRC e família/cuidador, nas diferentes etapas da DRC; • Ensinar a identificar necessidades específicas da pessoa com DRC e família/cuidador e estabelecer um plano de cuidados que responda a essas necessidades; • Reconhecer de forma atempada as complicações da DRC, possibilitando um encaminhamento rápido e em momento oportuno, de forma a não colocar em risco a vida e/ou a segurança da pessoa com DRC.				
Etapa	Conteúdos		Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	• Apresentação/Justificação do tema • Objetivos da Sessão • Aplicação de instrumento de avaliação inicial		Expositivo Partilha de Experiências Trabalho de grupo	Computador Apresentação Power Point Videoprojector Tela Material de Acesso para diálise	5min
Desenvolvimento	• Componente Teórica: 1. Doença Renal Crónica: definição, evolução, função renal, epidemiologia, etiologia e tratamento. 2. Percurso da pessoa com DRC. 3. Cuidados à pessoa com DRC e Família/Cuidador, nas várias etapas da doença. 4. Documentação dos cuidados de enfermagem e inter-relação com o serviço de nefrologia.				90min
	• Componente Prática: 1. Vídeos: exemplificação de procedimentos relativos à manipulação do Cateter Vascular Central (CVC), incluído os cuidados ao local de inserção do CVC, e cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal; 2. Apresentação e discussão de casos clínicos.				90min
Conclusão	• Reflexão sobre os principais cuidados durante o internamento da pessoa com DRC. • Aplicação de instrumento de avaliação final				15min
Discussão	• Esclarecimento de Dúvidas				5min

APÊNDICE III: SLIDES DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS

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

Cuidar a Pessoa com Doença Renal Crónica

Curso Básico de Enfermagem



Departamento de Medicina/ Serviço de Nefrologia

Nomes dos Formadores

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

Sumário

1. Doença Renal Crónica: definição, evolução, função renal, epidemiologia, etiologia e tratamento.
2. Percurso da pessoa com DRC.
3. Cuidados à pessoa com DRC e Família/Cuidador, nas várias etapas da doença.
4. Documentação dos cuidados de enfermagem e inter-relação com o serviço de nefrologia.
5. Apresentação e discussão de casos clínicos.

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

Doença Renal Crónica: definição

A Doença Renal Crónica (DRC) é caracterizada por uma lenta, progressiva e irreversível perda da função renal, que resulta na incapacidade do organismo em excretar produtos tóxicos resultantes do metabolismo e manter o equilíbrio hidroelectrolítico.

(Thomas, 2005)

Exige a gestão de um regime terapêutico complexo e desafiante e pode implicar a realização de um tratamento para a vida, que impõe alterações nos hábitos e estilos de vida, com impacto aos níveis físico, emocional, familiar, psicossocial e económico.

(Alkhaqani, 2022; Oliveira et al., 2020; Thomas, 2005)

Doença Renal Crônica: evolução

- ❖ Perda lenta, progressiva e irreversível da função renal.
- ❖ Avaliada através da TFG e da clearance da creatinina.
 - ❖ Pessoa saudável: TFG cerca de 125ml/min e clearance creatinina 100-140ml/min



Tabela 1 - Estadiamento da DRC proposta pelo grupo de trabalho do K/DOQI

Estágio	Descrição	FG*
1	Lesão renal com FG normal ou aumentada	≥90
2	Lesão renal com FG levemente diminuída	60-89
3	Lesão renal com FG moderadamente diminuída	30-59
4	Lesão renal com FG severamente diminuída	15-29
5	FFR** estando ou não em terapia renal substitutiva	<15

*FG= Filtração glomerular em mL/min/1,73m² **FFR= Falência funcional renal
 Vale salientar que a maioria das diretrizes definem a FFR como: 1) FG menor que 15mL/min/1,73m², a qual é acompanhada frequentemente por sinais e sintomas de uremia ou 2) a necessidade de início de terapia de substituição da função renal (diálise ou transplante).^{1,3,5}

Doença Renal Crônica: função renal

Secreção de substâncias

- ❖ Eritropoietina
- ❖ Renina
- ❖ Calcitriol

Excretora

Secretora

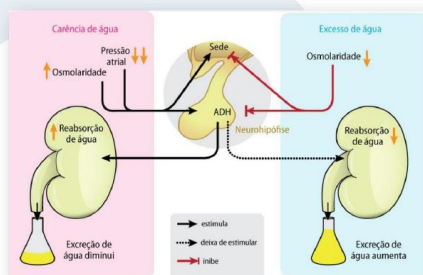
Reguladora

Eliminação de produtos resultantes do metabolismo, incluindo a sobrecarga de ácidos como a ureia, a creatinina, ácido úrico, bem como os fluidos (água) e íons em excesso (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺,....)

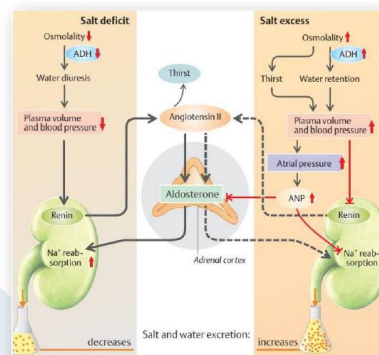
Regulação do equilíbrio hidroeletrolítico (concentrações plasmáticas de Na⁺, K⁺, H⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Cl⁻, HCO₃⁻, fosfato e regulação do volume e osmolaridade do fluido extracelular)

Regulação de equilíbrio ácido-base

Doença Renal Crônica: função renal



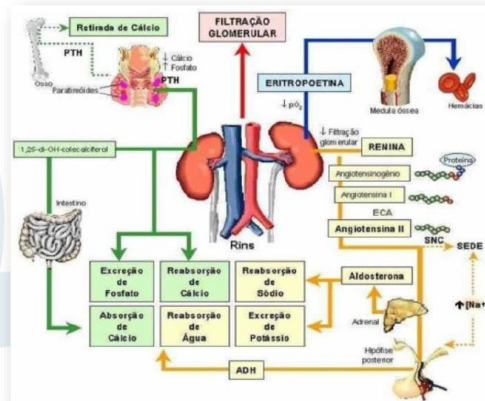
Regulação do balanço de H₂O e Na⁺



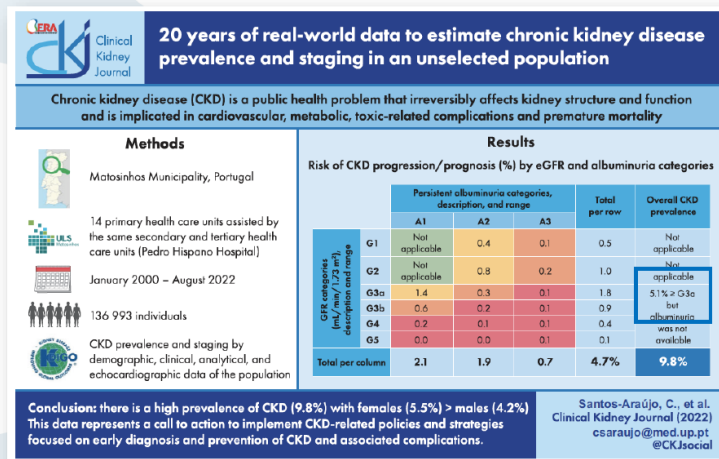
Doença Renal Crônica: função renal

Funções Endócrinas

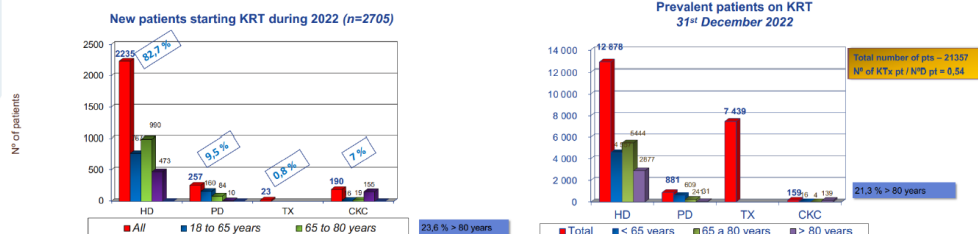
- Ativação da vitamina D
- Produção de Eritropoetina
- Produção de Renina



