



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

**Tecnologias de Informação e Comunicação com o
Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal:
Intervenções de Enfermagem**

Susana Maria Pinho Andrade



**Lisboa
2021**



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

**Tecnologias de Informação e Comunicação com o
Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal:
Intervenções de Enfermagem**

Susana Maria Pinho Andrade



Orientador: Professora Maria Eulália Leite da Mota Novais



**Lisboa
2021**

“É o tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora, Maria Eulália Novais, pelo apoio e estímulo durante este percurso.

Às orientadoras dos meus estágios: Enf^a. Elisabete Costa, Enf^a. Dora Almeida e Enf^a. Ana Sousa.

Aos meus pares, pelos variados momentos de partilha e aprendizagem que me foram proporcionando.

A todos os meus familiares e amigos que estiveram presentes neste processo e período de vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

AV – Acesso Vascular

BCM – Body Composition Monitor

CE – Cuidados de Enfermagem

CEC – Circuito Extracorporeal

CMEEMCN – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização

Médico-Cirúrgica – Enfermagem Nefrológica

Covid 19 - Coronavírus Infectious Disease

CT – Cateter Tenckhoff

CVC LD – Cateter Venoso Central de Longa Duração

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automática

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambolatória

DPCC – Diálise Peritoneal Cíclica Contínua

DPNI – Diálise Peritoneal Noturna Intermitente

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

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

EAV – Enxerto arteriovenoso

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ER – Enfermeira de Referência

FAV – Fistula arteriovenosa

GDP – Produto da Degradação de Glicose

GPI – Ganho de Peso Interdialítico

HD – Hemodiálise

HSC – Hospital de Santa Cruz

ISPD – International Society for Peritoneal Dialysis

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes

KDOQI – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à meticilina
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros e Orientadora de Estágio
OH – Sobre-hidratação
OMS – Organização Mundial de Saúde
OS – Orifício de Saída
PE – Processo de Enfermagem
PDRC – Pessoa com Doença Renal Crónica
PDRCT – Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal
PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Qa – Avaliação de Fluxo Intra Acesso
SAPE – Sistema de Apoio à Prática Clínica
SI – Sistema Informatizado
SIS – Sistema Informatizado de Saúde
TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação
TFG – Taxa de Filtração Glomerular
TMC – Tratamento Médico Conservador
TR – Transplante Renal
TSFR – Tratamento de Substituição da Função Renal
UC – Unidade Curricular
UCInt – Unidade de Cuidados Intermédios
UDP – Unidade Diálise Peritoneal
UF – Ultrafiltração

RESUMO

O presente Relatório de Estágio, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem Nefrológica pretende descrever o percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crónica e respetiva família, em contexto de estágio em Unidade de Diálise Peritoneal, Unidade de Hemodiálise e Internamento de Nefrologia.

A doença renal crónica tem vindo a aumentar progressivamente no nosso país estimando-se que mais de 16 mil pessoas estejam em terapias de substituição da função renal (Macário et al., 2018). Uma das possíveis abordagens terapêuticas é a diálise peritoneal.

Progressivamente, os sistemas de tecnologia de informação e comunicação ingressam no quotidiano dos utilizadores. A disponibilidade de múltiplas interfaces multimídia favorece o desenvolvimento e o ajustamento de soluções em tecnologia de informação e comunicação destinadas a todos os aspetos da sociedade, incluindo a área de saúde (Santos, 2019).

Para enfrentar os desafios do avanço adaptativo e contínuo das tecnologias de informação e comunicação nesta matéria, algumas questões tornam-se relevantes para a implementação bem-sucedida de soluções de cuidados de saúde fundamentadas em tecnologia digital. À luz do envelhecimento das sociedades que enfrentam a proximidade da vigilância on-line permanente, diferentes requisitos e expectativas dos usuários finais devem ser considerados pelas partes interessadas, envolvendo o grau de inovação dos aplicativos, conveniência, qualidade das informações de saúde, educação e inclusão digital da pessoa, aceitação e aderência, assim como segurança e privacidade dos dados.

Ao conhecermos e interpretarmos o fenómeno da realização de diálise peritoneal, tal como é vivido, procuramos contribuir para uma melhor compreensão da complexidade deste período de vida, a prática profissional dos enfermeiros e, o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem (Tavares, Maria A (2012)). Neste sentido, sugere-se a criação e implementação de um “protótipo” de (tele)monitorização que integre com a pessoa e família no processo de diálise peritoneal.

Palavras-Chave: Tecnologias de Informação e Comunicação; Diálise Peritoneal

ABSTRACT

This Internship Report, inserted in the Master's Course in Nursing in the Specialization Area of Medical-Surgical Nursing - Nephrology Nursing, intends to describe the path of acquisition and development of skills in the provision of care to the Person in Chronic Situation and their family, in a context internship at the Peritoneal Dialysis Unit, Hemodialysis Unit and Nephrology Internment.

Chronic Kidney disease has been increasing progressively in our country and about sixteen thousand people are on dialysis or transplanted (Macário et al, 2018). One of the therapeutics approaches is peritoneal dialysis.

Progressively, Information and Communication Technology systems enter the daily life of users. The availability of multiple multimedia interfaces favors the development and adjustment of Information and Communication Technology solutions aimed at all aspects of society, including health (Santos, 2019).

To address the challenges of adaptive and continuous Information and Communication Technology advancement in this area, some issues become relevant to the successful implementation of Information and Communication Technology-based healthcare solutions. Considering the ageing of societies facing the proximity of permanent online surveillance, different requirements and expectations of end users should be considered by stakeholders, involving the degree of application innovation, convenience, quality of health information, education and inclusion digital patient acceptance and adherence, as well as data security and privacy.

Understanding how patients perceive peritoneal dialysis treatment allow us to be aware of the complexity of this stage in live, as well as contribute professionally to the development of scientific knowledge in nursing. Therefore, the implementation of a pre-dialysis nursing consultation to integrate the patient and family in the peritoneal dialysis process would be advisable (Tavares, Maria A (2012)). In this sense, the creation and implementation of a telemonitoring “prototype” that interacts with the person and family in the peritoneal dialysis process is suggested.

Keywords: Information and Communication Technology; Peritoneal Dialysis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. QUADRO CONCEPTUAL	19
1.1. Doença Renal Crónica	19
1.2. Diálise Peritoneal	20
1.2.1. As Tecnologias de Informação e Comunicação – Diálise Peritoneal.....	25
1.2.2. As Tecnologias de Informação e Comunicação e a Doença Renal Crónica durante a pandemia Coronavírus Infectious Disease.....	29
1.3. Perspetiva de Enfermagem.....	34
1.4. Competências do Enfermeiro Especialista em Nefrologia	37
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	39
2.1. Estágio em Unidade de Diálise Peritoneal e Estágio Opção	39
2.1.1. Análise de Objetivos e Atividades	40
2.2. Estágio na Unidade de Hemodiálise	48
2.2.1. Análise de Objetivos e Atividades	48
2.3. Estágio em Serviço de Internamento de Nefrologia.....	53
2.3.1. Análise de Objetivos e Atividades	53
3. ESTUDO SOBRE “TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM DIÁLISE PERITONEAL: UMA REVISÃO SCOPING”	59
3.1. Título da Revisão Scoping	59
3.2. Introdução.....	59
3.3. Métodos	61
3.3.1. Estratégias de Pesquisa.....	62
3.4. Extração dos Dados.....	64
3.5. Resultados	65
3.6.1. Limitações dos Estudos.....	68
3.7. Conclusões	69
3.7.1. Implicações para a Investigação	69
3.7.2. Implicações para a Prática	69
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio e respectivas competências e atividades propostos pela estudante para desenvolvimento durante os estágios

APÊNDICE II – Caracterização dos Locais de Estágio, Equipas de Enfermagem e Populações Alvo

APÊNDICE III – Cartão do Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal

APÊNDICE IV – Uniformização de Procedimentos de Enfermagem em Diálise Peritoneal

APÊNDICE V – O Papel da Enfermeira de Referência na Unidade de Diálise Peritoneal

APÊNDICE VI – Doente Renal Crónico: uma realidade emergente

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prognóstico de Insuficiência renal crónica por GFR e categorias de albuminúria.....	19
Figura 2. Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.....	36
Figura 3. Instrumento de extração de dados.....	64
Figura 4. Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção do Estudo.....	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Plataformas digitais.....	30
Tabela 2. Procedimentos realizados durante o estágio os dois estágios.....	48
Tabela 3. Procedimentos realizados durante o estágio.....	52
Tabela 4. Procedimentos realizados durante o estágio.....	58
Tabela 5. Conceitos Naturais e Conceitos Indexados de cada Base de Dados.....	63
Tabela 6. <i>CINAHL</i> – pesquisa realizada a 28 de julho de 2021.....	63
Tabela 7. <i>MEDLINE</i> – pesquisa realizada a 28 de julho de 2021.....	63

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem Nefrológica (CMEEMCN), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, é elaborado o presente trabalho.

A enfermagem, enquanto disciplina científica do conhecimento, é fundamentada na sua atividade por um processo de reflexão, pela confluência entre a componente teórica e a componente clínica (Oliveira, 2020). Os enfermeiros produzem novo conhecimento teórico a partir da prática clínica, denotando-se, deste modo, a inseparabilidade entre a teoria e a prática. As práticas são dinâmicas e a reflexão sobre elas transforma-as, pelo significado que dá às perceções, aos juízos e aos modelos de ação. Ao intervirem na prática de cuidados, os enfermeiros implementam ou recriam procedimentos, técnicas, instrumentos, pois formulam hipóteses que validam e testam nos contextos da prática clínica e na relação com a pessoa (Oliveira, 2020).

A especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica elegeu-se, para mim, como uma estratégia para a aquisição de níveis elevados de conhecimento, competências e habilidades, visando o pensamento crítico e a tomada de decisão, sempre com o objetivo de melhorar e humanizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença crónica.

Perante a emergência de um exercício profissional cada vez mais imprevisível, complexo e diferenciado que catapulta a enfermagem avançada, à época atual, para o vanguardismo da prestação de cuidados, este projeto norteia-se pelo Modelo de Dreyfus e Dreyfus de aquisição de competências, enquadrando o enfermeiro na sua escada ascendente de construção, de iniciado a perito (Benner, 2001).

Com o intuito de complementar a minha formação inicial e na prossecução constante e indissociável do meu desenvolvimento pessoal e profissional, assumo a ambição de ingressar no presente CMEEMCN e a proposta de redigir um projeto intitulado “Tecnologias de Informação e Comunicação no Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal: Intervenções de Enfermagem”, que deriva do meu agrado pessoal e curiosidade intelectual na explanação do tema, bem como do reconhecimento de lacunas na intervenção junto da Pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em Diálise Peritoneal (DP) que o meu próprio contexto profissional imprime.

A necessidade de encontrar soluções de modo oferecer cuidados de saúde onde haja uma boa gestão de doenças crónicas, aplicando os recursos existentes para o setor da saúde de forma eficaz, é crescente e acredita-se que passa pela telemonitorização, a qual está em franca evolução e faz já parte dos sistemas de saúde. Contudo, no futuro, a telemonitorização pode tornar-se fundamental no acompanhamento da pessoa com doença crónica.

Na área da enfermagem os avanços tecnológicos têm influenciado os processos de trabalho transformando os mais diversos contextos profissionais (Lumini, Freire, Martins, Martins, & Peres, 2015).

Deste modo, como objetivos gerais para este projeto defini:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em contexto de Serviço de Internamento de Nefrologia, Unidade de Hemodiálise e Unidade Diálise Peritoneal (UDP);
- Aperfeiçoar competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal.

Este trabalho estrutura-se em três capítulos. No primeiro será aclarado o conceito de Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Diálise Peritoneal (PDRCT - DP). Após este enquadramento, o percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica (PDRC), bem com as estratégias e recursos utilizados para a sua operacionalização serão ilustrados, no capítulo segundo, mediante a descrição detalhada e a leitura crítica e reflexiva das atividades realizadas, das quais se efetuou um registo de algumas práticas clínicas, estas apresentadas em Estágio em contexto de internamento Nefrologia, Unidade Hemodiálise e UDP, respetivamente. O terceiro fará referência à revisão de *scoping*: Quais as tecnologias de informação e comunicação utilizadas na diálise peritoneal? Serão também apresentadas as considerações finais, relatando uma síntese das competências adquiridas, identificados os contributos deste trabalho para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como as suas implicações para o avanço da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

A redação deste trabalho baseou-se nas normas para realização de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e seguiu as normas APA de referência.

1. QUADRO CONCEPTUAL

1.1. Doença Renal Crónica

Ao definir a Doença Renal Crónica, a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO), que, através de diretrizes clínicas, busca orientar profissionais de saúde acerca das doenças renais, aponta que a doença renal crónica é definida como “a presença de alterações estruturais ou da função dos rins, por um período maior que 3 meses, e com implicações na saúde do indivíduo” (KDIGO, 2013, p. 19). Ainda de acordo com esta mesma organização, a doença renal crónica pode ser classificada tendo em conta a sua etiologia, a taxa de filtração glomerular (TFG) e a albuminúria, como se encontra evidenciado na Figura 1 (KDIGO, 2013).

Figura 1. Prognóstico de Insuficiência renal crónica por GFR e categorias de albuminúria

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Green	Yellow	Orange
	G2	Mildly decreased	60-89	Green	Yellow	Orange
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	Yellow	Orange	Red
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	Orange	Red	Red
	G4	Severely decreased	15-29	Red	Red	Red
	G5	Kidney failure	<15	Red	Red	Red

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

Fonte: KDIGO (2013, pág.3)

O aumento da doença renal é transversal a todas as sociedades mundiais. A crescente preocupação na sua deteção precoce juntou entidades internacionais para a elaboração das *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* [KDOQI] (2002). As *international guidelines*, caracterizam a DRC em 5 estádios, e a partir do estágio 4 recomendam que se inicie a preparação da pessoa para o tratamento substituição da função renal (TSFR).

O aumento da incidência é um fenómeno complexo e multifatorial, em parte, está associado ao envelhecimento da população. Segundo, Arduan e Riviera (2006) o tratamento de substituição da função renal no contexto da DRC em estado avançado engloba a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal.

Portugal tem apresentado um crescimento anual de pessoas com DRC em estadio terminal sob TSFR superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando a maior incidência e prevalência de DRC. Macário (2018), refere que a hemodiálise (HD) manteve-se como a técnica mais utilizada (58,9%), seguindo-se o transplante renal (TR) (37,3%) e a DP (3,8%).

A ocorrência da doença crónica nomeadamente a doença renal crónica terminal (DRCT), em que a pessoa está iminente de iniciar diálise, tem o direito de receber informação sobre a sua doença e os tratamentos disponíveis para que, as suas características clínicas, sociais e psicológicas possam participar conjuntamente com a equipa na escolha da sua modalidade de tratamento. Na maioria dos casos, esta ocorrência tem impacto na vida da pessoa e da sua família de uma forma global, precipitando, em muitos casos, uma situação de rotura com a organização pessoal, profissional, familiar e social anterior com o processo de transição e de adaptação à doença e às limitações a ela associadas.

Em Portugal, a Norma 017/2011 (atualizada em 2012) da Direção Geral de Saúde, esclarece o tratamento de substituição da função renal devem ser integrados, ou seja, devem ser incluídas as técnicas de diálise (Hemodiálise e Diálise Peritoneal), o tratamento médico conservador (TMC), potencializando o transplante renal se a pessoa for uma candidata. A DRC como as outras doenças crónicas necessitam de acompanhamento multidisciplinar de longa duração, frequentemente associado a tratamentos de substituição da função renal e ao uso de medicamentos, ou cuidados de suporte e paliativos. Tudo isto remete-nos para a necessidade da promoção de cuidados integrados, diferenciados e promotores da qualidade de vida da pessoa/família com DRCT.

1.2. Diálise Peritoneal

A primeira descrição da membrana peritoneal, conforme referem Oreopoulos, Ossareh & Thodis (2009), remonta ao ano 1500 a.C. – Papiro de Ebers. A DP surgiu no século XVIII, quando foi realizada a “lavagem peritoneal” pelo reverendo Stephen

Hales. O século seguinte foi de aprofundado estudo sobre o peritoneu e as suas características, sendo que Ganter, em 1923, utilizou pela primeira vez a DP como procedimento terapêutico.