Doença Renal Crônica: epidemiologia

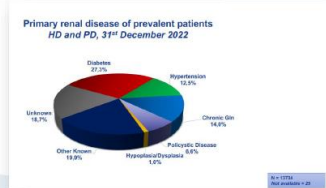
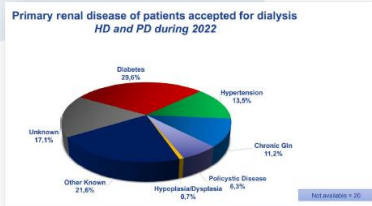


Doença Renal Crônica: epidemiologia



(Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], 2023)

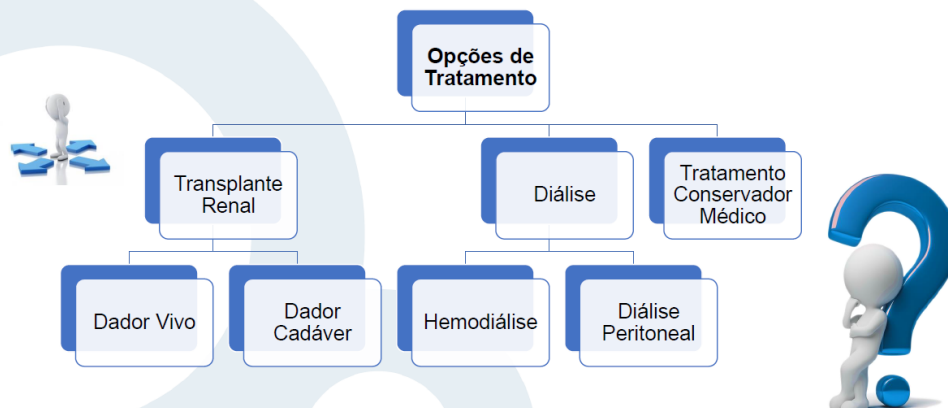
Doença Renal Crônica: etiologia



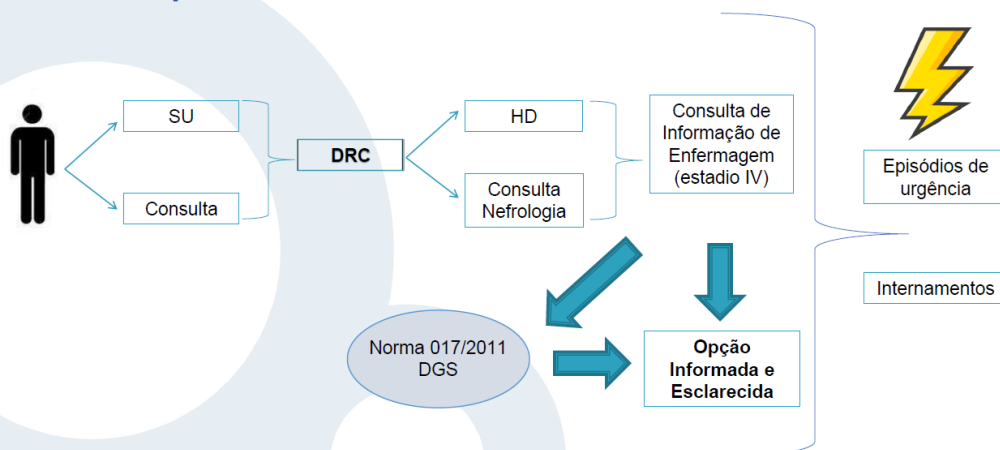
(SPN, 2023)



Doença Renal Crônica: tratamento



Percurso da pessoa com DRC



Percurso da pessoa com DRC



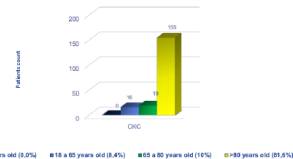
Cuidar a pessoa em pré-diálise

- Consulta de Enfermagem de Esclarecimento sobre TSFR – Obrigatória no Estadio 4 da DRC
- Prevenção do início precoce das técnicas dialíticas
- Gestão do regime terapêutico
- Vigilância dos sinais e sintomas de agravamento da IRC
- Regime dietético personalizado
- Promoção de exercício físico
- Preparação para construção de acesso para a diálise
- Promoção da preservação do património vascular
- Suporte na tomada de decisão
- Apoio emocional

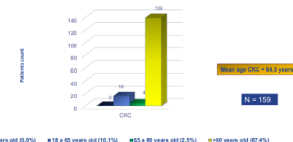
Cuidar a pessoa em Tratamento Conservador Médico (TCM)

- Gestão da hidratação
- Vigilância de sinais e sintomas
 - Dispneia
 - Náuseas e Vômitos
 - Prurido
 - Confusão
 - Insônia

Patients accepted for Conservative Kidney Care by age group, during 2022



Patients treated by conservative kidney care by age group, 31st December 2022

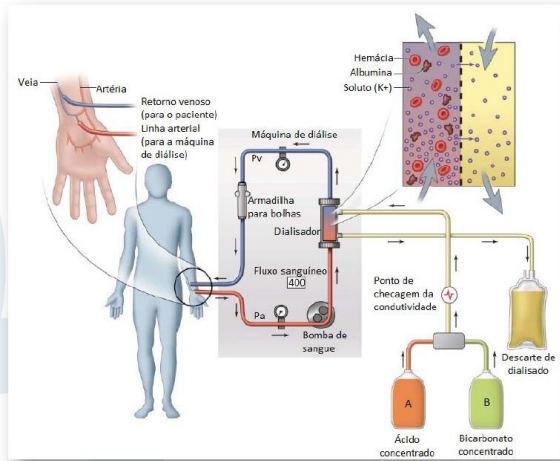


(SPN, 2023)

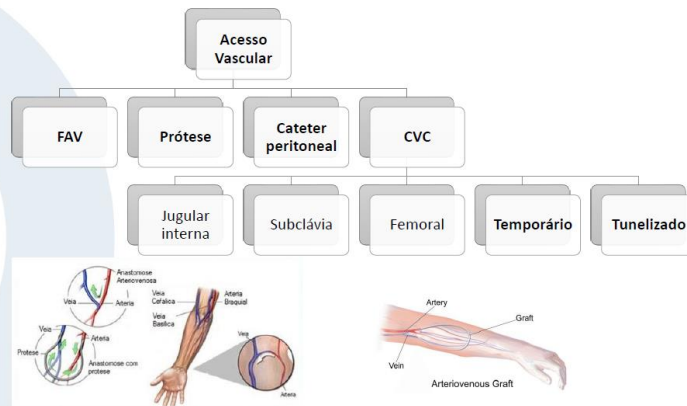
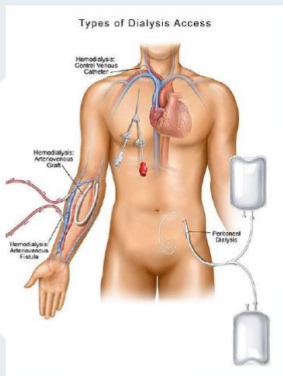
Cuidar a pessoa em Tratamento Conservador Médico (TCM)



Cuidar a pessoa em HD



Cuidar a pessoa em HD



Cuidar a pessoa em HD

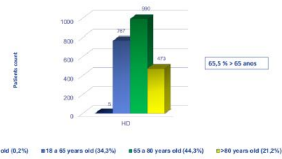
Gestão do Regime Terapêutico

- Alimentação
- Hidratação
- Medicação
- Exercício físico/ Reabilitação

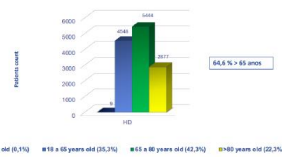
Auto-vigilância

- Gestão das complicações

Patients accepted for hemodialysis by age group, during 2022



Patients treated by hemodialysis by age group, 31st December 2022

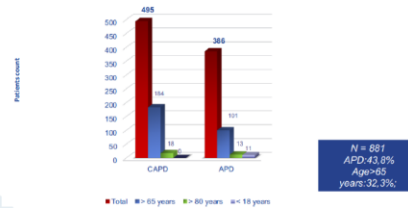


(SPN, 2023)

Cuidar a pessoa em DP

- ✓ Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA)
- ✓ Diálise Peritoneal Automática (DPA)
- ✓ Cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal
- ✓ Auto-vigilância:
 - ✓ Peso
 - ✓ Tensão Arterial
 - ✓ Hiperhidratação e desidratação
 - ✓ Efluente peritoneal
 - ✓ Orifício de saída do cateter
 - ✓ Balanço hídrico

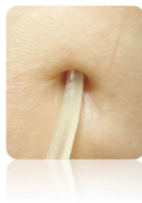
Patients treated by peritoneal dialysis Manual vs automated, 31st of December 2022



(SPN, 2023)

Cuidar a pessoa em DP

Cuidados ao Orifício de Saída



CUIDADOS REGulares COM O ORIFÍCIO DE SAÍDA:

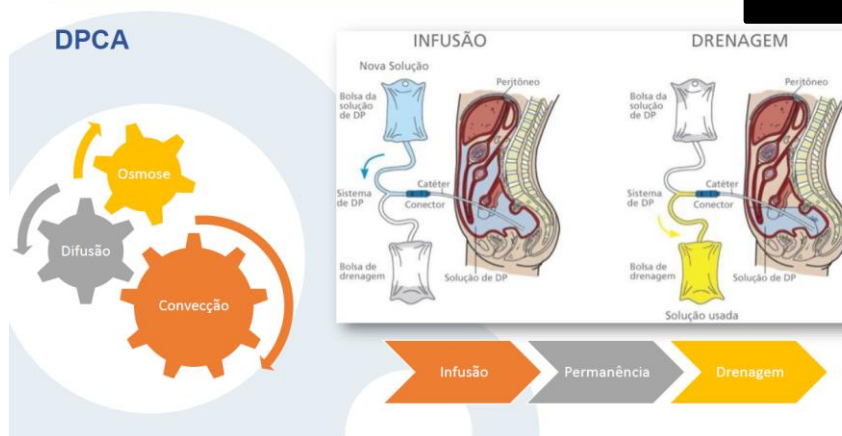
- ☐ Lavar diariamente o orifício com água e sabão líquido, e posteriormente com SF
- ☐ Não remover agressivamente crostas
- ☐ Manter o orifício seco

Usar pomada de mupirocina tópica
Se histórico infecção por gram negativo usar gentamicina colírio

Imobilizar o cateter adequadamente, de forma a evitar traumatismos, trações e sangramento.



POC.NEF.DP.016/3



DPA

Sistema Fresenius
Sleep Safe Harmony

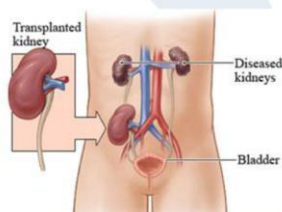


Sistema Baxter
Homechoice Claria

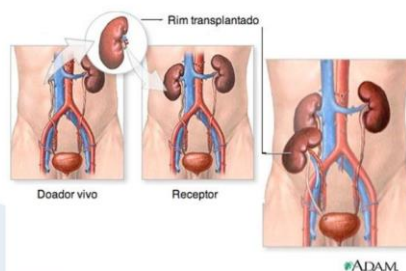


Transplante Renal

Dador cadáver



Dador vivo



Transplante Renal

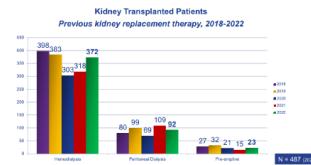
Imunossupressão

- Risco de rejeição por incumprimento terapêutico
- Doseamento de fármacos

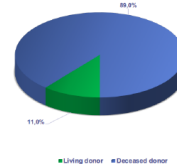
Risco Infecção

Sinais de rejeição do enxerto renal

- Aumento de peso exponencial
- Diminuição do débito urinário
- Dor no local de enxerto



Kidney transplantation: living vs deceased donor
2022



(SPN, 2023)

Cuidados paliativos

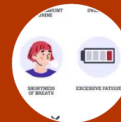


Tratamento Dialítico

- Suspender Técnica?
- Iniciar Técnica?
- Adequar estratégia terapêutica?



Impacto na Família/Cuidador



Controlo Sintomático

- Confusão
- Uremia
- Sobrecarga Hídrica
- Desnutrição

Caso Clínico

João, 35 anos de idade, dá entrada no SU com dor abdominal.

Antecedentes de DRC por nefropatia diabética. TR pré-emptiva há 6 anos com falência do enxerto renal há 1 ano, altura em que iniciou diálise. História de algum incumprimento terapêutico.

Atualmente em programa regular de DPCA desde há cerca de 1 ano.

Que prioridades no SU?

Que cuidados de enfermagem devem ser priorizados no internamento?

Que articulação com a nefrologia?

Equipa de apoio de Nefrologia

Enfermeiro Diálise: 81951
Unidade de hemodiálise: 1245
Unidade de diálise peritoneal: 1809
Internamento Nefrologia: 1191
Médico de Urgência Nefrologia: 81112



Questões/ Inquietações



Bibliografia

- Alkhaqani, A. L. (2022). Psychological Impact of Chronic Kidney Disease and Hemodialysis: Narrative Review. *Psychosomatic Medicine Research*, 4(2):9. <https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20220524/e995d5d6d869b670a033af3f4baa9850.pdf>
- Oliveira, F. A., Almeida, A. R. L. P., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R.S. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. *Rev Esc Enferm USP*, 54:e03581. doi:<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>
- Santos-Araújo, C., Mendonça, L., Carvalho, D. S., Bernardo, F., Pardal, M., Couceiro, J., Martinho, H., Gavina, C., Taveira-Gomes, T., & Dinis-Oliveira, R. J. (2023). Twenty years of real-world data to estimate chronic kidney disease prevalence and staging in an unselected population. *Clinical Kidney Journal*, 16(1), 111–124. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac206>
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). Portuguese Registry of Kidney Replacement Therapy 2022. https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2023_registo.pdf
- Thomas, N. (Ed.). (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência.

APÊNDICE IV: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS

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



Serviço de Nefrologia

2024

CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA: CURSO BÁSICO DE ENFERMAGEM

Assinale um uma cruz (X) a opção correta:

	QUESTÕES	VERDADEIRO	FALSO
1	A Doença Renal Crónica (DRC) é caracterizada por uma lenta, progressiva e reversível perda da função renal.		
2	O rim desempenha uma função endócrina, reguladora e excretora, no organismo.		
3	O Transplante Renal e a Diálise são os únicos tratamentos disponíveis para a DRC.		
4	Existem dois tipos de diálise: hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP).		
5	A restrição hídrica é essencial para todas as pessoas que realizam HD.		
6	Dor abdominal numa pessoa que realiza DP é uma indicação para fazer tratamento de DP o mais depressa possível.		
7	O penso do CVC de hemodiálise pode ser molhado no banho, sem problema.		
8	O orifício de saída do cateter peritoneal pode ser lavado no banho com água e sabão.		
9	Os cuidados gerais ao orifício de saída devem ser realizados diariamente e exclusivamente com SF 0,9%.		
10	Os pensos da FAV devem ser mantidos até à próxima sessão de HD.		