Passo a citar alguns marcos importantes na DP, de acordo com Oreopoulos, Ossareh & Thodis (2009):

- O uso da DP como técnica de manutenção de vida em 1960, por Scribner;
- O desenvolvimento dos cateteres peritoneais permanentes, com Palmer em 1962 e Tenckhoff em 1964;
- O aparecimento das máquinas de DP automáticas, com Lasker em 1971;
- Em 1976 Moncrief e Popovich descreveram um método contínuo de diálise, realizado 3 a 4 vezes por dia, que utilizava um cateter permanente e lavagem da cavidade peritoneal; demonstraram também, através de cálculos matemáticos, que este tratamento permitia uma “dose de diálise adequada”;
- O uso de bolsas para o líquido em plástico flexível, que se adaptavam ao cateter diminuindo as conexões, por Dimitrios Oreopoulos;
- A criação do sistema em Y “flush before fill”, por Umberto Buoncristiani;
- Em 1981 Diaz-Buxo propôs a DP cíclica, ou seja, o doente é dialisado durante a noite, através de uma cicladora;
- Em Portugal: início da DP em 1981 no Hospital Santa Cruz (HSC), numa criança de 6 anos.

Estes desenvolvimentos tornaram a DP um tratamento de primeira linha para a diálise domiciliária. A DP é uma técnica que utiliza o peritoneu como membrana dialítica e a sua capacidade para que, após um período de permanência, ocorram as trocas de água e solutos entre o sangue e a solução de diálise (Heras, 2006; Marques, 2011).

Esta técnica assenta em três princípios básicos: estrutura anatomo-funcional da membrana peritoneal; características físico-químicas da solução de diálise peritoneal e utilização de um cateter.

A membrana peritoneal é uma macro-membrana biológica, constituída por diversas “camadas”:

- ✓ Cavidade peritoneal - espaço entre o peritoneu visceral e parietal;
- ✓ Membrana peritoneal – membrana serosa que se comporta como semipermeável (permite a passagem de água e solutos consoante o seu tamanho). Tem uma superfície de 1 a 2 metros quadrados e reveste a

superfície das vísceras abdominais (peritoneu visceral) e a superfície interna da parede abdominal (peritoneu parietal);

- ✓ **Interstício** - zona laxa que se encontra debaixo do mesotélio e rodeia os capilares;
- ✓ **Vascularização** - o peritoneu visceral é irrigado pela artéria mesentérica superior e o retorno venoso é efetuado pela circulação portal. Quanto ao peritoneu parietal é irrigado pelas artérias lombares, intercostais e epigástricas. O retorno venoso é efetuado através da veia cava. A microcirculação é formada pelas células endoteliais das arteríolas e capilares. Estas células formam uma camada que constitui o endotélio, que é permeável a substâncias lipossolúveis. Provou-se também a existência de canais transcelulares específicos para a passagem da água - Aquaporinas. O endotélio é formado por três tipos diferentes de poros que possibilitam a passagem de diferentes moléculas segundo o seu diâmetro.

Segundo Banasco, Utiel, Barrio & Canada (2006), para ocorrer DP, têm de estar envolvidos três mecanismos de transporte de soluções:

✓ **Osmose**

- Deslocação de solutos de um compartimento de maior concentração para um compartimento de menor concentração, através de uma membrana semipermeável;
- Em DP, a remoção da água, designada por Ultrafiltração (UF), é conseguida através da osmose;
- As soluções de DP são osmoticamente ativas.

✓ **Difusão**

- Deslocação de solutos de um compartimento de maior concentração para um compartimento de menor concentração, até ao equilíbrio;
- As moléculas mais pequenas (ureia, creatinina) deslocam-se mais depressa do que as moléculas grandes (proteínas);
- Para a ureia e creatinina, o equilíbrio é geralmente atingido após 4-6 horas.

✓ **Convecção**

- Transporte de solutos, por “arrastamento”, durante a deslocação de água.

Nos três mecanismos pode ocorrer absorção de fluídos, devido à via sistema linfático, aproximadamente 1.0-2.0 ml/min e pode comprometer a remoção de fluídos

e de solutos. A solução de diálise peritoneal é composta por: água; eletrólitos; solução tampão; agente osmótico. As concentrações dos eletrólitos variam muito pouco entre as diferentes soluções de diálise. Alguns têm valores semelhantes aos séricos, tais como o sódio e os cloretos, o que possibilita o seu equilíbrio; em relação ao potássio e ao magnésio promove a perda de ambos; relativamente ao cálcio, pode ter concentrações variáveis, permitindo adequar o tratamento à situação clínica de cada doente.

O latato é o mais utilizado nas soluções de diálise peritoneal. Recentemente, surgem as soluções tampão de latato combinado com bicarbonato ou somente bicarbonato. O bicarbonato precipita quando em contato com o cálcio e magnésio pelo que as bolsas são bicompartimentadas. Existem vários tipos de agente osmótico:

- O mais antigo, e que continua a ser largamente utilizado é a **Glicose**, pois permite de forma eficaz e económica atingir as diferenças de gradiente e UF eficazes; no entanto, devido à formação de produtos da degradação da glicose (GDP), são responsáveis por alterações na membrana (espessamento, fibrose) cujo efeito será mais acentuado quanto maior for a concentração nas bolsas de diálise.
- A **Icodextrina** é um polímero da glicose, que se caracteriza por ter moléculas de grandes dimensões; estas moléculas não passam nos poros da membrana peritoneal, o que possibilita uma UF mantida por longos períodos, ou seja, é uma solução que deve ser utilizada em permanências longas ou quando há falência de UF.
- A solução de **Aminoácidos** tem a vantagem de ser isenta de glicose, utilizando como agente osmótico um conjunto de aminoácidos, com um poder de ultrafiltração semelhante à solução de menor concentração de glicose. No entanto, nunca se demonstrou que houvesse benefício no seu uso como suplemento alimentar. Dado o risco de induzir acidose metabólica só se deve usar numa troca.

As modalidades de tratamento da DP podem ser: Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), em que os ciclos são realizados manualmente, 3 a 4 vezes por dia e a pessoa permanece com líquido no peritoneu durante as 24 horas do dia e Diálise Peritoneal Automática (DPA), segundo Peterson & Lennerling (2017), subdivide-se em:

- ⇒ **Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC):** frequentemente realizada durante o sono; permite grande flexibilidade na prescrição, sem comprometer o dia-a-dia do doente; maior tolerância a volumes elevados por se encontrar deitado e dia “molhado”.
- ⇒ **Diálise Peritoneal Noturna Intermitente (DPNI):** idêntica à DPCC, mas com dia “seco”; realizada quando não é necessária troca de longa duração (doentes com boa diurese residual) ou quando está contraindicado/desaconselhado permanecer com solução dialisante na cavidade peritoneal durante o dia.
- ⇒ **Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):** realizada não diariamente (por exemplo, 3 vezes por semana), ficando a cavidade peritoneal vazia entre tratamentos; remoção de solutos reduzida e modalidade pouco usada.
- ⇒ **Tidal:** é mantido um volume residual durante o tratamento (drena-se uma percentagem do volume infundido), possibilita controlar a dor associada ao final da drenagem e permite otimizar o tempo de drenagens, bem como reduzir a ocorrência de alarmes associados a fluxo lento.
- ⇒ **DP Plus:** além do tratamento automático durante a noite, são realizadas trocas manuais durante o dia; modalidade indicada quando as anteriores se tornam ineficazes, por exemplo, doentes anúricos ou há vários anos em DP.

O acesso de DP ideal, é aquele que permite um fluxo rápido e adequado da solução de DP, é biocompatível, é resistente às bactérias, permite o bom funcionamento da parede abdominal, apresenta requisitos mínimos de manutenção e é esteticamente aceitável. Consiste num tubo de *silastic*, com múltiplas perfurações na extremidade distal interna (que permitem o livre trânsito de fluidos), com uma linha radio opaca de bário em toda a sua extensão (que possibilita a sua visualização em Raio X) e por um ou dois *cuffs* de *dacron*, que provocam a fibrose de tecidos em seu redor, fixando-o, e prevenindo a progressão de processos infecciosos.

Existem vários tipos de cateter: retos, em pescoço de cisne, com anilhas na sua terminação, entre outros. O mais conhecido é o cateter de Tenckhoff que não é mais do que um cateter maleável em silicone com dois *cuffs* de *dacron* (Ash & Daugirdas, 2003).

No que se refere ao perfil da pessoa para optar por diálise peritoneal, é aquela que tenha autonomia e principalmente a noção de higiene e limpeza. Há um perfil básico da pessoa com maior probabilidade de sucesso em DP, no qual se

inclui a capacidade de compreender os conceitos básicos da técnica, disciplina para executar tarefas em horários rígidos e de maneira automatizada, executar as trocas de bolsas pessoalmente, família participativa, condições domiciliares mínimas, facilidade de comunicação e locomoção para a sua vida no dia-a-dia.

Com o avanço tecnológico, os tratamentos de substituição da função renal tendem garantir um aumento significativo da qualidade e esperança de vida dos doentes renais. Assim sendo, as UDP devem garantir à pessoa, família e/ou cuidador um programa bem estruturado que permita o ensino, a instrução e o treino da pessoa, garantindo a qualidade, segurança e principalmente autonomia dos cuidados.

1.2.1. As Tecnologias de Informação e Comunicação – Diálise Peritoneal

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem ser definidas como o grupo de processos cognitivos (*software*) e materiais (*hardware*) fundamentais para captar, processar, armazenar e emitir uma informação (Santos, 2019).

As TIC permitem potenciar o desenvolvimento dos processos e da gestão das organizações, uma vez que têm sido um dos maiores impulsionadores das mudanças necessárias nos processos organizacionais, permitindo que as tecnologias utilizadas sejam eficazes num novo ambiente, reestruturado para um diferente modo de atuação (Santos, 2019).

As TIC estão presentes nas mais diferentes áreas de conhecimento e serviços, sendo pouco provável depararmo-nos com um domínio ainda intangível e inalterado pela evolução das TIC, uma vez que estas transformaram os modelos tradicionais, fazendo com que estes deixassem de ser uma necessidade absoluta e, por exemplo, já ser possível existirem equipas que operam com elementos geograficamente dispersos sem que nunca tenham se conhecido pessoalmente (Santos, 2019).

Na área da saúde a informação é crucial para o processo de tomada de decisão e para a gestão dos serviços, e seu acesso é fundamental para o planeamento, funcionamento e supervisão das unidades de saúde (Santos, 2019).

Nos últimos anos, a tecnologia tem desempenhado papel fundamental na área da saúde para interpretação de exames, distribuição de escalas de trabalho,

prescrição de saúde e elaboração de relatórios de resultados de exames e/ou procedimentos médicos (Santos, 2019).

De entre as organizações de saúde, os hospitais destacam-se por apresentarem modelos de gestão que, além de darem resposta aos altos custos e cobertura dos serviços e às expectativas dos clientes, também possibilitam a incorporação de novas tecnologias (Santos, 2019).

Santos (2019) aponta para a relevância dessa incorporação e utilização gradativa das tecnologias de informação pelos hospitais, na perspectiva de socializar e democratizar a informação; e também como oportunidade de implementar os sistemas de informação hospitalar, proporcionando auxílio na gestão e organização dos serviços de saúde e na produção de informações fiáveis e acessíveis.

Apesar de se encontrar facilmente diferentes tipos de tecnologias nas instituições hospitalares, muitas vezes, os softwares utilizados são bastante complexos, de alto custo e possuem um processo moroso de desenvolvimento e implementação, tornando imprescindível o posicionamento estratégico das organizações de saúde para gerir os recursos tecnológicos, bem como, para a implementação de uma ferramenta que proporcione os resultados esperados (Pinochet et al., 2014). Assim sendo, faz-se necessário oferecer suporte adequado aos profissionais de saúde no decorrer da implementação de um sistema, pois a percepção da utilidade e da facilidade na utilização pelos mesmos têm forte relação com os resultados positivos da sua utilização.

Por outro lado, um dos fatores que contribui para a adoção e uso de uma inovação está relacionado com as características percebidas pelos próprios utilizadores. A diminuição da resistência à mudança e o aumento da percepção da sua utilidade, impulsionam a aceitação da implementação de novos sistemas, por parte dos profissionais (Perez & Zwicker, 2010).

A gestão da informação em saúde é um desafio constante, proporcionando o crescimento para o mercado de TIC, onde o desafio é reconhecer as necessidades das organizações de saúde e, através de recursos tecnológicos, melhorar a qualidade dos serviços prestados (Pinochet et al., 2014).

Na área de saúde existem múltiplas ferramentas utilizadas, que contemplam sistemas de gestão de informação, sistemas de automatização e sistemas de apoio a diagnósticos (Perez & Zwicker, 2010). Na enfermagem, por exemplo, a informática e o Sistemas Informatizado (SI) apoiam a prática clínica, a investigação, o ensino, o

cuidado e o desenvolvimento como profissão (Barra, Sasso, Martins & Barbosa, 2012).

Na enfermagem, a internet é o recurso mais utilizado, permitindo o acesso à informação mais atualizada de forma remota e constituindo-se como um auxílio promotor de uma intervenção de enfermagem focada num referencial de cuidados holísticos, onde “o cuidado é visto como um todo, a informação integrada, existindo um equilíbrio entre as regras e valores” (Ferreira, 2015, p.61).

Alguns autores apontam para os desafios clínicos que os enfermeiros enfrentam, acrescidos da responsabilidade da integração das inovações tecnológicas, como um aumento da complexidade do trabalho de enfermagem, uma vez que estas tecnologias demandam integração correta, segura e sólida, para que proporcionem redução da carga de trabalho, aumento da qualidade do cuidado e redução dos erros clínicos (Barra et al., 2012).

Para Santos (2019), o avanço das TIC e seu uso na prática de enfermagem e nos sistemas de saúde permitiram uma prática mais efetiva, eficiente e segura. Entretanto, os autores salientam a importância das competências relacionadas com a informática e gestão da informação que devem ser adquiridas pelos enfermeiros. A relação entre a educação e a informática na enfermagem é um fenómeno social que modifica a vida dos indivíduos e das populações e transforma a interpretação de problemas, desde que utilizados de forma coerente e a fim de atingir os objetivos da profissão (Barra et al., 2012).

A evolução das tecnologias permite o desenvolvimento do conhecimento e novas formas de relação com o mercado de trabalho, proporcionando benefícios operacionais e estratégicos. Sendo indispensável a adequação das tecnologias disponíveis para desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde e para melhoria da qualidade na formação dos recursos humanos (Prado et al., 2009).

A participação dos profissionais e da população faz parte dos princípios em que está baseado o Sistema Informatizado de Saúde (SIS), Montenegro, Brito, Cavalcante, Caram & Cunha (2013) dão ênfase à importância da colaboração dos profissionais de saúde para se implantar um SI e permitir a adesão das novas tecnologias e consequente manejo das bases de dados contribuindo para a criação de informação. Entretanto, os mesmos autores ainda apontam como fatores dificultadores da produção de indicadores o despreparo dos profissionais no manejo das tecnologias, fator que contribui para a construção de dados desatualizados e registos desnecessários.

A participação dos gestores e outros profissionais na criação de um sistema contribui para a sua implementação de forma efetiva (Santos, 2019).

Para Cavalcante, Silva e Ferreira (2011) os SIS são instrumentos que produzem informações que direcionam a tomada de decisão, e contribuem para o planejamento de ações em saúde. E, para Pinto (2000), os SIS são aqueles utilizados para colher, processar, analisar e transmitir as informações necessárias para o funcionamento dos serviços de saúde.

Entre os sistemas de informação para a enfermagem existe uma ferramenta ainda bastante utilizada: o Sistema de Apoio à Prática Clínica (SAPE), que, apesar de apresentar fragilidades face à proteção de dados do cliente, já foi utilizado na maioria das instituições de saúde (Ferreira, 2015).