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE V: PROGRAMA CIENTÍFICO DAS I JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA DA ULS

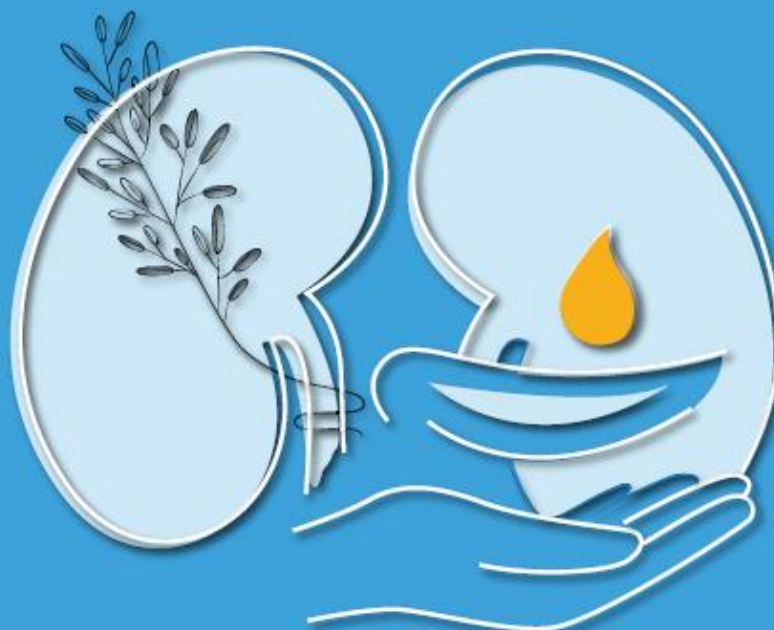
“Cuidar a pessoa com doença renal crónica em contexto hospitalar”

I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS [REDACTED]

29 de abril | Auditório [REDACTED]

30 de abril | Auditório [REDACTED]

ULS [REDACTED]



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

Programa

I JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA

DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED]

CUIDAR A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Local: Auditório [REDACTED]

1º DIA – 29 de Abril de 2024

8h30 – 13h30

WORKSHOPS

Coordenação Geral e Formadores

Enfermeiros do Serviço de Nefrologia da ULS

Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal

3 Grupos até 15 participantes

Sessões de aproximadamente 1h30min

Sala 1 – Hemodiálise e Técnicas Contínuas

Sala 2 – Diálise Peritoneal Automática

Sala 3 – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória e Acesso de Diálise

8h30 – 10h00

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

10h00 – 10h30

Coffee Break Livre

10h30 – 12h00

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

12h00 – 13h30

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

2º DIA – 30 de Abril de 2024

8h30 – 9h00

Abertura de Secretariado

9h00 – 10h00

MESA 1

Cuidar a pessoa com Doença Renal Crónica em pré-diálise

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

Consulta de Enfermagem no cuidado à pessoa em pré-diálise

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

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

COMISSÃO ORGANIZADORA e COMISSÃO CIENTÍFICA

Enfermeiros Especialistas do Serviço de Nefrologia da ULS

APÊNDICE VI: INQUÉRITOS DE SATISFAÇÃO COM AS JORNADAS DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA DA ULS

Inquérito satisfação do Wokshop I - Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Qual o seu grau de satisfação com o Workshop I - Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito(a)
- ☐ Satisfeito(a)
- ☐ Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- ☐ Insatisfeito(a)
- ☐ Muito insatisfeito(a)

2. Acha que o Workshop I - Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal foi útil para a sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tem certeza

3. O Workshop I - Técnicas Dialíticas: Hemodiálise e Diálise Peritoneal correspondeu às suas expectativas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tem certeza

4. Como classificaria o desempenho geral dos formadores? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Frac	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Excelente

5. Qual é a probabilidade de recomendar este Workshop a um amigo ou colega? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Extremamente Provável

6. O que recomendaria num próximo Workshop?

Inquérito satisfação do Wokshop II - Acessos Vasculares com Utilização de Ecógrafo

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Qual o seu grau de satisfação com o Wokshop II - Acessos Vasculares com Utilização de Ecógrafo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito(a)
- ☐ Satisfeito(a)
- ☐ Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- ☐ Insatisfeito(a)
- ☐ Muito insatisfeito(a)

2. Acha que o Wokshop II - Acessos Vasculares com Utilização de Ecógrafo foi útil para a sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tem certeza

3. O Wokshop II - Acessos Vasculares com Utilização de Ecógrafo correspondeu às suas expectativas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tem certeza

4. Como classificaria o desempenho geral dos formadores? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Frac	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Excelente

5. Qual é a probabilidade de recomendar este Workshop a um amigo ou colega? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Extremamente Provável

6. O que recomendaria num próximo Workshop?

Inquérito de Satisfação das I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS [REDACTED]

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Qual o seu grau de satisfação com as I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS [REDACTED] *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito(a)
- ☐ Satisfeito(a)
- ☐ Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- ☐ Insatisfeito(a)
- ☐ Muito insatisfeito(a)

2. Acha que as I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS [REDACTED] foram úteis para a sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tem certeza

3. As I Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da ULS [REDACTED] corresponderam às suas expectativas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tem certeza

4. Como classificaria o desempenho geral dos palestrantes? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Frac	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Excelente

5. Qual a probabilidade de recomendar as Jornadas de Enfermagem em Nefrologia a um amigo ou colega? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Extremamente Provável

6. Que temas sugere para as II Jornadas de Enfermagem em Nefrologia da [REDACTED]

APÊNDICE VII: Q168 PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Título do estudo de investigação
Consciençialização da pessoa em diálise: <i>Scoping Review</i>
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe
Enfermagem/L1 – Resposta Humana ao processo de saúde/doença
Investigador responsável
Nome: Cristiana Andreia Monteiro Aguiar Esteves Sarmento Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Mestre Categoria profissional: Enfermeira Instituição: Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA) Email: cristysar16@gmail.com Telemóvel: 916297747 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0009-0002-3159-7519
Investigadores Associados
Nome: Nacionalidade: Grau académico: Categoria profissional: Instituição: Email: Telemóvel: Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: (*preferencialmente em formato ORCID)
Calendarização
Data prevista de início da fase empírica: 15 de dezembro de 2023 Data prevista de conclusão: 16 de abril de 2024
Instituições envolvidas
Instituição principal: Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) Papel: Unidade de Investigação. Acesso a bases de dados. Outras instituições: CHUdSA Papel: Instituição de acolhimento. Acesso a bases de dados.
Orientador
Nome: Cecília Maria Rodrigues Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Doutor Categoria profissional: Professor adjunto convidado Instituição: ESSNorteCVP Email: cecilia.rodrigues@essnortecvp.pt Telemóvel: 967025915 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0003-0701-1135



Orientador	
Nome: Lílilana Mota	
Nacionalidade: Portuguesa	Grau académico: Doutor
Categoria profissional: Professor adjunto	
Instituição: ESSNorteCVP	
Email: liliana.mota@essnortecvp.pt	Telemóvel: 256 661 430
Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV:	
https://orcid.org/0000-0003-3357-7984	