A capacitação dos profissionais face à utilização de um SIS acontece muitas vezes de maneira informal, quando um funcionário passa para o outro o conhecimento adquirido na inexistência de um processo de capacitação formal (Montenegro et al., 2013).

As técnicas de ensino à distância, como por exemplo o *e-learning*, o chat e a videoconferência, possibilitam e promovem a aprendizagem contínua dos enfermeiros, a qual deve conter conteúdos relativos à utilização das TIC (Santos, 2019).

As instituições hospitalares, em sua maioria, apresentam características e valores tradicionais que podem revelar resistência e uma cultura da organização que influencia a utilização de tecnologias e se reflete nas práticas e processos de trabalho (Montenegro et al., 2013).

No seu estudo, Montenegro et al. (2013), também apontam para alguns fatores positivos da utilização do SIS, como integrar serviços e agilizar informações; sendo o rápido acesso e aplicação das informações fatores salientados pelos participantes.

De entre outras vantagens da implementação das TIC nos serviços de saúde, Ferreira (2015) destaca a distribuição e uso da informação, e também a importância destas na gestão dos cuidados e dos serviços, devendo contribuir para a produção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados autónomos do enfermeiro e os ganhos em saúde dos clientes a quem são prestados esses cuidados.

Para transformar esta informação, de forma facilitada, em dados que forneçam subsídios para o planejamento de ações em saúde e permitam avaliar e acompanhar diferentes aspetos do cuidar, nomeadamente os indicadores de saúde,

é preciso que o enfermeiro gestor aceda através das TIC aos dados da informação (Ferreira, 2015).

Para os clientes com DRC em DPA existe um sistema inovador que lhes permite a ligação remota aos profissionais de saúde, o tratamento é acompanhado no hospital/UDP. Este sistema de monitorização remota permite melhorar o atendimento ao cliente.

A monitorização remota possibilita uma autonomia que é muito valorizada pelo cliente. A eficácia do tratamento mantém-se e, para o cliente, representa a possibilidade de gerir o seu tempo e manter a sua qualidade de vida com segurança de que o tratamento está a ser seguido no hospital/UDP.

Este sistema de monitorização remota proporciona a redução da necessidade de visitas não planeadas ao hospital/UDP, diminui os custos relacionados com essas deslocações, com impacto positivo na qualidade de vida do cliente. Permite um acompanhamento mais proactivo por parte dos profissionais de saúde, uma deteção mais rápida de problemas associados ao tratamento, uma monitorização mais próxima e diária, bem como uma maior disponibilidade para suporte adequado. Esta implementação, traduz-se numa poupança tanto para o cliente como para o hospital/UDP.

A massificação da utilização de dispositivos e sistemas de monitorização aplicados a DPCA será uma realidade num futuro próximo, sem esquecer que até esta premissa se tornar real algumas lacunas terão de ser ultrapassadas como a criação de programas de interoperabilidade entre sistemas de apoio à saúde.

Sendo que, o desenvolvimento, aplicação e adequação das tecnologias deve acontecer de forma criteriosa e consciente, por profissionais participativos em busca de melhorias na qualidade dos cuidados e promoção de saúde (Lumini, et al., 2015).

1.2.2. As Tecnologias de Informação e Comunicação e a Doença Renal Crónica durante a pandemia *Coronavírus Infectious Disease*

O objetivo neste excerto é perceber até que ponto as TICs contribuíram para a forma como as autoridades de saúde e os governos lidaram e controlam a situação de epidemia do vírus *coronavirus infectious disease* (Covid-19), que é doravante usada e que está a afetar o mundo inteiro. Pretende-se também identificar quais as aplicações mais relevantes desenvolvidas durante este último ano.

Em Portugal a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem seguido, desde o primeiro momento, o desenvolvimento do surto por Covid-19. Desde o início da pandemia o dispositivo de Saúde Pública do País foi ativado, com monitorização e vigilância epidemiológica, gestão e comunicação de risco, habituais nestas circunstâncias.

O papel da DGS tem sido importante no controlo e acompanhamento desta epidemia e no seu relatório diário de situação, disponível no site do Ministério da Saúde, faz o ponto de situação. Tem o objetivo de avaliar até que ponto a digitalização tem contribuído para o acompanhamento e o controlo da epidemia, descreve-se seguidamente algumas aplicações que foram desenvolvidas e que têm sido disponibilizadas durante este período, desde o início da pandemia.

Devido à epidemia têm surgido imensas plataformas digitais. Destacam-se algumas delas na seguinte Tabela 1:

Tabela 1. Plataformas digitais

PIXEL: Teste caseiro para o Covid-19	O laboratório americano LabCorp desenvolveu um kit que permite a recolha de amostras em casa para diagnóstico da Covid-19. Os resultados são disponibilizados online, indicando se o paciente está ou não infetado com o vírus.
NOVID 16: Rastreio de contágio da Covid-19	A Novid 16 é uma aplicação da Universidade de Carnegie Mellon que ajuda a avaliar o risco de infeção de Covid-19, e de uso em dispositivos moveis, com um sistema de rastreio da Covid-19 que recorre Bluetooth e a ultrassons emitidos pelos smartphones para calcular de forma exata a que distância se encontram e, assim, perceber se há possibilidade de contágio.
KNOK: Serviço online consultas médicas	É uma aplicação portuguesa que permite chamar um médico a casa ou ser consultado por videochamada, a qualquer hora. A app disponibiliza consultas de várias especialidades, como medicina geral e familiar, medicina interna e pediatria. A marcação da consulta é feita através de um chatbot e se houver disponibilidade do médico pode ser realizada imediatamente ou agendada para uma data específica. A base da aplicação é um mapa que mostra os médicos que se encontram mais próximos. Ao clicar sobre a foto do médico, que aparece no mapa, é possível visualizar a especialidade, os anos de experiência profissional, o rating baseado nas avaliações de outros pacientes e também o preço da consulta.

Os utilizadores podem acompanhar em tempo real a deslocação do médico e ver o tempo estimado para a chegada.

Depois da consulta, se for o caso, a receita para medicamentos é disponibilizada em formato digital, podendo também ser enviada por email ou por SMS.

Após o anúncio da epidemia pelas autoridades competentes, surgiram três aplicações todas gratuitas, desenvolvidas em Portugal e para os portugueses. Todas com o objetivo comum de ajudar o cidadão nesta pandemia chamada Covid-19. São designadas por TodosPorUm, Covidografia e CovidApp. Descrevem-se a seguir:

- ◇ **TODOSPORUM** – Esta app na qual médicos e enfermeiros ajudam quem tem sintomas. É uma aplicação desenvolvida pela Lusíadas Saúde e a Outsystems para clientes, médicos e enfermeiros em momento de pandemia. A app permite avaliar sintomas suspeitos de Covid-19 e colocar os clientes em contacto direto via chat com um médico ou enfermeiro, que após avaliação do caso, dá orientações clínicas ou recomenda ao cliente que contacte a Saúde 24 ou se desloque a uma unidade de saúde. A TodosporUm possibilita que os clientes introduzam os seus dados de forma a receberem conselhos de acordo com os sintomas e os profissionais de saúde a terem o histórico clínico e sintomas do cliente.
- ◇ **COVIDOGRAFIA** – App que ajuda a monitorizar sintomas da covid-19. O desenvolvimento desta app começou com o movimento Tech4Covid1918, uma comunidade tecnológica composta por mais de 5000 pessoas: engenheiros, cientistas, designers, *marketeers*, profissionais de saúde, entre muitas outras especialidades, que se juntaram para o combate da Covid-9. Logo depois de angariar quase 60 mil máscaras e dois mil óculos de proteção para profissionais de saúde, este movimento anunciou uma nova iniciativa para ajudar a população no controlo do surto da Covid-19. Com o nome Covidografia, a nova iniciativa é uma app que, de acordo com o site oficial do serviço “permite aos utilizadores da aplicação acompanhar, em tempo real, o impacto da pandemia na zona onde se encontram”.

É possível entrar na app através da conta do Facebook e, depois de introduzir o ano de nascimento e código postal, o utilizador poderá indicar se sentiu alguns sintomas nos últimos dias (estando disponível a hipótese “sem sintomas”). Uma vez respondido um pequeno questionário, poderá ter acesso ao panorama da infeção na

sua área de residência, nomeadamente os utilizadores sem sintomas, casos suspeitos e ainda pessoas infetadas e recuperadas.

A qualquer altura poderá alterar o seu perfil na Covidografia, com os responsáveis pela iniciativa a garantir que a “informação será agregada e partilhada com as autoridades competentes” de modo a “tomarem as melhores decisões para o proteger e ajudar o país a recuperar do impacto desta pandemia”.

- ◇ **COVIDAPP19** – App criada por médicos e programadores portugueses para ajudar a combater o covid-19. Este desafio uniu médicos e informáticos na necessidade de monitorizar sintomas da Covid-19 em casa e ajudar os hospitais a distinguir casos de risco.

Uma empresa de desenvolvimento de plataformas web em Matosinhos, não têm tido mãos a medir com um único objetivo: ajudar na luta contra o surto do novo coronavírus. Para isso e fazendo uso da tecnologia criou a CovidApp, uma plataforma gratuita, que permite a cada pessoa monitorizar os sintomas em casa e, assim, ajudar o Serviço Nacional de Saúde na distinção dos casos de risco que precisem, efetivamente, de ir para um hospital.

A ideia começou com uma preocupação vinda da comunidade médica, a dificuldade em controlar a gestão e a afluência das pessoas que se dirigem aos serviços de urgência, pois não teriam como fazer a monitorização dos clientes. A partir daí nasceu o desafio. Para já, a plataforma está disponível apenas online e em processo de obter autorizações das entidades públicas. Depois de fazer o registo, o utilizador deve indicar algumas informações sobre a sua saúde, como a temperatura corporal, os ciclos respiratórios, o nível de tensão arterial, se tem diabetes ou outras patologias associadas e indicar ainda a data de início dos sintomas, se possui outros sintomas ou se o estado atual melhorou ou piorou relativamente à última submissão. Ao longo do dia, os utilizadores devem indicar mais do que uma vez a evolução destes componentes.

Para a avaliação se o utilizador estiver em risco, o algoritmo de inteligência artificial da CovidApp dirá qual a melhor forma de proceder em função do seu estado atual e permitirá aos profissionais de saúde socorrer os casos mais preocupantes. O utilizador recebe uma notificação para entrar em contacto com o serviço de saúde. Simultaneamente, a própria app irá alertar os serviços de saúde que aquela pessoa está em risco.

A CovidApp tem também um guia prático para os utilizadores saberem como agir nas várias situações. O próximo passo desta plataforma passa por conseguir

apoios institucionais para expandir a app para a Play Store (Android) e a AppStore (Apple).

A ZOOM Video Communications, embora esta app já existisse antes da epidemia é referida pela importância e contributo nesta fase. Foi desenvolvida por uma empresa norte-americana, de serviços de conferência remota, com sede em San Jose, Califórnia. Esta fornece um serviço de conferência remota "Zoom" que combina videoconferência, reuniões online, chat e colaboração móvel. Este tipo de aplicações veio permitir que milhões de pessoas pudessem ficar em casa em confinamento e continuar a trabalhar remotamente, dando aulas a estudantes, fazer reuniões com clientes, fornecedores e colegas de trabalho. O que de outra forma seria impossível acontecer.

O impacto é enorme e o mundo mudou, mas principalmente do ponto de vista económico e sanitário, e ainda não se consegue vislumbrar todas implicações globais, sabendo-se já, que o impacto imediato é dramático não obstante as tecnologias ao dispor, por força do desconhecimento do próprio vírus e ainda da (in)existência de uma vacina eficaz disponível para o mercado, muito embora já estejam a ser administradas.

A atual pandemia obrigou a uma total reformulação da sociedade em geral e, em especial, dos cuidados que concernem à área da saúde. Relativamente aos DRC, as preocupações foram: gestão e proteção, sobretudo ao cliente sob tratamento de substituição da função renal (TSFR).

A *International Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD) publicou medidas dirigidas a esta comunidade de forma a minimizar as deslocações aos cuidados de saúde, privilegiando ainda mais, a já amplamente instituída, telemedicina em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) com monitorização à distância. Incluindo as seguintes exceções: intercorrências infecciosas e o treino de "novos clientes".

Segundo a Comissão Europeia (abril, 2020), os princípios relativos às aplicações móveis de alerta e prevenção da COVID-19: garantir o respeito pelos direitos fundamentais e a prevenção da estigmatização; preferir medidas menos intrusivas mas eficazes, como dados de proximidade para evitar o tratamento de dados sobre a localização ou os movimentos de pessoas; usar tecnologias adequadas para estabelecer a proximidade dos dispositivos (por exemplo, *bluetooth* de baixo consumo de bateria e possibilidade de desligar); assegurar requisitos eficazes de cibersegurança; suprimir os dados pessoais após um período de 90 dias ou quando se declarar que a pandemia está sob controlo e usar dados de

proximidade anónimos em caso de infeção confirmada para alertar as pessoas que tenham estado em estreito contacto com a pessoa infetada.

Como curiosidade sobre esta temática, pode-se concluir que, a situação poderia ter sido, mais catastrófica, se não fosse o contributo das novas tecnologias digitais, aos diferentes níveis: na compreensão da epidemia e dos riscos associados, na divulgação por parte das autoridades sanitárias, nacionais e internacionais, dos procedimentos adequados e riscos associados, de higiene e comportamentos, nos pontos de situação e informação da evolução da pandemia no mundo inteiro.

Um aspeto positivo a extrair nesta pandemia, se é que assim se pode dizer, é que a epidemia desencadeou ondas de inovação, dando lugar ao desenvolvimento de novas iniciativas, de resposta muito rápida e eficaz. No domínio da digitalização acredito igualmente que em todas as indústrias/instituições, as novas formas de trabalhar remotamente, irão continuar a ser encaradas como alternativas de interesse, face aos modelos de trabalho tradicionais.

A permanente ligação e conexão da sociedade civil, médica e empresarial, através da utilização da internet, dos dispositivos móveis, está na ambiguidade deste novo ecossistema, cada vez de maior partilha e ligação.

1.3. Perspetiva de Enfermagem

O presente trabalho tem por base da teoria do autocuidado de Orem, a pessoa, a família/cuidador e o profissional identificam os problemas e definem as ações a serem estabelecidas, bem como a forma de intervenção. A participação da pessoa, cuidador e família na tomada de decisão constitui fator importante para o desenvolvimento da terapêutica, possibilita e incentiva a independência e autonomia do mesmo e seu compromisso com o tratamento (McEwen e Wills, 2011).

O autocuidado na DP pode ser estimulado por meio de orientações aos clientes e cuidadores. É necessário conhecer as necessidades e os déficits de autocuidado com base nas teorias e no esclarecimento do utente e cuidadores em DP com o propósito de auxiliar o enfermeiro nas intervenções de enfermagem e na promoção de ações educativas visando o desenvolvimento de competências e habilidades para o autocuidado e o cuidado de dependente.

Várias motivações impulsionaram Orem para a construção da sua teoria, dentre elas a autora destaca a necessidade de expressar o objeto próprio da enfermagem e estabelecer uma linguagem específica na prática, na pesquisa e na

educação para a enfermagem. Além disso, a necessidade de gerar enfermeiros com um estilo de pensar e de se comunicar envolvidos no desenvolvimento contínuo da estruturação e da validação do conhecimento da profissão (Orem, 2001).

Na visão de Orem (2001), o ser humano é um ser racional, diferenciado dos outros organismos vivos por sua capacidade de pensamento, reflexão, comunicação e habilidade para aprender e desenvolver-se. Através de sua aptidão em buscar e obter conhecimento, o indivíduo é capaz de criar situações que promovam seu bem-estar e o torna hábil para realizar ações para cuidar de si e dos outros. Na elaboração desse metaparadigma, a autora constatou que a capacidade de autocuidado não é instintiva, mas um comportamento aprendido (Orem, 2001).

Para Orem, o ambiente está centrado no conceito de sociedade. A família, os laços socioafetivos e os grupos sociais são formados por pessoas que se cooperam, com a finalidade de proporcionar a manutenção e promoção do desenvolvimento de cada indivíduo do grupo. Algumas pessoas agrupam tarefas e assumem responsabilidades para ajudar os outros membros do grupo quando estes experimentam privações. A enfermagem insere-se neste contexto colaborando na obtenção e na recuperação da saúde (Orem, 2001).

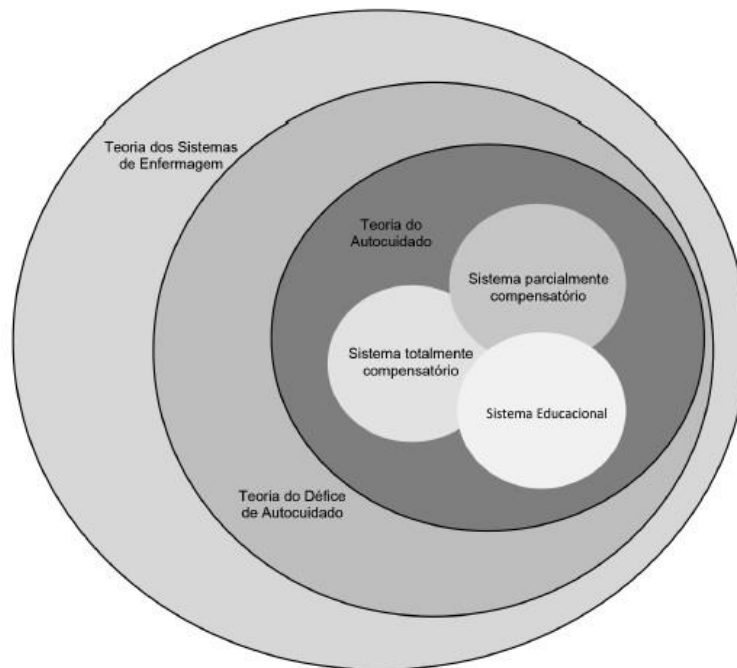
A conceção de saúde definida por Orem alinha-se à definição da Organização Mundial de Saúde que considera como sendo o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades. Significa integridade física, estrutural e funcional com vistas ao desenvolvimento progressivo e integrado do ser humano. Indo mais além, a autora expõe que cada indivíduo imprime o significado de saúde para si mesmo, o avalia constantemente e o modifica na medida em que se alteram as características humanas e biológicas da pessoa (Orem, 2001).

Sobre a enfermagem, Orem (2001) destaca ser uma profissão que desempenha assistência aos indivíduos segundo suas necessidades, em função da falta ou perda das capacidades e habilidades advindas de situações pessoais. Através da interação mútua, a enfermagem visa à manutenção e recuperação da saúde do indivíduo trabalhando em conjunto para o alcance da meta do autocuidado e do cuidado de dependente.

A Teoria Geral de Orem, designada como Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDACE), é formada pela inter-relação de quatro constructos teóricos: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado, Teoria dos Sistemas de Enfermagem e Teoria do Cuidado de Dependente. Para melhor entendimento, apresenta-se um diagrama adaptado da estrutura geral da teoria de Orem (Figura 2)

construído a partir de Orem (2001), Taylor et al., (2001) e Taylor e Renpenning (2011).

Figura 2. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem



Fonte: Adaptada de Orem (2001)

Orem (2001) identificou ainda, três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: o sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; o sistema de apoio-educação, quando o é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma tecnologia do cuidado que orienta a sequência do raciocínio clínico e melhora a qualidade do cuidado. Destaca-se como uma tecnologia do cuidado que orienta a sequência do raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de Enfermagem. É uma ferramenta que deve ser utilizada pelos enfermeiros, pois evidencia o desencadeamento dos pensamentos e juízos desenvolvidos durante a realização dos cuidados, integra, organiza e garante a continuidade das informações da equipe de enfermagem

permitindo avaliar a sua eficácia e efetividade e, modificá-la de acordo com os resultados na recuperação do cliente.

As TIC têm sido utilizadas como um caminho para apoiar o desenvolvimento do PE, pois permite integrá-lo em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado de Enfermagem.

As TIC podem promover a melhoria da qualidade do cuidado direto, dos resultados do cliente e dos cenários da prática, por meio da redução do tempo de documentação e registro clínico. Podem ainda propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio investigativo dos enfermeiros, promovendo a aproximação desses profissionais com os cuidados, favorecendo a discussão clínica entre os pares e a equipe multidisciplinar e fomentando a busca contínua de informações e evidências científicas.

Assim sendo, o Enfermeiro de Nefrologia deve reconhecer as medidas de autocuidado para a monitorização remota da pessoa com doença renal crônica em programa de DP, norteando, educando e habilitando o indivíduo para que este se torne num fenómeno de autocuidado terapêutico.

1.4. Competências do Enfermeiro Especialista em Nefrologia

A Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010) define o Especialista como:

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (página 8648).

As competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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 (OE, 2010).

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista da OE (2018), especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos

processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2018, p.1).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas segundo quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2018).

As competências do enfermeiro estão associadas aos saberes teóricos e práticos, ou seja, saberes e saberes-fazer. A teoria é um instrumento que prediz ou explica um fenómeno. O desenvolvimento de uma disciplina aplicada, como é a Enfermagem, consiste em desenvolver o conhecimento prático através de estudos científicos e de investigação sobre a teoria e pelo registo do saber-fazer existente (Benner, 2001).

Patrícia Benner (2001) aplicou o modelo de Dreyfus de aquisição de competências à enfermagem, através de um longo estudo de investigação, onde descobriu características diferentes na descrição do mesmo caso clínico feito por uma enfermeira iniciada e por uma perita.

A desempenhar funções num internamento de nefrologia, hemodiálise e diálise peritoneal, encontrando no estadio de competente. Capaz de conhecer as consequências dos atos e cuidados prestados, podendo fazer face a alguns imprevistos, mas não tendo, seguramente, a destreza de outros colegas. Neste nível, começarão a ser desenvolvidas aprendizagens relativas ao conhecimento detalhado e funcional através da confrontação com problemas complexos sem soluções previamente pensadas e a apropriação de conhecimentos especializados e sistemáticos. (Benner, 2001)

O Enfermeiro Especialista em Nefrologia, é definido pela *European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association* [EDTNA/ERCA] (2007), por um profissional com competências e conhecimentos suficientes para cuidar de doentes renais em qualquer fase do seu tratamento, modelando-se pelo empenho na prestação de cuidados com a melhor qualidade exequível ao doente e seus familiares.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Segundo a OE (2003), os estágios proporcionam um leque de experiências fundamentais para o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e organizacionais, conferindo um nível de desempenho profissional revelador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, das quais fazem parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste âmbito, procurei integrar as competências do enfermeiro especialista, apresentadas pela OE no Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista, em quatro domínios fundamentais. Tive ainda em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica designadamente: i) cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; e ii) maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e a família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135, 16 de julho de 2018).

Durante o estágio procurei identificar e desenvolver as competências de enfermeira especialista da pessoa em situação crónica, com base nos quatro domínios e competências do enfermeiro relatadas e tendo em conta os desafios da prática.

Em Apêndice I constam os quadros construídos, aquando da elaboração do projeto de estágio, com objetivos gerais e atividades programadas. Em Apêndice II constam as caracterizações dos locais, equipas e populações a quem se prestaram os cuidados de enfermagem (CE) durante os estágios.

2.1. Estágio em Unidade de Diálise Peritoneal e Estágio Opção

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o fato de ser uma Unidade com elevado grau de diferenciação (segunda maior UDP a nível nacional), e do desejo de conhecer outras formas de trabalhar, diferentes da que se pratica na unidade onde desempenho funções de enfermeira, o que promoveria a reflexão

sobre a prática fomentando o crescimento pessoal e profissional. Contribuindo também para a minha *revisão de scoping*, pois têm implantada a Monitorização Remota (MR) dos clientes em DPA (*Baxter*).

2.1.1. Análise de Objetivos e Atividades

Domínio A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Tal como está preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, alínea a) o enfermeiro deve “exercer a profissão 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” (p. 8101). A formação promove o desenvolvimento de competências e incute ao enfermeiro a reflexão sobre as suas práticas capacitando-o a enfrentar os problemas do quotidiano (Benner, 2001). Sendo a enfermagem uma profissão cuja área de intervenção comporta uma evolução tecnológica e científica constante, o investimento na aprendizagem ao longo da vida torna-se imperativo. Cada enfermeiro é responsável pela atualização do seu próprio conhecimento, pelo contributo na sua equipa de trabalho e pelo desenvolvimento da profissão.

O domínio da formação é fundamental na profissão de enfermagem, sendo que constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão a fim de contribuir para a sua dignificação (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p. 8078). O enfermeiro deve, por isso, procurar atualizar os conhecimentos através da frequência de “ações de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação” (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p. 8078), de forma a acompanhar a mudança e a desenvolver uma resposta ativa face às necessidades da pessoa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define doenças crónicas como doenças de longa duração, com progressão lenta e que possuem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, resultam em incapacidade/deficiências

residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis e exigem uma formação especial da pessoa para a reabilitação, podendo obrigar a longos períodos de supervisão, observação ou/e acompanhamento multiprofissional permanentes.

A prevalência das doenças crónicas, a variedade das manifestações clínicas e o fato da necessidade de garantir cuidados de saúde diferenciados, são algumas das razões que justificaram a criação de um cartão de identificação para a pessoa com DRC em programa de DP (Apêndice III).

No entanto, um dos principais motivos para a criação deste cartão, foi o fato do desconhecimento de alguns profissionais de saúde relativamente à pessoa com DRC em programa de diálise, neste caso DP. Pela raridade, são alguns os profissionais de saúde que não têm os conhecimentos necessários para atender os portadores desta doença, nas situações de urgência ou emergência médica.

A pessoa com DRC em DP deve ser portadora deste cartão sempre que der entrada numa unidade hospitalar, o profissional de saúde que o atenda fica a par da sua situação clínica, tendo informação necessária para os cuidados médicos adequados, ou então, para o devido encaminhamento da pessoa.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), é elemento fundamental à organização dos cuidados de enfermagem “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2001, p. 18). Neste contexto, são desenvolvidas formações internas (reunião mensal da equipa multidisciplinar) e externas à Unidade de acordo com as necessidades da instituição e dos profissionais. Dado ser um contexto em constante mudança e atualização, a formação em serviço constitui-se como um espaço privilegiado para a atualização dos conhecimento e satisfação das necessidades sentidas pelos profissionais de saúde, com vista à obtenção da excelência e à qualidade dos cuidados prestados. Foi possível verificar que, neste âmbito, existia uma calendarização das atividades de formação a realizar. Estas atividades são ministradas pelas profissionais da Unidade, em diversas áreas temáticas (e.g. cuidados à pessoa em DP, educação da pessoa e família/cuidador em DP, intervenções de enfermagem na prestação de cuidados especializados).

No âmbito da realização do penso do orifício de saída (OS) do cateter peritoneal verificou-se que, aplicam as medidas de cuidados gerais ao OS e a higienização das mãos de forma efetiva. Os utentes limpavam o OS pelo menos duas vezes por semana e sempre que tomavam duche. Como agente de limpeza a

Unidade, usa o soro fisiológico. Como partilha de experiência e apresentação de um estudo realizado por Wang et al., (2017), exemplifico que o uso de clorexidina como agente de cuidado do OS poderá ser uma boa estratégia na prevenção da colonização do orifício por staphylococcus aureus e MRSA.

Domínio B: Domínio da melhoria contínua da qualidade

Sendo a uniformização dos cuidados um dos maiores desafios no âmbito da DP, procurei fornecer um contributo para a uniformização dos cuidados prestados à pessoa em situação crónica. Através da realização de conversas/diálogos com as enfermeiras da UDP estes manifestaram a importância e necessidade de se desenvolver uma reflexão sobre o tema, a qual realizei (Apendice IV).

Verifiquei que, no dia-a-dia, a uniformização dos cuidados é realizada pelas profissionais da Unidade. No entanto, consideram ser uma tarefa difícil pois requer atitudes e comportamentos que por vezes se afastam do paradigma tecnológico presente. Deste modo, considero que o desenvolvimento do Guia Orientador de Boa Prática Diálise Peritoneal torna-se um instrumento de qualidade para todos os enfermeiros (OE, 2020).

Domínio C: Domínio da gestão de cuidados

Relativamente à gestão e dinâmica da unidade, para além da enfermeira chefe, responsável da gestão e de avaliação dos cuidados, existe a figura da enfermeira referência da unidade (Enfermeira Especialista: Vertente Nefrológica) que se encontra encarregue, entre outras funções, por realizar o plano diário e as suas competências, por garantir a supervisão e a continuidade dos cuidados. De acordo com o artigo n.º 7 do Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 referente às Competências Comuns do enfermeiro especialista, o enfermeiro especialista, no sentido de desenvolver competências na gestão dos cuidados, gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e estabelece articulação com a equipa multiprofissional, com a finalidade de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Analogamente, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Verifiquei a importância do enfermeiro especialista no desenvolvimento da equipa que o acolhe, na construção de um ambiente favorável à prestação de cuidados e de qualidade, competindo-lhe gerir as pessoas, a segurança dos

cuidados, a adequação dos recursos, a formação, a gestão do risco clínico, as relações profissionais, entre outros. Deste modo, a gestão da UDP apela à organização, à atribuição/distribuição de tarefas, de acordo com as competências do profissional de saúde, e ao envolvimento do cliente/família/cuidador em todo o processo de ensino/tratamento. A pedido da OE, foi elaborada uma reflexão sobre a ER na DP (Apendice V).

De acordo com os PQCE da OE, é elemento importante na procura da excelência de cuidados “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2001, p. 18). O método de trabalho preconizado na UDP é o de enfermeiro de referência. Este método caracteriza-se pela prestação total dos cuidados de enfermagem exclusivamente por um enfermeiro, proporcionando mais facilidade quer nas tomadas de decisão quer no planeamento de cuidados. Privilegia a humanização dos cuidados em que a descentralização das tomadas de decisão implica o reconhecimento do direito dos enfermeiros que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias a fim de assegurarem a qualidade dos cuidados (Manthey, 2014). Posto isto, sempre que a enfermeira admite o cliente em pré-diálise, e sempre que este se encontra a trabalhar, fica responsável pela mesma e, portanto, pela decisão e prestação de cuidados, comunicar informações relevantes garantindo a continuidade de cuidados.

Este método de trabalho pareceu-me adequado neste contexto, pois implica que a enfermeira assume um papel fundamental neste processo, tendo uma boa capacidade de comunicação, sendo inovador e consistente e acreditar firmemente no autocuidado da pessoa.

Domínio D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tal como é apresentado no artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro, na procura da excelência do exercício profissional, assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo nº109 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p.8080). Torna-se, por isso, essencial que o enfermeiro acompanhe este progresso, pelo que o desenvolvimento de um vasto leque de conhecimentos e competências técnicas, científicas, metodológicas e relacionais,

numa enfermagem especializada, é propícia a uma prestação dos cuidados mais humanizada e a um desempenho de elevada qualidade e reconhecimento.

De acordo com Benner (2001), a prática de enfermagem compreende competências e conhecimentos que devem ser adquiridos desde cedo na formação inicial do enfermeiro. Por conseguinte, na procura pela melhor qualidade e segurança dos cuidados prestados num âmbito especializado, é essencial o aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, desenvolvendo-se ao mesmo tempo um conjunto de competências mais específicas. Todas estas competências devem ser desenvolvidas no decorrer da vida profissional, delineando-se, assim, um percurso de iniciado a perito - e onde aqui se pode inserir a aquisição de competências ao nível do enfermeiro especialista.