COMPONENTE CIENTÍFICA

Resumo
Enquadramento: O início de um tratamento de diálise tem implicações físicas, emocionais e sociais na vida da pessoa que o vivencia. A consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento desta experiência de transição e é essencial para que a pessoa possa encetar atividades de forma a procurar informação e apoio, e adaptar-se às novas circunstâncias, dando-lhes sentido. Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise. Material e Método: Realização de uma <i>scoping review</i>, de acordo com o protocolo proposto pela <i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI), seguindo a <i>guideline Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i> (PRISMA-ScR). Resultados esperados: É esperado que esta <i>scoping review</i> permita mapear a evidência disponível e esclarecer as principais características e fatores relacionados com o conceito da consciencialização da pessoa em diálise. Potenciais implicações para a prática: Pretende-se que o resultado deste estudo possa promover a reflexão sobre a consciencialização da pessoa em diálise, contribuindo para a otimização dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa a vivenciar um processo de transição para um tratamento dialítico. As evidências encontradas também poderão servir para identificar e analisar possíveis lacunas no conhecimento, servindo como ponto de partida para estudos futuros.
Palavras-chave: Consciençialização; Diálise; Doença Renal Terminal; Enfermagem

Revisão da Literatura
Nas últimas décadas, o mundo tem assistido a significativas mudanças, nos mais diversos níveis. O aumento da esperança média de vida, aliado à diminuição das taxas de natalidade, resultou numa população envelhecida e



no aumento das doenças crónicas, que desafiam os sistemas de saúde (Sun & Li, 2023). Anualmente, as doenças crónicas são responsáveis por 41 milhões de mortes, o que corresponde a 74% de todas as mortes a nível mundial, 17 milhões antes dos 70 anos de idade (World Health Organization, 2023).

Neste contexto, a doença renal crónica (DRC) assume-se como um importante problema de saúde pública, com uma incidência e prevalência elevadas, associado a vários eventos adversos, com custos de tratamento consideráveis e um elevado impacto na saúde e bem-estar das pessoas (Sun & Li, 2023). Atualmente, estima-se que cerca de 850 milhões de pessoas vivam com DRC, o que corresponde a aproximadamente 10% da população mundial (International Society of Nephrology, 2023).

Em 2020, Portugal encontrava-se no top 10 do *ranking* de países com maior prevalência de pessoas em tratamento por DRC, ocupando a oitava posição (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023), com uma prevalência global de 20,9% (Vinhas et al., 2020). De acordo com dados do Gabinete de Registo de DRC da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em dezembro de 2022, a prevalência de pessoas a realizar um tratamento de substituição da função renal (TSFR) era de 21.357, 21,3% com idade superior a 80 anos, das quais 12.878 encontravam-se em tratamento de hemodiálise (HD) e 881 a realizar técnica de diálise peritoneal (DP). Em 2022, iniciaram um TSFR 2705 pessoas, 82,7% em HD e 9,5% em DP (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023).

A DRC é caracterizada por uma lenta, progressiva e irreversível perda da função renal, que resulta na incapacidade do organismo em excretar produtos tóxicos resultantes do metabolismo e manter o equilíbrio hidro-eletrolítico (Thomas, 2005). Como resultado, exige a gestão de um regime terapêutico complexo e desafiante, com a realização de um tratamento para a vida, que impõe alterações nos hábitos e estilos de vida da pessoa, com impacto aos níveis físico, emocional, familiar, psicossocial e económico (Alkhaqani, 2022; Oliveira et al., 2020; Thomas, 2005).

As opções de tratamento incluem o tratamento médico conservador (TMC), a transplantação renal (TR) e a diálise, nas suas duas modalidades - HD e DP. A HD é uma técnica de diálise que utiliza uma máquina e um filtro extracorporeal para filtrar o sangue da pessoa. É, habitualmente, realizada por profissionais de saúde, três vezes por semana, com uma duração de cerca de quatro horas, e implica a deslocação da pessoa até uma unidade de diálise (Thomas, 2005). A DP é um de diálise, realizado de forma autónoma pela pessoa ou por um familiar/cuidador, que utiliza a membrana peritoneal como filtro de diálise. Pode ser realizado três a quatro vezes por dia, em sessões de aproximadamente vinte minutos (Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória) ou, durante a noite, enquanto a pessoa dorme, com recurso a uma máquina, durante cerca de oito horas (Diálise Peritoneal Automática) (Coronel, 2006). É um tratamento mais flexível, que permite uma prescrição individualizada e adaptada à idiosincrasia da pessoa, considerando os seus objetivos e



preferências (European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association, 2022).

O processo de transição para um TSFR pode ser considerado um evento traumático e disruptivo, com implicações emocionais e sociais na vida da pessoa e família/cuidador(es) (DePasquale et al., 2019; Sedin et al., 2022). O confronto com esta realidade é uma experiência impactante, pelo que uma adequada preparação, que promova a educação sobre a doença e o tratamento, e o apoio emocional e social, atendendo à experiência particular, parecem contribuir para um aumento do nível de participação e de adesão ao regime terapêutico (Sedin et al., 2022). A gestão do regime terapêutico é complexa e pode incluir a necessidade de aprender a executar uma técnica que irá realizar várias vezes por dia e os cuidados associados; a vigilância de possíveis complicações, modo de as prevenir e resolver; a gestão da medicação, da hidratação, do exercício físico, das restrições alimentares e das suas próprias emoções (International Society for Peritoneal Dialysis, 2016; Sedin et al., 2022).

Neste processo, os enfermeiros assumem um papel fundamental “Empowering clients with knowledge and experience to care for themselves and to manage their symptoms and their life transitions by fully utilizing available resources and creating new resources” (Meleis, 2012, p.91).

De acordo com Meleis (2010) o processo de transição é complexo e multidimensional e, para que ocorra, é necessário que a pessoa esteja consciencializada para as mudanças que estão a ocorrer e para aquilo que está diferente. A consciencialização está assim relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição e é essencial para que a pessoa possa encetar atividades de forma a procurar informação e apoio, e adaptar-se às novas circunstâncias, dando-lhes sentido. Um estudo de Poonawalla e colaboradores, publicado em 2023, sugere que uma transição para diálise planeada foi associada a melhores resultados, uma probabilidade reduzida de internamento e menor mortalidade, sendo a consciencialização o primeiro passo para uma transição saudável e para a autogestão eficaz da doença e do tratamento (Chu et al, 2021).

Partindo deste pressuposto, parece-me pertinente conhecer a extensão de conhecimento existente nesta área, de forma a compreender a aplicabilidade e os benefícios da promoção da consciencialização das pessoas em programa de diálise. Surge, deste modo, a questão de investigação: “Qual a evidência científica sobre a consciencialização da pessoa em diálise, nos vários contextos de cuidados?” e o objetivo do estudo que será mapear a evidência sobre a consciencialização da pessoa em diálise.

O referencial teórico de enfermagem que sustentará este trabalho é a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, a teoria das transições.

Material e Métodos



De forma a dar resposta ao objetivo proposto irá ser realizada uma *scoping review*, para mapear a evidência disponível e esclarecer as principais características e fatores relacionados com o conceito, bem como identificar e analisar possíveis lacunas no conhecimento sobre a conscientização da pessoa em diálise. Neste contexto, a *scoping review* parece ser uma abordagem útil e que contribui para um processo de tomada de decisão informada, uma vez que fornece uma visão profunda, abrangente e compreensiva sobre os conceitos estudados, através da inclusão de evidência científica proveniente de estudos realizados com qualquer tipo de metodologia, bem como evidência proveniente de outras fontes, como *websites* relevantes na área estudada (Peters et al., 2020).