À luz do Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, relativo à definição das Competências Comuns do enfermeiro especialista, encontra-se definido o perfil de um enfermeiro especialista, o qual, para além das competências comuns, iguais à de um enfermeiro generalista, deve ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. O enfermeiro especialista, é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

A especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica elege-se como uma estratégia fulcral para a aquisição de níveis elevados de conhecimento, competências e habilidades que visam o pensamento crítico e a tomada de decisão, sempre com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem prestados. Os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crónica são cuidados revestidos de grande complexidade, exigindo por parte do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos e uma interpretação sistemática dados, que permita prevenir complicações e intervir de forma precisa, eficaz e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 - 16 de julho de 2018). Por conseguinte, o enfermeiro especialista neste âmbito deve ser capaz de prestar cuidados de qualidade, com maior competência, empregando as tecnologias apropriadas às abordagens biopsicossociais e espirituais, visando o cuidar da pessoa de forma holística (Oviés & Calle, 2020).

Competências específicas do enfermeiro especialista em DP

No que respeita à análise das competências específicas do enfermeiro especialista em DP, documento de avaliação produzido pela ESEL, considere-se que as intervenções descritas aquando da análise das competências comuns do enfermeiro especialista são, por si só, elementos que demonstram a satisfação das competências do respetivo documento, bem como a integração na equipa e estimulação da sua atividade.

Em resposta aos objetivos definidos para este estágio e referente a desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal, foram estabelecidos os seguintes objetivos, seguido das suas atividades:

- Prestar CE especializados à pessoa e família/cuidador em programa DP;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Colher dados sobre as estratégias para evitar a exaustão da pessoa e família/cuidador, promover a autonomia destes no tratamento (aplicação TIC).

Como resposta a estes objetivos desenvolvi as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre DP e respetivas técnicas de tratamento;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre acessos para DP e cuidados aos mesmos;

A evidência consiste na verdade, conhecimento, informação relevante que confirme ou refute uma crença, resultados de investigação primária, revisões sistemáticas e metanálises. Neste contexto, conforme refere Pearson, Wiechula, Court & Lockwood (2005), os profissionais de saúde procuram a evidência para comprovar o valor de uma ampla gama de atividades e intervenções na sua prática diária.

É fulcral a interligação teoria/prática, sendo que deve verificar-se uma incorporação dos investigadores nos contextos de cuidados, promovendo-se o seu contacto regular, para que se apercebam das necessidades sentidas na prática clínica e produzam conhecimento ajustado, intensificador da qualidade dos cuidados de enfermagem.

- Realização de estágio com duração de 10 (4 + 6) semanas num serviço hospitalar de DP;
- Reflexão sobre os CE à pessoa em programa de DP;

- Prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de DP.

Durante este estágio foram prestados CE aos utentes em DP. Esta prestação compreendeu as seguintes atividades:

- Participei e realizei sessões de educação da pessoa e família/cuidador, após colocação de cateter para DP e após técnica de DPCA (transição para DPA). Neste parâmetro é de apresentar a reflexão informal que a duração do ensino está dependente do cumprimento dos objetivos estabelecidos (Bernardini et al., 2006). É um programa de ensino com a duração de 8 a 40 horas. Alguns estudos sugerem que idosos, pessoas com comorbilidade ou com baixo nível educacional parecem ser mais vulneráveis, necessitando de mais tempo para adquirir capacidades de autocuidado e estando mais suscetíveis de desenvolver infeções relacionadas com a DP (Schaepe & Bergjan, 2015). A ER pelo programa de ensino deverá considerar estes aspetos, no sentido de antecipar potenciais problemas e assegurar as intervenções necessárias. A realização do treino é efetuada em dias consecutivos, são evitadas interrupções superiores a 48 horas. Em cada dia de ensino, são realizados intervalos entre as sessões, respeitando o ritmo de aprendizagem. Cada sessão deverá ter uma duração razoável, não superior a 30 minutos, (Figueiredo et al., 2016).
- Realizei testes de equilíbrio peritoneal (TEP). Estes avaliam a eficácia do tratamento da DRCT. A adequação da DP refere-se à qualidade da prescrição de diálise individualizada. Esta vai depender da modalidade de DP, da depuração (clearance), da ultrafiltração, da função renal residual, do tipo de membrana e da situação nutricional. Esta UDP avalia a adequação e eficácia de diálise, recorrendo à realização do TEP, à cinética de ureia, às análises laboratoriais de uma forma regular para permitir um controlo efetivo da eficácia de diálise e do bem-estar da pessoa em DP. A monitorização da adequação e eficácia de diálise, rege-se por protocolos da UDP (Perl et al, 2016).
- Colaborei na resolução da disfunção do cateter (complicação mecânica relacionada com disfunção cateter e/ou alterações decorrentes da técnica DP). A alteração de volume de fluxo de líquido peritoneal pode ser caracterizada por diminuição ausência de fluxo de drenagem do efluente e pela impossibilidade de infusão do dialisante. As causas de ausência de fluxo podem ser extra-luminais ou luminais. É importante manter um trânsito

intestinal regular para evitar a obstipação, realizar radiografia do abdómen para identificar a posição do catéter, verificar a permeabilidade do catéter. O mesmo pode estar dobrado e ou estar obstruído por fibrina. As intervenções de enfermagem visaram identificar a causa da alteração do volume de fluxo e direcionar as ações para a sua resolução, que neste caso foi a obstipação.

- Realizei substituição de prolongamentos;
- Realizei da avaliação *Body Composition Monitor* (BCM). É o único dispositivo de composição corporal que quantifica o OH (sobre-hidratação) e o estado de hidratação como base para determinação do peso seco. Determina o volume de distribuição de ureia “V” para uma dose de diálise precisa. Mede e quantifica o estado de hidratação individual e parâmetros nutricionais chave. Para realizar esta avaliação: o cliente deve deitar-se na posição supina pelo menos 2 minutos; certificar-se que o cliente não toca em material condutor como as partes metálicas da cama ou cadeirão, os braços devem estar afastados do tronco, as pernas devem estar afastadas uma da outra (sem se tocarem), colocação dos elétrodos distal e proximal nas posições de referencia e conectar as cabos, ligar o BCM, inserir cartão ou dados do cliente e carregar na tecla start para realizar a medição.
- Observei e colaborei na consulta de esclarecimentos. Nesta atividade observei e realizei as consultas. Permitiu validar a importância do enfermeiro na justificação de questões relativas ao esclarecimento da pessoa, família/cuidador acerca das diferentes modalidades de tratamento e respetivas técnicas, de forma individualizada, para que a escolha do utente possa ser a mais informada possível, não existindo preferência de um tratamento por lacunas de conhecimento das restantes opções. Esta consulta rege-se pelas orientações da DGS através da Norma nº 017/2011.

O sistema de telemonitorização em DPA está a ser utilizado nesta Unidade. É um sistema inovador que permite a ligação remota aos profissionais de saúde e utente. Esta inovação permite melhorar o atendimento do utente e promove autonomia ao utente (fator muito valorizado por este). A eficácia do tratamento mantém-se e, para o utente, representa a possibilidade de gerir o seu tempo e manter a sua qualidade de vida com segurança de que o tratamento está a ser seguido pela Unidade.

Assim sendo, a aplicação das TIC à DPCA é o futuro da DP, ou seja, vai permitir uma maior eficácia nos cuidados prestados ao utente, com um investimento

tecnológico reduzido, promover o autocuidado e maior proximidade com o utente, com a vantagem de permitir diminuir o número de deslocações deste ao hospital, assim como um maior aproveitamento dos recursos humanos existentes.

As atividades relativas à prestação de CE em DP apresentam-se sintetizadas na seguinte tabela 2:

Tabela 2. Procedimentos realizados durante o estágio os dois estágios

Procedimento	Estágio 1	Estágio 4	Total
1º penso pós-colocação cateter Tenckhoff (CT)	2	4	6
Penso + avaliação do OS + Consulta de Enfermagem	20	28	48
Testes de BCM	10	20	30
Substituição prolongamento	6	10	16
Ensino DPCA	3	3	6
Ensino DPA	2	4	6
TEP	4	6	10
Consulta de esclarecimento	2	4	6

2.2. Estágio na Unidade de Hemodiálise

2.2.1. Análise de Objetivos e Atividades

Domínio A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética legal, e procurei: integrar-me na equipa de Enfermagem do serviço de hemodiálise; desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente; participar na construção da tomada de decisão em equipa; promover o exercício profissional de acordo com o código deontológico; promover o respeito pelo direito das pessoas à informação, à confidencialidade, à segurança da informação escrita e oral, e à privacidade; promover o respeito do utente à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; adquirir e adotar medidas apropriadas, com recurso a competências especializadas; e analisar

informação pertinente, com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

Domínio B: Domínio da melhoria contínua da qualidade

As atividades de estágio passaram pelo: desenvolvimento de aptidões de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; aquisição de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da melhoria contínua; a incorporação dos conhecimentos adquiridos na qualidade na prestação de cuidados; consulta de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; a identificação de oportunidades de melhoria; a sensibilização para o respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; e a demonstração de conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes, promovendo a adesão ao regime terapêutico.

O estágio realizado decorreu numa instituição que se rege pela melhoria da qualidade como um processo contínuo. Assenta sobretudo, na prevenção e controlo de infeção, na melhoria da qualidade e segurança dos clientes, cumpridos na prática profissional diária da estudante, garantindo o sucesso dos critérios da competência (desenvolvimento de práticas de qualidades, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua).

Domínio C: Domínio da gestão de cuidados

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi competências mediante a colaboração com a equipa de Enfermagem para a melhoria da informação para o processo de cuidar – diagnósticos e enfermagem; variedade de soluções eficazes a prescrever; avaliação do processo de cuidar; avaliação de eventuais riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos; utilizar recursos de forma eficiente no sentido de promover a qualidade; e promover estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

Domínio D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tal como é apresentado no artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro, na procura da excelência do exercício profissional, assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e

utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo nº109 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p.8080). Torna-se, por isso, essencial que o enfermeiro acompanhe este progresso, pelo que o desenvolvimento de um vasto leque de conhecimentos e competências técnicas, científicas, metodológicas e relacionais, numa enfermagem especializada, é propícia a uma prestação dos cuidados mais humanizada e a um desempenho de elevada qualidade e reconhecimento.

A especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica elege-se como uma estratégia fulcral para a aquisição de níveis elevados de conhecimento, competências e habilidades que visam o pensamento crítico e a tomada de decisão, sempre com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

A canulação de um acesso vascular (AV) pela primeira vez é um momento que se reveste de grande receio e expectativa por parte da pessoa doente. O enfermeiro assume a responsabilidade deste processo com a concordância do médico, exigindo-se que possua conhecimentos técnicos e científicos. A abordagem à pessoa doente passa por uma estratégia comunicacional que promova a compreensão da necessidade de canulação e a confiança no profissional que a irá executar. A primeira canulação deve ser antecedida de uma minuciosa avaliação, que inclui observação, palpação e auscultação do acesso vascular.

A canulação de um AV (FAV – fístula arteriovenosa ou EAV – enxerto arteriovenoso) para hemodiálise pressupõe a utilização de duas agulhas, uma que é conectada ao ramo arterial do circuito extracorporeal (CEC) por onde o sangue flui para o dialisador, e outra que é conectada ao ramo venoso do CEC, permitindo o retorno do sangue dialisado para a pessoa doente. Este processo é efetuado com recurso a uma bomba de sangue instalada numa máquina de hemodiálise. Segundo Lamb & Norton (2018), o treino dos enfermeiros está diretamente relacionado com a segurança do paciente.

Existem três formas de canulação de AV: técnica rope ladder, rotating sites ou técnica de escada. A técnica de escada é a utilizada na Unidade e consiste em efetuar as canulações afastadas em cerca de 3 cm ao longo de todo o acesso vascular, adquirindo o carácter rotativo a cada sessão. O enfermeiro deve: procurar secções retas com, pelo menos, 3 cm para cada grupo de punções; evitar aneurismas e áreas lesadas ou com a pele muito fina; manter as agulhas afastadas pelo menos 3 cm entre si; cada sessão requer duas novas punções em dois locais

novos; não voltar ao local da canulação inicial sem que este esteja completamente cicatrizado.

Um dos parâmetros avaliados ao cliente diariamente corresponde ao ganho de peso intradialítico (GPI). O GPI considerado adequado não é consensual na literatura. A *guideline* europeia recomenda que a diferença de peso entre uma diálise e outra, em percentagem (%GPI), fique no máximo entre 4 a 4,5%, enquanto que o KDOQI definiu 5% como limite. Este é influenciado por vários fatores externos ao profissional mas desencadeia processos de gestão e tomada de decisão diários, na dicotomia entre a prescrição médica, o desejo do cliente e a perda por UF tolerada pelo mesmo, com o menor número de intercorrências, promovendo a sua segurança e a manutenção da funcionalidade do acesso vascular a curto, médio e longo prazo.

Assim criaram-se processos de negociação entre estudante e cliente a quem foram prestados cuidados, baseados no objetivo de UF de cada sessão e nos princípios acima enumerados, para os quais a tomada de decisão e critérios de ponderação responderam aos critérios de avaliação da unidade de competência (avaliação de processos e resultados de tomada de decisão). Surgindo momentos de reflexão sobre a responsabilização do cliente pelo seu tratamento e gestão da doença, nomeadamente face aos motivos pelos quais existiu a variação de peso, associado a hábitos de vida.

Orem (1991), definiu autocuidado como “desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Este autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e aos instrumentais.

Os programas da unidade diálise são específicos, nos quais a participação é possível, a avaliação de fluxo intra acesso (Qa) realizada na unidade mediante termo diluição, comparando a ureia sérica e a ureia do líquido dialisante. Débitos normais de um AV oscilam entre os 1500ml/min e 2000 ml/min. Acessos cujo Qa é inferior a 500ml/min requerem avaliação diferenciada. A unidade utilizava um dispositivo, ao qual se chama “twister”, conectando às agulhas do AV e as linhas do circuito extracorporal, para inverter o fluxo de sangue do AV, permitindo assim calcular a taxa de recirculação (Hellebrand, Allen, & Hoffman, 2018). A realização desta atividade permitiu responder ao critério de avaliação, de colaboração na realização de atividades na área da qualidade direcionados para projetos institucionais. Simultaneamente, permitiu refletir com os enfermeiros presentes em turno, qual a evidência proveniente desta avaliação, de que forma poderiam

corresponder a indicadores da atividade do enfermeiro, respondendo aos critérios, por exemplo, justificativos de sucesso da unidade de competência, relativa a avaliação da qualidade das práticas clínicas. Medidas como a variação dos locais de punção, punções bem-sucedidas, retirada correta de agulhas e uma eficaz avaliação de estenoses, são algumas das intervenções na prática de enfermagem e eficazes na boa funcionalidade do acesso vascular e critérios de qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2012). Este procedimento de avaliação gerou revelações, por comparação com experiências profissionais onde este também era realizado, e cujos resultados reveladores de maiores taxas de recirculação de acesso permitiam ativar fluxos protocolados nos quais o enfermeiro tinha autonomia para providenciar eventual avaliação do acesso por especialidades como a cirurgia vascular, em articulação com a nefrologia. Nesta instituição ainda não implementaram medidas de manutenção para avaliação do fluxo intra acesso, a curto prazo, o que pode levar à perda de acesso.

A apresentação da tabela 3, justifica o sucesso das atividades planeadas, apesar de não refletir a totalidade da prestação de CE, pois a prestação de CE não ocorre só nos momentos aqui descritos.

Tabela 3. Procedimentos realizados durante o estágio

Procedimentos	Número
Exame físico acesso vascular	12
Avaliação Qa	8
Punção FAV	22
Punção EAV	8 (3 EAV – torácica)
Conexão CVC LD	10
Tratamento com carboximaltose férrica endovenosa	4
Profilaxia da nefropatia induzida por contraste	2

Para adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal – HD, foram realizadas as seguintes atividades;

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre HD e respetivas técnicas de tratamento;

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre acessos para HD e cuidados aos mesmos;
- Realização de estágio com duração de 4 semanas num serviço hospitalar de HD;
- Reflexão sobre os CE à pessoa em programa de HD;
- Prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de HD.

A valência da DP desta unidade encontrava-se em processo de reestruturação e ampliação, pelo que existe um projeto de uma enfermeira de referência. Numa conversa informal realizou-se partilha de as motivações e preocupações, nomeadamente na instauração de um programa de ensino padronizado e que permita, com a expansão do número de clientes em DP, criar fluxos uniformes (que podem ser desenvolvidos por vários profissionais).

2.3. Estágio em Serviço de Internamento de Nefrologia

2.3.1. Análise de Objetivos e Atividades

Domínio A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Numa prática profissional de enfermagem, baseada na ética e deontologia, não basta qualidade científica e técnica, são também necessárias qualidades que humanizem os cuidados. Em situações em que o cliente/família não possa participar na tomada de decisão, o enfermeiro tem a responsabilidade de zelar pelo bem-estar dos mesmos (OE, 2005).

Ao longo do estágio, procurei manter uma postura ética e profissional adequada às situações com que me deparei. No contexto da prestação de cuidados na enfermaria ou na sala de técnicas, foram várias as situações em que tive a oportunidade de participar na tomada de decisão, com a restante equipa multidisciplinar e família do cliente, já que os dilemas éticos e legais são uma constante na prática de cuidados. Prestei cuidados de qualidade e de forma holística, independentemente da raça, sexo, etnia ou crenças do doente, respeitando e protegendo sempre os seus direitos.

Tal como nos diz o Código Deontológico, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana do enfermeiro”, e estes princípios foram sempre respeitados. Muitas vezes os clientes

em situação crónica estão numa posição vulnerável e incapazes de decidir por si, ou defenderem os seus direitos, pelo que os princípios da beneficência e não maleficência foram sempre tidos em conta, de forma a garantir que os cuidados que o cliente recebia promoviam o seu bem estar, nunca ultrapassando o limite de manter tratamentos fúteis que prolongassem o seu sofrimento e se sobrepusessem ao seu direito à vida, porque tal como nos diz a OE (2001), a pessoa é um ser social e agente intencional 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. Como tal, considero que atingi esta competência.

Domínio B: Domínio da melhoria contínua da qualidade

Atualmente verifica-se uma preocupação crescente com a melhoria da qualidade, pelo que surgem com frequência programas de melhoria em vários domínios de intervenção de enfermagem. De acordo com a DGS (2018), os programas de melhoria da qualidade visam disseminar as boas práticas, reduzindo a variabilidade das mesmas, e também promover a investigação clínica como instrumento de melhoria da qualidade. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), referem a importância de priorizar sistemas de qualidade em saúde, onde os enfermeiros assumem um papel fulcral. Porém a qualidade em saúde não depende somente da prestação de cuidados de saúde por parte destes profissionais, cabe às instituições criar as condições para que tal aconteça, devem criar recursos e adequar as suas estruturas, de forma a satisfazer as necessidades da população.

Para alcançar este domínio foram realizadas as seguintes atividades: incorporação de conhecimentos na área da qualidade da prestação de cuidados; pela consulta de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; pela sensibilização e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; pela compreensão das questões relativas à promoção de um ambiente seguro para os utentes; e pela promoção da adesão à saúde e segurança ocupacional.

Domínio C: Domínio da gestão de cuidados

A Enfermeira Orientadora (EO), com quem tive o privilégio de realizar o estágio, é uma pessoa com experiência profissional, considerada pela equipa

multidisciplinar uma pessoa de referência, e que a maior parte dos turnos fica como chefe de equipa, dando respostas às situações e problemas colocados de forma assertiva e eficaz. Na prestação de cuidados ao doente crónico, a enfermeira tem a capacidade de tomada de decisão nas suas intervenções autónomas. É a tomada de decisão, após a avaliação e diagnóstico de necessidades do cliente, que orienta o seu exercício profissional. Para que tal aconteça deve incorporar não só conhecimentos técnicos, mas também científicos, resultantes de investigação (OE, 2001).

O papel do enfermeiro como gestor e líder estão em contante mutação, de acordo com as necessidades de saúde da população, do contexto político e social. A liderança em enfermagem pretende criar um ambiente propício e condições para a qualidade em saúde, para que os profissionais desenvolvam a excelência no exercício profissional (Conselho Internacional de Enfermeiros, OE - 2000).

Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) afirmam que o reconhecimento de um líder cria condições para o desenvolvimento de boas práticas, o que potencializa as capacidades de cada elemento da equipa, e consequentemente gera cuidados de qualidade. Tal como referi anteriormente, a EO, como chefe de equipa, assume funções na área de gestão e liderança, sendo responsável pela distribuição dos enfermeiros de forma equitativa e segura, de acordo com a com a classificação de doentes, em função do número de horas de cuidados necessárias. O chefe de equipa apoia aos colegas sempre que necessário, assegurando a sala de observações, com a vinda de pessoas externas de urgência, e ainda a sala de técnicas (na realização de biópsias cutâneas ou renais, e colocação de cateteres centrais, cateteres de hemodiálise provisórios ou tunelizados). A restante logística (pedidos de medicação, gestão de vagas e altas, contagem de fármacos estupefacientes) diz ainda respeito à pessoa nesta função.

Como tal, julgo que, se por um lado a capacidade de liderança e gestão de recursos pode ser uma situação causadora de stress, pela responsabilidade que acarreta, por outro lado é imprescindível pois permite rentabilizar recursos e prestar cuidados de qualidade.

Domínio D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para Benner (2001), um enfermeiro apenas poderá ser perito se tiver um papel ativo na prestação de cuidados e se tiver a capacidade de reflexão crítica acerca da sua prestação. Ao longo do estágio, foi bastante importante refletir acerca

do meu desempenho e das dificuldades sentidas, pois assim pude definir estratégias que me permitiram ganhar autonomia, crescer como profissional e ultrapassar obstáculos encontrados, não por me encontrar num serviço e equipa desconhecidos, mas pela singularidade das situações vividas, uma vez que a prestação de cuidados ao cliente em situação crónica é geradora de stress pelo seu carácter emergente e pela responsabilidade da tomada de decisões perante tal situação.

Neste estágio o enfoque centra-se na prestação de cuidados à pessoa transplantada, porque não tinha experiência na prestação de cuidados a pessoas com DRC com transplante renal.

Para as pessoas com doença crónica o termo autocuidado significa conhecimento para tratar de si próprio e capacidade de tomar decisões relacionada com tratamento, monitorização de sintomas, definição de objetivos e desenvolvimento de parcerias bem-sucedidas com prestadores de cuidados (Costantini et al., 2008).

Uma das teorias mais pertinentes para explicar este fenómeno para as pessoas que se deparam com a DRC é a teoria de transição de Afaf Meleis. Segundo esta autora uma alteração no status de saúde pode despoletar um complexo fenómeno de transição. A vulnerabilidade criada por estas situações pode ser conceptualizada como a qualidade do dia-a-dia descoberta através de uma compreensão das experiências e resposta durante o tempo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Esta teoria da transição é crucial para que o enfermeiro possa ter uma noção real de quando e como pode intervir ao longo do processo da pessoa transplantada renal. Faz todo o sentido abordar esta teoria na parte do autocuidado, pois o principal agente que potencia o autocuidado da pessoa doente é o enfermeiro, pela sua relação de proximidade por excelência.

O enfermeiro é o profissional que possui as habilidades necessárias para dar as ferramentas que cada pessoa necessita, de forma individualizada, para se adaptar ao processo de doença crónica, desde o início de diálise até ao transplante – tanto na preparação como no período pós transplante. Devemos manter presente o facto de os enfermeiros serem a primeira linha de prestadores de cuidados à pessoa doente e à família, no processo de transição (Meleis et al., 2000).

O autocuidado maximiza o potencial para a autonomia uma vez que envolve, não só controlo, mas também liberdade e responsabilidade da própria pessoa em direção a uma melhoria na sua qualidade de vida. Por outro lado, é durante estes

períodos de dependência que os elementos da comunidade adquirem pertinência no cuidar da pessoa, nomeadamente a família e outras figuras sociais (Taylor & Renpenning, 2011).

A salientar que foram realizadas atividades em contexto internamento, na sala de técnicas e na sala de urgência de cuidado ao cliente com alteração da função renal, pelo que sintetizo este processo de acordo com as mesmas e com os locais onde cumpri a maior parte dos turnos:

- Apoio à sala de técnicas: neste contexto foram realizadas atividades essencialmente de prestação de cuidados (com supervisão da EO) no apoio a biópsia renal e colocação/troca de cateter tunelizado para HD (veia jugular direita). A biópsia renal constitui um instrumento fundamental para o diagnóstico e prognóstico de diversas patologias nefrológicas e sistémicas. Relativamente às indicações, destacam-se o síndrome nefrótico e a insuficiência renal de etiologias desconhecidas, situações em que o exame histológico é fundamental, para diagnóstico e estratégia terapêutica. As contraindicações para a sua realização são: hipertensão arterial aumenta significativamente as complicações hemorrágicas e alterações da coagulação. O procedimento é explicado ao cliente, posicionados em decúbito ventral, monitorizado e com orientação ecográfica marca-se o ponto ideal da entrada percutânea para alcançar o pólo inferior renal. Logo após biópsia foi sempre efetuado um controlo ecográfico imediato para despiste de hematoma peri ou intra-renal. Realizou-se o penso e o cliente foi encaminhado para a unidade de cuidados intermédios para vigilância de tensão arterial, vigilância de perdas hemáticas, vigilância da diurese e características da urina. Realizado ensino sobre a necessidade de permanecer em repouso no leito por um período mínimo de 24 horas (Castro et al., 2004). Os cuidados de Enfermagem são cruciais pós-procedimento consistem na indicação de repouso no leito 24 horas, com vigilância do penso. Avaliação de tensão arterial de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas, depois de 30 em 30 minutos nas próximas 4 horas e, finalmente de hora a hora. Deve ser considerada a hipótese de hemorragia interna se se verificar descida abrupta da tensão arterial, dor abdominal, lombar ou dos ombros e hematúria súbita;
- Apoio à sala de urgência: neste contexto foram prestados cuidados a clientes com deiscência de FAV ou intercorrências com o cateter de DP, com necessidade de avaliação e realização de penso, descompensação

hemodinâmica e sintomas decorrentes de agravamento de síndrome urémico. Os clientes seguidos no hospital recorrem a esta sala, provenientes do exterior, quando necessitam de observação pelos profissionais. Cabe ao enfermeiro a avaliação e articulação de recursos humanos e serviços adequados às necessidades do cliente;

- Apoio à atividade do Bloco Operatório: neste contexto de estágio foi realizado um turno de observação no bloco operatório, no procedimento para transplante de rim de dador cadáver;
- Prestação de cuidados na unidade de HD: neste contexto foram realizados dois turnos de observação e prestação de cuidados ao utente (sob supervisão da EO) na unidade de HD, de forma a obter um conhecimento de acolhimento desta realidade.

A tabela 4 apresenta os procedimentos realizados ao longo do estágio. Tive ainda oportunidade de realizar uma reflexão sobre o doente renal crónico: uma realidade emergente após a partilha e reflexão com a equipa de enfermagem, com carácter menos formal das passagens de turno (Apêndice VI).

Tabela 4. Procedimentos realizados durante o estágio

Procedimentos	Número
Prestação de cuidados à pessoa transplantada	3
Biópsia renal	1
Cateter venoso central hemodiálise	6
Cateter venoso central de longa duração	3
Transplante renal	1 (Observação)

Assim, considero que a prestação de cuidados à pessoa internada em serviço de nefrologia foi uma prática atingida com sucesso.

3. ESTUDO SOBRE “TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM DIÁLISE PERITONEAL: UMA REVISÃO SCOPING”

No capítulo 3 vou apresentar a componente de investigação necessária para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

3.1. Título da Revisão *Scoping*

“Tecnologias de Informação e Comunicação em Diálise Peritoneal: Uma Revisão *Scoping*”

3.2. Introdução

Com o rápido desenvolvimento das TIC neste século, todas as esferas da vida passaram por profundas mudanças, incluindo as relacionadas com a área da saúde (Carlotto & Dinis, 2018). A disponibilidade de tecnologias digitais para uso em grande escala, como por exemplo, as plataformas de mídia social (*Twitter*, *Facebook*, *YouTube* e *Instagram*) foram desenvolvidas, permitindo a criação de conteúdo e compartilhamento de dados pessoais por usuários (Carlotto & Dinis, 2018).

O alcance e o impacto potencial destas tecnologias permitem aos profissionais de saúde: disseminar, estrategicamente, informações sobre indicadores de políticas de saúde (PS); coletar dados; investigar e atuar em evidências, reforçando a prestação de cuidados de saúde e de autocuidado; programas corporativos, educação, inclusão, comunicação em saúde, e desenvolvimento comunitário (Carlotto & Dinis, 2018).

A eSaúde, sob a perspectiva da OMS, é reconhecida, universalmente, através do programa *Health 2020/Saúde 2020* (Carlotto e Dinis, 2018). Este programa disponibiliza orientação estratégica, tanto do ponto de vista político-governamental, como para a sociedade em geral, com o propósito de estimular abordagens intersectoriais, com vista à melhoria das condições de saúde e sua acessibilidade. O programa pretende beneficiar a saúde e o bem-estar das populações, reduzindo as desigualdades, fortalecendo a saúde pública e assegurando sistemas de saúde

universais, equitativos, sustentáveis, de alta qualidade e centrados nas pessoas, (Carlotto & Dinis, 2018). É importante que a implementação da eSaúde seja percebida sob esse viés, com o objetivo de fortalecer os sistemas de saúde centrados no paciente e otimizando as ações em saúde pública. Os programas de ação em eSaúde contribuem ativamente para o diagnóstico de indicadores de PS, relacionados às políticas e cuidados de saúde. Eles atuam como facilitadores para o desenvolvimento de mecanismos sustentáveis à prestação de serviços, disponibilizam acesso oportuno a informações essenciais sobre saúde, e possibilitam o aumento da qualidade dos cuidados.

Atualmente, na área da saúde, a utilização das TIC, tem se tornado numa ferramenta fundamental, para o processo de tomada de decisão e na prestação de cuidados a utentes, nomeadamente a doentes renais crónicos (Machadeiro, 2017). Os doentes renais crónicos, chegando ao estadio cinco da DRC, e necessitando de optar por uma modalidade terapêutica, podem optar por TR, HD, DP e TMC. Caso o utente, opte por DP, irá necessitar de um(a) acompanhamento/monitorização contínua, dos profissionais de saúde, do seu tratamento e, a TIC, veio tornar esse mecanismo de monitorização mais simplificado para ambas as partes. De modo a existir a assistência ideal para estes doentes, Machadeiro (2017) aponta para a (tele)monitorização, que passa a ser uma componente essencial dos sistemas de saúde, que quando aliada à auto monitorização dos doentes, proporciona a possibilidade de prevenção da progressão da doença e consequentemente na redução de internamentos. Assim sendo, a criação de uma aplicação de (tele)monitorização designado por “protótipo”, destina-se a doentes renais crónicos que realizem DP e, com este sistema, torna-se possível o acompanhamento, tratamento e controlo destes utentes (Machadeiro, 2017)

A aplicação destina-se ao médico e/ou enfermeiro, e permite que este tenha acesso, em tempo real, aos dados introduzidos pelo utente relativos aos cálculos realizados por ele e às análises clínicas, a alarmes gerados pelo mesmo, definição de parâmetros máximos para os valores introduzidos, acesso ao histórico clínico, bem como o envio de lembretes, ao utente, para a toma de medicação e para indicar o dia e hora de uma consulta física (Machadeiro, 2017).

A gestão da DRC requer consultas regulares e deslocações frequentes do utente ao hospital, com encargos elevados a nível de tempo, comodidade, disponibilidade e custos. Com a redução da necessidade do número de visitas não planeadas ao hospital, proporcionada pela aplicação de (tele)monitorização, torna-se

também possível diminuir os custos relacionados com essas deslocações e o tempo alocado, com impacto positivo na qualidade de vida do utente.

Do ponto de vista clínico, o acesso rápido aos dados específicos do tratamento permite um acompanhamento mais proactivo por parte dos profissionais de saúde, uma deteção mais rápida de problemas associados ao tratamento, uma monitorização mais próxima e frequente, bem como, uma maior disponibilidade para o suporte adequado. A possibilidade de redução de todos estes encargos a nível de recursos, deslocações e tempo alocado com a implementação das TIC em DP, traduz-se numa poupança tanto para o utente como para o hospital e, por último, para o Serviço Nacional de Saúde.