Esta revisão irá ser efetuada de acordo com o protocolo proposto pela *Joanna Briggs Institute* (JBI), seguindo a *guideline Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). Deste modo, os critérios de elegibilidade foram definidos de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). No que se refere à população serão incluídos estudos realizados com pessoas em tratamento de diálise, nas suas duas modalidades: HD e DP. A respeito do conceito, estudos sobre a conscientização. O contexto irá incluir todos os contextos da prática de cuidados de enfermagem à pessoa em diálise (internamento, unidades de diálise, consulta de enfermagem e cuidados domiciliários).

Serão considerados estudos primários com metodologia quantitativa, qualitativa ou mista, revisões de literatura e literatura cinzenta, assim como *websites* de entidades relevantes na área da diálise. Não haverá limite temporal nem limitação de idioma. Serão excluídos estudos em pessoas com DRC que se encontrem a realizar outro tipo de TSFR (TMC ou TR) ou que ainda não tenham iniciado nenhum tipo de tratamento e artigos de opinião, resumos e comunicações em conferências.

A estratégia de pesquisa seguirá as três etapas definidas pela JBI, de forma a abranger estudos publicados e não publicados. Deste modo, foi efetuada uma pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO), em novembro de 2023 e início de dezembro de 2024, de forma a definir os termos de pesquisa, através da análise das palavras expressas no título e nos resumos dos artigos encontrados, assim como da análise dos descritores utilizados na classificação dos artigos. Com base nos achados da pesquisa preliminar foram definidos os termos *Medical Subject Headings* (MeSH), os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os CINAHL *Headings*, para as palavras-chave, bem como termos sinónimos, tal como se encontra apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Termos de pesquisa

Elementos	Palavras-chave	Terms MeSH/DeCS	CINAHL Headings	Operadores
-----------	----------------	-----------------	-----------------	------------



PCC				Boleanas
População	Diálise	<i>Renal Dialysis; Peritoneal Dialysis; Kidney Failure, Chronic</i>	<i>Kidney Failure, Chronic; Dialysis; Hemodialysis; Peritoneal Dialysis</i>	AND OR
Conceito	Conscientização	<i>Awareness; Cognition</i>	<i>Cognition</i>	
Contexto	Todos os contextos da prática de cuidados de enfermagem	<i>Nursing; Nursing Care</i>	<i>Nursing care</i>	

Na segunda etapa da pesquisa irão ser utilizadas várias combinações da expressão booleana (((*"Renal Dialysis"*[Mesh]) OR *"Peritoneal Dialysis"*[Mesh]) OR *"Kidney Failure, Chronic"*[Mesh]) AND *"Awareness"*[Mesh], com base em descritores em ciências da saúde (MeSH), para efetuar pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL (via EBSCOhost), MEDLINE (via PubMed), COCHRANE, SciELO, Scopus, LILACS e MedicLatina. Na terceira etapa será efetuada pesquisa na literatura cinzenta, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DART-Europe e OpenGrey. Também serão considerados *websites* relevantes e a lista de referências dos artigos incluídos no estudo.

A seleção, extração e análise das fontes será realizada por dois investigadores independentes, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2024, de acordo com as diretrizes PRISMA-ScR (análise de título e resumo e análise de texto completo, considerando os critérios de inclusão). As divergências serão resolvidas por consenso ou com auxílio de um terceiro investigador, perito na área em estudo. A extração dos resultados e análise da evidência será efetuado com recurso ao formulário desenvolvido pela JBI, que inclui ano, país, objetivo do estudo, amostra, metodologia de investigação, resultados e nível de evidência. Irá ser realizada uma análise narrativa do conteúdo dos estudos selecionados.

Considerações éticas

A *scoping review* proposta encontra-se inserida no projeto *Umbrella, ePowerCare4All*, em desenvolvimento na ESSNorteCVP, já aprovado pela comissão de ética, e pretende dar resposta ao terceiro objetivo específico do mesmo: mapear a evidência científica sobre as intervenções dirigidas às diferentes necessidades da pessoa com doença crónica.



De acordo com Nunes (2020, p. 5), “o olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores”. Partindo desta premissa, este projeto de investigação respeitará os princípios éticos subjacentes à investigação em enfermagem, na sua conceção, concretização e divulgação científica. Irá ser cumprida uma rigorosa metodologia de investigação, de forma a assegurar a fidelidade e validade do estudo, e todos os autores citados serão adequadamente referenciados.

Os investigadores declaram não existir conflitos de interesse na realização desta investigação.

Referências bibliográficas

- Alkhaqani, A. L. (2022). Psychological Impact of Chronic Kidney Disease and Hemodialysis: Narrative Review. *Psychosomatic Medicine Research*, 4(2):9. <https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20220524/e995d5d6d869b670a033af3f4baa9850.pdf>
- Chu, C. D., Chen, M. H., McCulloch, C. E., Powe, N. R., Estrella, M. M., Shlipak, M. G. & Tuot, D. S. (2021). Patient Awareness of CKD: A Systematic Review and Meta-analysis of Patient-Oriented Questions and Study Setting. *Kidney Medicine*, 3(4), 576-585. DOI: 10.1016/j.xkme.2021.03.014
- Coronel, F. (Coord). (2006). *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Fresenius Medical Care
- DePasquale, N., Cabacungan, A., Ephraim, P. L., Lewis-Boyer, L., Powe, N. R. & Boulware, L. B. (2019). Family Members' Experiences With Dialysis and Kidney Transplantation. *Kidney Medicine*, 1(4), 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.06.001>
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association. (2022). Peritoneal Dialysis: A guide to achieving proficiency. https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/publications/2022-pub-Peritoneal_dialysis.pdf
- International Society of Nephrology. (2023). ISN Global Kidney Health Atlas. www.theisn.org/global-atlas
- International Society for Peritoneal Dialysis (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Peritoneal Dialysis International*, 36, 592-605. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26917664/>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. : IPS, ESS, Departamento de Enfermagem



Oliveira, F. A., Almeida, A. R. L. P., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & Silva, R.S. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. *Rev Esc Enferm USP*, 54:e03581. doi:<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581>

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

Poonawalla, I., Barve, K., Cockrell, M., Agarwal, A., Casebeer, A. W., Dixon, S. W. & Li, Y. (2023). Transition-to-Dialysis Planning, Health Care Use, and Mortality in End-Stage Renal Disease. *The American Journal of Managed Care*, 29(2), 81-87. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2023.89316>

Sedin, A., Isaksson, J., & Patel, H. (2022). The experience of transitioning into life-sustaining treatment: A systematic literature review. *Journal of Renal Care*, 49, 158-169. <https://doi.org/10.1111/jorc.12439>

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

Sun, X. & Li, X. (2023). Editorial: Aging and chronic disease: public health challenge and education reform. *Frontiers in Public Health* 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1175898>

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

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

Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., Raposo, J. F., & Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479-487. <https://doi.org/10.1159/000508678>

World Health Organization. (2023, September 16). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Financiamento e apoios previstos

Não estão previstos quaisquer custos para a ESSNorteCVP, nem para os participantes desta *scoping review*.

Não é esperado qualquer tipo de apoio por parte da instituição de trabalho da investigadora, à exceção do acesso às bases de dados científicas.



Previsão de disseminação científica

O protocolo desta *scoping review* será registado na *Open Science Framework*.

Está prevista a divulgação dos resultados desta *scoping review* em eventos científicos, com a apresentação de uma comunicação livre ou póster no Encontro Renal 2024 - XXXVIII Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) e de um póster no 53st European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) International Conference 2025. Também está prevista a publicação de um artigo científico, numa revista de enfermagem, que espelhe os resultados obtidos.