Orientada pela relevância da segurança e vigilância da pessoa com DRC em DP, como eixos estruturantes da intervenção do enfermeiro, decorre a pertinência desta revisão *scoping*, na qual se pretende apurar quais as intervenções de enfermagem na promoção do tratamento, DP, e o seu consequente impacto na minimização de idas à UDP e internamentos.

O objetivo desta revisão *scoping* é mapear as TIC em DP. Esta revisão *scoping* foi orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020a). Numa pesquisa inicial na base de dados *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, não foi encontrado qualquer tipo de revisão *scoping* (publicada ou a ser realizada) sobre a temática em questão.

Esta revisão pretende dar resposta à seguinte questão: quais as TIC utilizadas em DP?

3.3. Métodos

A síntese de evidências sob a forma de revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência (Pearson et al., 2005).

A opção específica pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se por este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters et al., 2020b).

A revisão assentou na estratégia *participants, concept e context* (PCC). Em relação ao tipo de participantes, a *scoping review*, considerou estudos que incluam

pessoas, com idade superior a 18 anos, a realizarem DP. Quanto aos conceitos, considerou estudos que abordem as TIC. No contexto, a revisão incidiu em estudos realizados em DP, no domicílio e/ou em meio hospitalar. Por fim, relativamente aos tipos de fontes, considerou todos os estudos quantitativos, qualitativos, revisões sistemáticas da literatura e literatura cinzenta pesquisada na plataforma de pesquisa Google.

3.3.1. Estratégias de Pesquisa

A estratégia de pesquisa incluiu estudos publicados e não publicados, e foi constituída por três passos: 1) numa pesquisa inicial, com conceitos naturais, utilizaram-se as bases de dados *MEDLINE* e *CINHAL*, via *EBSCO*. Seguiu-se uma análise das palavras contidas nos títulos, resumos e nos termos indexados usados para descrever os estudos; 2) numa segunda pesquisa, em cada base de dados, separadamente, usaram-se todas as palavras-chave e os respetivos conceitos indexados, e realizou-se um cruzamento com as pesquisas realizadas anteriormente; 3) na terceira etapa, as referências bibliográficas de todos os artigos e estudos identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais.

Foram considerados para inclusão nesta revisão, artigos em inglês, espanhol e português. Definiu-se como horizonte temporal a data de publicação dos artigos, dentro do período temporal 2010-2021. Em relação à disponibilidade do artigo, foram incluídos todos os artigos. Aos artigos que nas bases de dados indicadas não se encontravam em texto integral, realizou-se uma pesquisa adicional noutras bases de dados com vista a obter os artigos em texto integral.

Como critério fundamental de exclusão, nesta revisão scoping, os artigos que não abordassem intervenções de enfermagem, nas TIC em DP.

As palavras-chave/conceitos naturais utilizados foram: tecnologia de informação e comunicação e diálise peritoneal. As palavras-chave/conceitos naturais em inglês foram: *information and communication technology* e *peritoneal dialysis*. Os conceitos naturais e indexados estão na Tabela 5.

Tabela 5. Conceitos Naturais e Conceitos Indexados de cada Base de Dados.

	<i>Base de dados CINAHL</i>	<i>Base de Dados MEDLINE</i>
Conceitos Naturais	Conceitos Indexados	
<i>Information and communication technology</i>	<i>Telemedicine</i>	
	<i>Virtual Reality</i>	
	<i>Health Services</i>	
<i>Peritoneal dialysis</i>	<i>Peritoneal Dialysis</i>	
	<i>Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory</i>	

A estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *CINAHL* é apresentada na Tabela 6 e a estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *MEDLINE* é apresentada na Tabela 7.

Tabela 6. *CINAHL* – pesquisa realizada a 28 de julho de 2021

S9	Filtros: Data de Publicação 2010-01-01 a 2021-07-28	12
S8	S6 AND S7	14
S7	S3 OR S4 OR S5	33428
S6	S1 OR S2	3956
S5	MH “Health Services”	14308
S4	MH “Virtual Reality”	5748
S3	MH “Telemedicine”	13652
S2	MH “Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory”	642
S1	MH “Peritoneal Dialysis”	3427

Tabela 7. *MEDLINE* – pesquisa realizada a 28 de julho de 2021

S11	Filtros: restringir por language – portuguese, spanish or english	10
S10	Filtros: Filtros: restringir por aged – 18+ years	11
S9	Filtros: Data de Publicação 2010-01-01 a 2021-07-28	36
S8	S6 AND S7	52
S7	S3 OR S4 OR S5	57873
S6	S1 OR S2	26769
S5	MH “Health Services”	25718
S4	MH “Virtual Reality”	3111
S3	MH “Telemedicine”	29231
S2	MH “Peritoneal Dialysis, Continuous Ambulatory”	9993
S1	MH “Peritoneal Dialysis”	18473

A relevância dos artigos para a revisão foi analisada criticamente, com base nas informações fornecidas no título e resumo. Sempre que existiam dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo em texto completo seria recuperado. Após a avaliação crítica, os estudos que não preencheram os critérios de inclusão foram excluídos.

3.4. Extração dos Dados

Os dados foram extraídos através de um instrumento de extração de dados, alinhado com o objetivo e questão da revisão *scoping* (Figura 3). Este instrumento está conforme indicado pela metodologia proposta pelo JBI para revisão *scoping* (Peters et al., 2020a). Os dados extraídos forneceram detalhes específicos sobre os fenômenos de interesse e os resultados de significância para a questão de pesquisa e objetivo. No decurso do processo de extração de dados, o instrumento de extração de dados não sofreu revisão nem alterações.

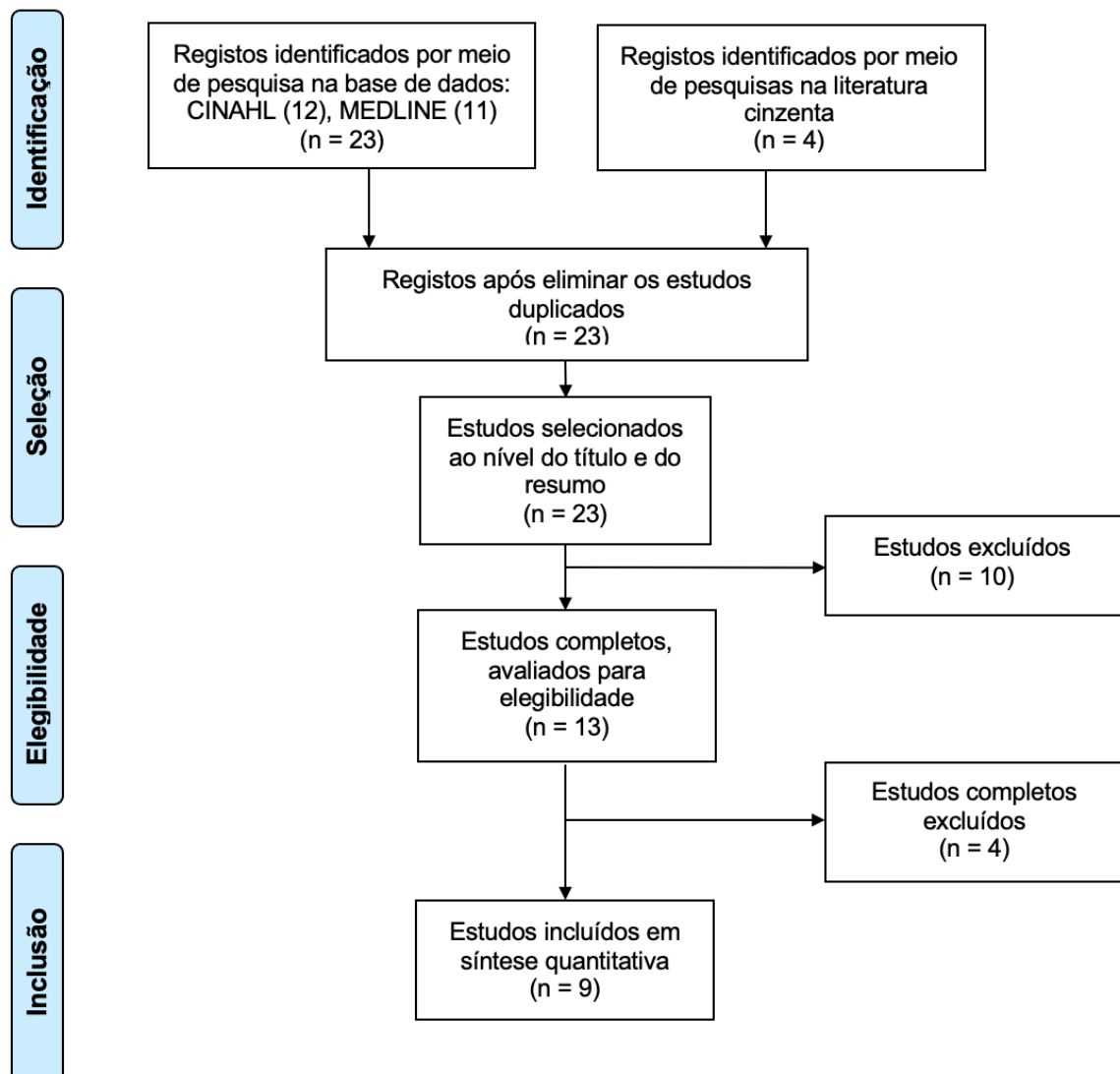
Figura 3. Instrumento de extração de dados

Título da Revisão <i>Scoping</i>: Tecnologias de Informação e Comunicação em Diálise Peritoneal: Uma Revisão <i>Scoping</i>
Objetivo: mapear as TIC em DP.
Questão: quais as TIC utilizadas em DP?
Critérios de Inclusão segundo PCC:
Tipos de Participantes: pessoas, com idade superior a 18 anos, a realizarem DP.
Conceitos: estudos que abordem as TIC.
Contexto: estudos realizados em DP, no domicílio e/ou em meio hospitalar.
Critério de Exclusão: não abordar intervenções de enfermagem nas TIC em DP.
Detalhes do estudo e extração das características:
Autor(es): _____
Ano de publicação: _____
País de origem: _____
Objetivos: _____
População do estudo: _____
Metodologia: _____
Contexto do estudo: _____
TIC: _____
Intervenções de enfermagem _____
Outras informações relevantes: _____

3.5. Resultados

Após a remoção dos artigos duplicados, 23 artigos foram identificados para seleção do estudo. Um total de 13 artigos atenderam aos critérios de inclusão, com base da leitura do título e resumo. Os artigos em texto completo foram obtidos e lidos, sendo que 9 estudos, preencheram os critérios de inclusão e 4 estudos foram excluídos. Um estudo foi excluído por abordar uma população e um contexto diferente do pretendido, focando-se na HD domiciliária e os outros 3 estudos, foram excluídos por não referirem intervenções de enfermagem. O fluxograma da decisão de pesquisa, encontra-se na Figura 4.

Figura 4. Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção do Estudo



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

As TIC referidas em todos os estudos, estão relacionadas com a monitorização remota, nomeadamente na utilização da DPA, com o auxílio de tecnologia de vídeo, áudio ou informação digital.

Em relação às intervenções de enfermagem inerentes, é possível verificar em todos os estudos, a implicação de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro, para a concretização da utilização das TIC em DP. A utilização das TIC em DP, permite ao enfermeiro monitorizar o doente e o seu tratamento de diálise.

3.6. Discussão

Nesta revisão *scoping* foram incluídos 9 estudos publicados, maioritariamente, em revistas de nefrologia e diálise. Quatro estudos foram publicados em 2020 e dois em 2018, sendo os restantes, publicados nos anos 2014, 2017 e 2021, revelando a atualidade da temática. A maioria dos estudos, foram publicados em Itália e nos Estados Unidos da América.

Após a leitura dos artigos, constatou-se que a DRC é um problema global de saúde com um peso cada vez maior nos serviços de saúde. Os utentes com DRC podem ser submetidos a DP como forma de tratamento e, uma solução emergente é o uso da tecnologia para ajudar os utentes a realizar a DP no domicílio, de forma a melhorar a qualidade dos resultados clínicos e das suas experiências.

A utilização de TIC, através de dispositivos eletrónicos de vídeo, áudio ou informação digital, com finalidade de consultar, examinar ou avaliar o utente à distância, permitiu a redução dos números de hospitalizações, traduzindo-se em reduções de custos e de consumo de recursos de saúde (Magnus, Sikka, Cherian & Lew, 2017; Uchiyama et al., 2018; Manani et al., 2020; Walker, Tong, Howard, Darby & Palmer, 2020). Do ponto de vista tecnológico, a utilização de vídeo na DP, é um sistema seguro e viável, fácil de usar e sem necessidade de conhecimentos tecnológicos (Viglino, Neri, Barbieri & Tortone, 2020)

O uso da tecnologia para a monitorização dos utentes em DP, permitiu uma maior adesão e uma melhoria dos resultados, reduzindo o número de deslocações à UDP, aumentar a autonomia dos utentes e confiança nos serviços de saúde (Magnus et al., 2017; Manani et al., 2020). O uso de TIC aumentou a perceção de autonomia e confiança relacionada com os tratamentos de DP, assim como a satisfação com os cuidados prestados por telefone e por monitorização remota pelos

profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro (Magnus et al., 2017; García, Rosales, Domínguez, Velázquez & Isidro, 2018; Manani et al., 2020; Viglino et al., 2020; Walker et al., 2020).

A pandemia da COVID-19 gerou uma crise de saúde pública global com repercussões significativas ao nível social e economicamente (Bunch, Ardila, Castaño, Quiñonez & Corzo, 2021). A Covid-19 acelerou a tendência para o virtual e para o trabalho digital, que já estava a começar a ser incorporado na área de saúde. A necessidade de reduzir o risco de contágio da COVID-19, a tecnologia digital ofereceu benefícios para utentes e profissionais de saúde, tais como, maior flexibilidade e disponibilidade de tempo clínico (Wilkie, 2020).

Os doentes com DRC e a realizarem diálise estão sob um maior risco, de efeitos adversos, durante a pandemia. Neste sentido, a realização de diálise peritoneal domiciliária, com programas de monitorização remota, nomeadamente a DPA, surge como uma tecnologia que permite reduzir e prevenir o risco de infeções e melhorar o cuidado centrado no utente (Walker et al., 2020; Bunch et al., 2021). A equipa de enfermagem têm a possibilidade de rever, diariamente, os aspetos importantes da DPA, incluindo alertas relacionados com especificidades do tratamento (por exemplo: drenagem, ultrafiltração e pressão arterial) e na deteção de problemas, permitindo intervir precocemente (Bunch et al., 2021).

Durante a pandemia COVID-19, a equipa médica e de enfermagem, adaptaram o acompanhamento destes utentes, a realizar DP domiciliária, utilizando TIC, nomeadamente: acompanhamento por telefone durante os primeiros meses da pandemia; triagem por telefone semanal, para rastrear contactos com a COVID-19; revisão diária dos tratamentos da DPA, através da plataforma de monitorização; revisão técnica de DP através de vídeos enviados pelo utente ou videochamadas; e, monitorização por vídeos e fotos de alterações no fluído da DP, orifício de saída ou de outras feridas/alterações relevantes (Bunch et al., 2021).

A mudança/adaptação realizada durante a pandemia, em relação ao acompanhamento dos utentes em DP, tornou-se numa excelente opção para os utentes, reduzindo assim, os riscos de exposição ao ambiente hospitalar, transporte e contacto com os profissionais de saúde (Bunch et al., 2021). Em relação a indicadores de qualidade, nomeadamente a taxa de infeção (peritonites), não houve diferenças, estatisticamente, em comparação com as avaliações realizadas presenciais com as avaliações utilizadas com auxílio de TIC (Bunch et al., 2021) embora, no estudo elaborado por Manani et al. (2020) houvesse melhoria de

resultados clínicos, com a utilização da monitorização remota, nomeadamente com a hiperhidratação e a peritonite.