Autorização para tratamento, utilização e divulgação de dados

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

Assinatura do investigador responsável: _____ Data ____/____/____

APÊNDICE VIII: PROPOSTA DE PROCEDIMENTO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Procedimento Técnico de Enfermagem: Programa de Ensino e Treino em Diálise
Peritoneal Contínua Ambulatória



Programa de Ensino e Treino de DPCA

1. OBJETIVO/ENQUADRAMENTO

Garantir um programa específico para os enfermeiros da unidade de Diálise Peritoneal (DP), do Serviço de Nefrologia, que confira qualificação pessoal e profissional, para a realização de ensino e treino em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), a pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) e família/cuidadores.

Sistematizar e uniformizar a informação a transmitir à pessoa e família/cuidadores durante o programa de ensino e treino em DPCA.

2. ÂMBITO

Enfermeiros que trabalham na unidade de DP, do serviço de Nefrologia.

3. SIGLAS/ABREVIATURAS/DEFINIÇÕES/EVIDÊNCIAS

DP – Diálise Peritoneal

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

A DP é uma técnica de substituição da função renal que utiliza o peritoneu como membrana dialisante (Coronel, 2006). É um tratamento domiciliário, realizado de forma autónoma pela pessoa e/ou familiar/cuidador. Nesta modalidade de tratamento, a pessoa introduz uma solução de diálise na cavidade abdominal, através de um cateter peritoneal, possibilitando a passagem das substâncias tóxicas contidas em maior concentração no sangue para a solução de diálise, durante o tempo de permanência no abdómen. Quando esta solução se encontra saturada é substituída por uma nova, num processo chamado troca de DP.

A DPCA consiste na realização da troca de DP de forma manual, três a quatro vezes por dia, num processo que dura aproximadamente 20 minutos.

O treino em DP é essencial para garantir a autonomia na realização da técnica e a prevenção de complicações, como a peritonite (Jaelani et al., 2023). A International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) recomenda que todas as unidades de DP apresentem um programa de treino estruturado, que promova a capacitação das pessoas e família/cuidador para o autocuidado (Figueiredo et al., 2016).

De acordo com a Portaria nº 347/2013 de 28 de novembro (2013, p.6594), as unidades de DP “efetuam os seguintes atos e técnicas: i. Ensino e treino do doente ou do seu cuidador, bem como as reciclagens necessárias sobre as técnicas de diálise peritoneal crónica, sobre a sua vigilância e sobre a deteção precoce dos incidentes e das intercorrências; ii. Avaliação clínica regular dos doentes submetidos a esse tratamento”.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no seu Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa (2020, p. 12) refere que “as Unidades de DP devem garantir à pessoa, família e/ou cuidador e ainda aos diferentes profissionais ligados à DP um programa bem estruturado que permita o ensino, a instrução e o treino da pessoa, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados”.

4. RESPONSABILIDADES

A responsabilidade da preparação e implementação do procedimento é do/a Enfermeiro/a Gestor/a e do/a Enfermeiro/a responsável pela unidade de DP. O/a Enfermeiro/a responsável pela unidade de DP é nomeado/a pelo/a Enfermeiro/a Gestor/a.

5. METODOLOGIA

O programa de ensino e treino em DPCA tem a duração de 5 dias, em sessões de cerca de 3 horas por dia (divididas em momentos curtos de treino, seguidos de um período de descanso), com o rácio de um enfermeiro/a para uma pessoa e/ou família/cuidador, podendo ser ajustado de acordo com as características e evolução da aprendizagem do cliente (Figueiredo et al., 2016; Jaelani et al., 2023).

É realizado por um/a enfermeiro/a da unidade de DP, em dias úteis, no turno da tarde, na sala de DP. Durante o treino devem ser evitadas interrupções.

Durante o ensino deve ser adotada uma metodologia de educação de adultos, que foque nas necessidades, interesses, características e capacidades da pessoa, considerando os seus

conhecimentos e experiência de vida. É essencial priorizar informações relevantes e atualizadas, que possam ser aplicadas rapidamente, possibilitando a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para facilitar uma transição saudável para a DPCA (Figueiredo et al., 2016; Jaelani et al., 2023). O programa de ensino e treino em DPCA deve ser explicado e negociado com a pessoa e/ou família/cuidador, sendo individualizado e adaptado às suas necessidades, preferências e expectativas, garantindo sempre a qualidade e a segurança do tratamento.

O ensino de alguns conceitos teóricos, relacionados com o estilo de vida, a autogestão do tratamento, a autovigilância e o modo de atuação nas complicações podem necessitar de mais tempo, pelo que devem continuar a ser trabalhados nas consultas de *follow up* e nas visitas domiciliárias.

Após completar o programa é esperado que a pessoa e/ou família/cuidador tenha adquirido o conhecimento, a habilidade e a capacidade para efetuar o tratamento no domicílio, de forma autónoma, segura e eficaz (Figueiredo et al., 2016).

Os conteúdos a abordar durante o ensino devem ser introduzidos de forma gradual. É efetuada uma sugestão de distribuição ao longo da semana, que poderá ser adaptada de acordo com as necessidades das pessoas e/ou família/cuidador. No final do programa é realizada a avaliação da capacidade de realização autónoma de DPCA. (ANEXO 1)

1ª dia (15h-18h)

No primeiro dia realiza-se, muitas vezes, o primeiro contacto com a pessoa que vai iniciar o ensino e família/cuidadores, pelo que deve ser dedicado ao início da construção da relação terapêutica, à apresentação do programa de ensino e à negociação sobre o funcionamento da semana de ensino/treino.

Devem ser realizadas as seguintes atividades:

- Avaliação inicial em plataforma informática (avaliação das condições habitacionais, existência de água canalizada e animais de estimação).
- Apresentação do plano de ensino/treino: devem ser clarificados os objetivos do programa de ensino, bem como os conhecimentos e procedimentos a trabalhar (OE, 2020).

- Negociação do plano de ensino/treino: pode ser necessário ajustar o horário das sessões, o número de dias de treino, o tipo de metodologias facilitadoras da aprendizagem.
- Entrega do manual de ensino/treino em DPCA (Impresso ...)
- Avaliação do conhecimento da pessoa e família/cuidador sobre o tratamento de DP.
- Ensino sobre os princípios básicos de DP.
- Apresentação das soluções de DPCA.
- Ensino sobre Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI).
- Demonstração da técnica assética de lavagem das mãos.
- Demonstração da execução da técnica de DPCA, pela enfermeira (Sistema Baxter ou Sistema Fresenius)
- Apresentação do programa de apoio domiciliário.
- Esclarecimento de dúvidas.
- Execução dos registos de enfermagem.

2º dia (15h-18h)

O segundo dia é dedicado à aprendizagem e consolidação da sequência da técnica, com vários momentos de treino curto, seguidos de descanso, que promovam a automatização do procedimento.

Deve contemplar as seguintes atividades:

- Resumo do primeiro dia de ensino e esclarecimento de dúvidas.
- Reforço do ensino sobre PBCI.
- Realização de treino da técnica de lavagem assética das mãos.
- Realização de treino da técnica de desinfecção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA).
- Realização de treino da técnica *non touch* para conexão e desconexão, com cateter de treino.
- Realização de treino da sequência da técnica de DPCA, com cateter de treino.
- Realização de treino da sequência da técnica de DPCA, com cateter da pessoa, assim que esta se sinta segura.
- Ensino sobre os cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal.

- Demonstração da execução do tratamento ao orifício de saída do cateter peritoneal.
- Esclarecimento de dúvidas.
- Execução dos registos de enfermagem.

3ª dia

- Resumo do segundo dia de ensino.
- Esclarecimento de dúvidas.
- Treino das PBCI.
- Treino da técnica de DPCA: realização autónoma de 3 ou 4 trocas de DPCA, com auxílio do/a enfermeiro/a
- Ensino sobre complicações infecciosas da técnica de DPCA (peritonite e infeção do orifício de saída): identificação e modo de atuação.
- Execução do tratamento ao orifício de saída do cateter peritoneal.
- Esclarecimento de dúvidas
- Execução dos registos de enfermagem.

4ª, 5ª e 6ª dias

- Consolidação das aprendizagens adquiridas anteriormente.
- Treino da técnica de DPCA: realização autónoma de 3 ou 4 trocas de DPCA, com supervisão do/a enfermeiro/a.
- Treino dos cuidados ao orifício de saída do cateter peritoneal.
- Ensino sobre atuação em caso de contaminação acidental do cateter peritoneal.
- Ensino sobre atuação em caso de contaminação acidental do circuito de DPCA.
- Ensino sobre hiperhidratação e desidratação: identificação e modo de atuação.
- Ensino sobre autovigilância: avaliação diária de peso, tensão arterial, sinais de desidratação, sinais de hiperhidratação, características do orifício de saída, características do efluente peritoneal e vigilância de complicações.
- Ensino sobre registo e interpretação do balanço hídrico.
- Treino de resolução de problemas através de situações simuladas.
- Esclarecimento de dúvidas.
- Realização da avaliação da capacidade de realização autónoma de DPCA (ANEXO 1).

O início de um tratamento dialítico é um evento traumático e disruptivo, com implicações físicas, psicológicas, emocionais e sociais na vida da pessoa que o vivencia e família/cuidadores. A criação de um ambiente terapêutico e a adoção de uma atitude

empática, autêntica, de aceitação incondicional e respeito pela pessoa e família/cuidadores têm um impacto positivo na adaptação e bem-estar emocional durante este período desafiante. O suporte emocional adequado pode ajudar a reduzir a ansiedade, promovendo a aprendizagem e capacitação para o autocuidado e autogestão do tratamento, pelo que deve ser constante ao longo de todo o processo (Almeida et al., 2019).

6. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, O. A. E., Santos, W. S., Rehem, T. C. M. S. B., & Medeiros, M. (2019). Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04332019>
- Coronel, F. (Coord.). (2006). *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Fresenius Medical Care
- Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., Walker, R., & Brunier, G. (2016). ISPD Guideline/Recommendations: a syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Peritoneal Dialysis International*, 36(6), 592-605. doi:10.3747/pdi.2015.00277
- Jaelani, T. R., Ibrahim, K., Jonny, J., Pratiwi, S. H., Haroen, H., Nursiswati, N., & Ramadhani, B. P. (2023). Peritoneal Dialysis Patient Training Program to Enhance independence and Prevent Complications: A Scoping Review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 16, 207-222.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise Peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa. Ordem dos Enfermeiros.
- Portaria n.º 347/2013 de 28 de novembro (2013). Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporeal afins ou de diálise peritoneal crónica. Diário da República I série, n.º 231 (28-11-2013) (6594-6607). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/347-2013-484161>
- Tavares, A. (Ed) (2022). *Peritoneal Dialysis: A guide to achieving proficiency*. European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)

ANEXOS:

Anexo 1 - Grelha de avaliação da capacidade de realização autónoma de DPCA

Grelha de avaliação da capacidade de realização autónoma de DPCA

Atividades	Nível de conhecimento/execução técnica			
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1. Compreende os princípios básicos de DP				
2. Conhece os diferentes tipos de soluções de DP				
3. Usa máscara na realização do procedimento				
4. Executa a técnica assética de lavagem das mãos				
5. Executa a técnica de desinfeção das mãos com SABA antes da conexão				
6. Executa a técnica de desinfeção das mãos com SABA antes da desconexão				
7. Executa a técnica <i>non touch</i> na conexão e desconexão				
8. Executa o procedimento de DPCA				
9. Executa o tratamento ao orifício de saída				
10. Identifica sinais de infeção do orifício de saída do cateter peritoneal				
11. Identifica e sabe como atuar em caso de hiperhidratação				
12. Identifica e sabe como atuar em caso de desidratação				
13. Identifica sinais e sintomas de peritonite				
14. Sabe atuar em caso de peritonite				
15. Conhece o modo de atuação em caso de contaminação acidental do cateter				
16. Conhece o modo de atuação em caso de contaminação do circuito de DPCA				
17. Resolve situações problema simuladas				

Avaliação Final

Apto ☐

Não Apto ☐

Data: ____/____/____

Enfermeiro/a _____

A pessoa ou família/cuidador está apta para realizar DPCA no domicílio se demonstrar:

- execução técnica suficiente nos itens 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 e
- conhecimento suficiente nos itens 10, 13, 14, 15 e 16.

Uma avaliação insuficiente nos itens 1, 2, 11, 12 e 16 sugere o reforço do ensino em consulta/domicílio.

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM COMUNICAÇÃO ORAL

“Projeto de melhoria contínua no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados de saúde”



santo
antónio

5º congresso de enfermagem
ULS de Santo António



21 e 22
março 2024

auditório
hospital magalhães lemos

Projeto de melhoria continua no âmbito da qualidade e
segurança dos cuidados de saúde

21.03.2024

Serviço de n

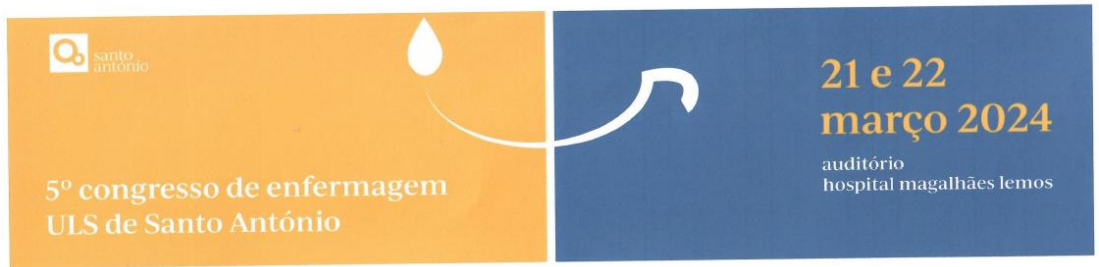


Miguel Sousa
Anselmo Madureira
Cristiana Sarmento
Elisabete Delgado
Edgar Ribeiro
Patrícia Ferreira



ANEXO II: CERTIFICADO DE MENÇÃO HONROSA

“Projeto de melhoria contínua no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados de saúde”



CERTIFICADO
3º PRÉMIO COMUNICAÇÃO ORAL – MENÇÃO HONROSA

Certifica-se que o trabalho com o título

*Projeto de melhoria continua no âmbito da
qualidade de segurança das cuidados de saúde*

Venceu o **3º Prémio de Melhor Comunicação Oral** do 5º Congresso de Enfermagem do ULSSA.



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SISTEMA NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO

ANEXO III: CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO RENAL 2023



CERTIFICADO

Certifica-se que

Cristiana Sarmento

participou na qualidade de moderador no
XXXVII CONGRESSO DA APEDT que decorreu nos dias
16, 17 e 18 novembro de 2023 no Porto Palácio Hotel.

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT





CERTIFICADO

A comunicação oral com o título

Determinantes na autogestão da doença renal crónica

elaborada por

Cristiana Sarmento (1)

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

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT





CERTIFICADO

O poster com o título

Calcifilaxia - a abordagem de uma equipa de enfermagem à cliente com ferida complexa: estudo de caso

elaborado por

Cristiana Sarmento (1)

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

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