Com isto, podemos verificar que a utilização de TIC, em doentes a realizar DP, nomeadamente DPA, pode ser bem-sucedida, mantendo e até aumentando as interações entre utentes e a equipa multidisciplinar (Viglino et al., 2020; Bunch et al., 2021). Os ajustes realizados ao processo de plano de cuidados dos utentes, reduziu as avaliações presenciais e foram associados a bons indicadores de desempenho ao nível da taxa de peritonite, controlo da pressão arterial e da adesão ao tratamento (Manani et al., 2020; Viglino et al., 2020; Bunch et al., 2021).

Espera-se, no futuro, aos utentes que optem por DPA, possíveis inovações constantes, como o desenvolvimento de máquinas mais avançadas, equipadas com novas características de uso fácil, tais como ecrãs tácteis de grande dimensão, ligações à internet, avisos de voz para lembrar os utentes da forma correta de ligar e desligar a máquina ou de como conseguir uma ligação estéril. A monitorização remota melhora a comunicação entre profissionais de saúde e utentes, permitindo ao utente um aumento do nível de conforto e segurança. A utilização de TIC tem o potencial de levar a DP a um grande número de utentes que habitam em zonas remotas (Bieber, Burkart, Golper, Teitelbaum & Mehrotra, 2014).

Com as TIC, foi possível criar um “cuidador virtual” por forma a ultrapassar barreiras na DP em utentes e/ou seus cuidadores, especialmente com dificuldades cognitivas e psicológicas. Este “cuidador virtual” também evita a necessidade de envolver um familiar ou um cuidador profissional que acarretam custos significativos social e economicamente (Uchiyama et al., 2018; Viglino et al., 2020).

3.6.1. Limitações dos Estudos

Não sendo como objetivo de uma revisão de *scoping* avaliar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, algumas limitações devem ser relatadas, a fim de fornecer informações para futuros estudos. Essas limitações estão relacionadas com as amostras pequenas e pela inexistência de estudos que abordam as intervenções de enfermagem inerentes às TIC em DP. Estas limitações devem ser exploradas, uma vez que a falta de evidência científica sobre a atuação do enfermeiro é uma barreira no processo de cuidar.

3.7. Conclusões

Nesta revisão *scoping* foram mapeadas TIC em DP. A notável expansão das TIC em DP, nomeadamente na DPA, está principalmente relacionada com o aprimoramento tecnológico das máquinas de DP e pelo desenvolvimento do software utilizado para a monitorização remota.

A pandemia resultante da COVID-19 veio aperfeiçoar as TIC e dar ênfase na sua utilização, diminuindo deslocações desnecessárias à UDP, detetando problemas e intervindo o mais precocemente possível.

O enfermeiro é um elemento crucial na equipa multidisciplinar para a utilização das TIC em DP, nomeadamente, na monitorização do utente e do tratamento de DP.

A TIC em DP melhora a comunicação entre os profissionais de saúde e utentes, aumenta a autonomia dos utentes e a confiança pelos serviços de saúde, permitindo assim, um maior nível de conforto e de segurança.

3.7.1. Implicações para a Investigação

Como implicações para a pesquisa, futuros estudos devem aprofundar as intervenções de enfermagem nas TIC em DP. Além disso, futuras pesquisas devem realizar estudos sobre a monitorização remota em utentes com DP e avaliar o impacto nos resultados clínicos e centrado no utente, bem como no consumo de recursos de saúde.

3.7.2. Implicações para a Prática

As implicações para a prática, do mapeamento realizado nesta revisão *scoping*, serão significativas porque irão contribuir para informar, na prática clínica, o enfermeiro, sobre as TIC e as suas intervenções em DP.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise retrospectiva do meu percurso de aprendizagem, emana um conjunto de sentimentos e vivências em que posso afirmar ter sido muito gratificante e produtivo a passagem por todos os campos de estágio deste Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente Nefrológica.

O estágio é um momento de excelência de formação, onde o saber prático se desenvolve sustentado pelo saber teórico. Permite a aquisição de conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de uma enfermagem de excelência.

A elaboração deste relatório revelou-se difícil e complexo porque, para além da descrição das atividades efetuadas, senti a necessidade de fazer uma reflexão, sobre as mesmas, assente numa fundamentação baseada numa revisão bibliográfica.

O percurso efetuado pelos serviços, UDP, Internamento Nefrologia e Unidade de Hemodiálise, embora distintos, ambos proporcionaram a aquisição de conhecimentos e competências, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, que de outra forma não seria possível.

Regozijo-me das escolhas que fiz, uma vez que os estágios realizados contribuíram de forma inequívoca para a minha realização pessoal e profissional, adquirindo conhecimentos e competências específicas nas respetivas áreas.

Sei que poderia ter sido melhor, mais bem aproveitado, poderia ter sido noutro hospital, noutros serviços, noutras circunstâncias. As oportunidades surgem, têm o valor que têm e contribuem para o nosso crescimento e fomentar o nosso conhecimento. Ciente que as experiências que surgiram foram as possíveis, restou-me aproveitá-las ao máximo para construir o meu caminho de desenvolvimento profissional. Estas experiências têm muito valor, mas isoladas nada são, cabe-me refletir sobre as mesmas e integrá-las na minha experiência de vida e na minha atividade profissional.

Não posso deixar de referir e salientar, a forma carinhosa demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte da tutora e orientadoras dos campos de estágio. O apoio sentido foi, sem dúvida, relevante e motivador, pois deste modo senti-me como parte integrante das equipas onde estive inserida, estimulando o meu

desempenho de forma a corresponder às solicitações, permitindo-me assim a realização dos objetivos propostos.

No que concerne aos objetivos propostos para cada um dos estágios, atingi-os através de um trabalho de pesquisa, de uma atitude crítica, reflexiva, constante e dos contributos que pude trazer para ambos os estágios, da minha experiência profissional.

A formação no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente Nefrológica chegou ao seu término, no entanto a aprendizagem é um continuum, em que os profissionais não podem parar, sob pena de colocarem em causa, o que apreenderam em prol do doente, dos que cuidam, dos que salvam as vidas.

Foi sem dúvida um grande desafio o iníci desta etapa, contudo decidi abraçá-la com dedicação. A realização pessoal e profissional na aquisição de conhecimentos, experiências e competências como futura enfermeira especialista foi sem dúvida o meu grande objetivo. Deparei-me com algumas dificuldades como o cansaço, a carga horária que tive de cumprir, mas que foram facilmente ultrapassadas pela força de vontade e pelas conquistas diárias.

Encontro-me no princípio do que pretendo que seja grandioso e gratificante, quer para mim, quer para quem através de mim possa beneficiar direta ou indiretamente das competências e conhecimentos que ao longo deste percurso. Tenho a ambição de futuramente aplicar as TIC ao DRC em DPCA/DPA, dando continuidade ao trabalho iniciado e com vista à melhoria dos cuidados aos utentes da UDP, onde pretendo continuar a exercer funções.

Considero que adquiri as competências necessárias para poder começar a abraçar outros projetos e funções no serviço contribuindo para a melhoria contínua e principalmente na área da formação, pretendo dinamizar um grupo de forma a incluir a investigação na prática clínica.

Parafraseando Collière (1999, pág.385): “Diz-me de que conhecimentos te serves para prestar cuidados, e como te serves deles, e dir-te-ei que cuidados prestas”.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ash S. & Daugirdas, J. (2003). Dispositivos para Acesso Peritoneal. In: Daugirdas, JT., Blake, PG., Ing, TS. *Manual de Diálise*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A.p.318- 342.
- Banasco, V. P., Utiel, F. B., Barrio, P. P. & Canada, A. L. (2006). Soluções de Diálise Peritoneal. In: Coronel, F. [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Edições Médicas, 2006; Revisfarma, p.69-76.
- Barra, D. C. C., Sasso, G. T. M. D., Martins, C. R. & Barbosa, S. F. F. (2012). Avaliação da tecnologia Wiki: ferramenta para acesso à informação sobre ventilação mecânica em Terapia Intensiva. *REBEn*. 65(3), 466-473.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: a thinking-in-action approach. *Springer Publishing Company, LLC*: New York.
- Bernardini, J., Price, V. & Figueiredo, A. (2006). ISPD Guidelines/Recommendations: Peritoneal dialysis training. *Perit Dial Int*. 26, 625-632.
- Bieber, S. D., Burkart, J., Golper, T. A., Teitelbaum, I., & Mehrotra, R. (2014). Comparative outcomes between continuous ambulatory and automated peritoneal dialysis: A narrative review. *American Journal of Kidney Diseases*. 63(6), 1027-1037. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.11.025>
- Bunch, A., Ardila, F., Castaño, R., Quiñonez, S., & Corzo, L. (2021). Through the storm: Automated peritoneal dialysis with remote patient monitoring during COVID-19 pandemic. *Blood Purification*. 50, 279-282. <https://doi.org/10.1159/000511407>
- Cavalcante, R. B., Silva, P. C. & Ferreira, M. N. (2011). Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. *R Enferm UFSM*. 1(2), 290-299.
- Carlotto, I. N. & Dinis, M. A. P. (2018). Tecnologias de informação e comunicação (TICs) na Promoção da Saúde: Considerações Bioéticas. *Revista Saúde & Educar*. 25 Acedido a 21/7/2021. <http://revista.esepf.pt/index.php/sabereducar/article/view/306>
- Castro, R., Sequeira, M. J., Faria, M. S., Belmira, A., Sampaio, S., Roquete, P. ... Morgado, T. (2004). Biópsia Renal Percutânea – Experiência de Oito Anos. *Ata Médica Portuguesa*. 17, 20-26.

Código Deontológico do Enfermeiro (1997). DECRETO-LEI n.º 97/94 de 9 de Abril.

Collière, F. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: sindicato dos Enfermeiros Portugueses/Lidel.

Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35(2), 147-155.

Ferreira, C. I. S. R. A. F. (2015). *Gestão Em Enfermagem e a Formação Em Serviço: Tecnologias De Informação E Padrões De Qualidade*. (Tese de Mestrado não publicada) ESEP: Porto.

Figueiredo, A., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M. I., Price, V., Su, C., Walker, R. & Brunier, G. (2016). A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Perit Dial Int.* ;36:592-605. doi:10.3747/pdi.2010.00049

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. D.R. nº 93/1998 1.ª série A.

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. Diário da República nº205/1996 1.ª série A.

Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de setembro. Diário da república nº 178/ 2009 1.ª série.

European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (2007). Competecy Framework. Education Board of EDTNA/ERCA

García, M. A. M., Rosales, M. S. F., Domínguez, E. L., Velázquez, Y. H., & Isidro, S. D. (2018). Telemonitoring system for patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis: Usability assessment based on a case study. *Plos One*. 13(11), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206600>

Heras, M. M. (2006). Conceito de Diálise Peritoneal. Fisiologia e Anatomia. In: Coronel, Francisco [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal* Edições Médicas, Revisfarma. 27-32.

Hellebrand, A., Allen, D. & Hoffman, M. (2018). Hemodialysis in American Nephrology Nurses Association. *Contemporary Nephrology Nursing*. (pp. 153-205). 3rd Edition.

<https://tech4covid19.org/>. Acedido a 25/7/2021.

<https://covidapp.pt/about/home>: Acedido a 25/07/2021.

<https://supertoast.pt>. Acedido a 25/07/2021.

<https://litoralmagazine.com/3-apps-portuguesas-gratuitas-para-o-ajudar-no-combate-a-covid-19/>. Acedido a 25/07/2021.

<https://spem.pt.2021/03>. Acedido a 25/07/2021.

- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (2002). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. National Kidney Foundation, Inc.
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 4–4. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>.
- Lamb, P. C. & Norton, C. (2018). Nurses experiences of using clinical competencies a qualitative study. *Nurse Education In Practice*, 31, 177–181.
- Lumini, M. J., Freire, R. M. A., Martins, M. M., Martins, T. V. & Peres, H. H. C. (2015). Tecnologia educacional na gestão de cuidados: perfil tecnológico de enfermeiros hospitais portugueses. *Rev Esc Enferm USP*. 49(Esp2).
- Macário, F. (2018). Relatório Gabinete de Registo da SPN. Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2017 – In Encontro Renal 2018, 22-24 Março. Vilamoura: SPN.
- Machadeiro, L. T. (2017). *Dispositivos e sistemas de Telemonitorização: Panorama atual e tendências futuras* (Doctoral dissertation).
- McEwen, M. & Wills, E. M. (2011) Theoretical Basis for Nursing. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Magnus, M. Sikka, N., Cherian, T., & Lew, S. Q. (2017). Satisfaction and improvements in peritoneal dialysis outcomes associated with telehealth. *Applied Clinical Informatics*. 8, 214-225. <https://doi.org/10.4338/ACI-2016-09-RA-0154>.
- Manani, S. M., Baretta, M., Giuliani, A., Virzì, G. M., Martino, F., Crepaldi, C., & Ronco, C. (2020). Remote monitoring in peritoneal dialysis: benefits on clinical outcomes and on quality of life. *Journal of Nephrology*. 10, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00812-2>
- Manthey, M. (2014). A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger M., D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 6(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Montenegro, L. C., Brito, M. J. M., Cavalcante, R. B., Caram, C. S., & Cunha, G. A. M. (2013). Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. *J. Health Inform.*
- Norma nº 017/2011 de 28/09/2011, (Atualizado a 14/06/2012) (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. Direção-Geral de Saúde. 1–35.
- Oliveira, I. M. M. S. (2020). Humanizar os Cuidados: Norma de Orientação Clínica para uma Unidade de Cuidados Intensivos (Relatório de Estágio).
- OMS em <https://covid19.who.int/>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica.
- Ordem dos Enfermeiros (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. Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4. ed. New York: McGraw-Hill,
- Orem, D. (2001). *Nursing - Concepts of Practice*. 5ª edição. Mosby.
- Oreopoulos, D., Ossareh, S., & Thodis, E. (2009). Diálise Peritoneal: Passado, Presente e Futuro. *Jornal iraniano das doenças renais*, 2 (4). Recuperado em 10 de julho de 2020, de <http://www.ijkd.org/index.php/ijkd/article/view/16/17>.
- Ovies, Á. A., & Calle, G. H. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Medicina intensiva*, 44(2), 122-124.

- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207–15.
- Perez, G. & Zwicker, R. (2010). RAM – Revista De Administração Mackenzie, vol. 11, nº. 1 p. 174-200.
- Perl, J., Davies, S. J., Lambie, M., Ronald, L. P., McCullough, K., Johnson, D. W. ... Robinson, B. M. (2016). The peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study (PDOPPS): Unifying efforts to inform practice and improve global outcomes in peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*. 36(3), 297-307.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020a). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020b). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*. 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pinochet, L.H.C., Lopes, A.S. & Silva J.S. (2014). Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*. 3(2).
- Pinto, I. (2000). Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão- rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto- SP (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP).
- Prado, C., Martins, C. P., França, L., Leite, M. M. J. & Peres, H. H. C. (2009). Metodologia de utilização do chat na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 62(4), 594-598.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho . Diário da República n.º 135/2018 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Santos, M. A. (2019). Use of Information Technologies and Communication by Nurses Manages (Doctoral dissertation).

- Schaepe C. & Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 52(4), 882-898. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009.
- Sousa, C. (2012) Cuidar da pessoa com fistula arteriovenosa: modelo para a melhoria continua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 30 (1), 11-17.
- Tavares, Maria A (2012) – A (Re)Construção da Mudança – Viver em Diálise peritoneal. Tese de mestrado disponível no repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Taylor, S. G. & Renpenning, K. (2011). Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice. New York: Springer.
- Taylor (2001) Woolhouse and Gowtage-Sequeria 2005. Many human infections, including Measles virus, HIV, and recently SARS-CoV-2.
- Uchiyama, K., Washida, N., Yube, N., Kasai, T., Shinozuka, K., Morimoto, K. ... Itoh, H. (2018). The impact of a remote monitoring system of healthcare resource consumption in patients on automated peritoneal dialysis (APD): A simulation study. *Clinical Nephrology.* 90(5), 334-340. [https://doi.org/ 10.5414/CN109471](https://doi.org/10.5414/CN109471).
- Viglino, G., Neri, L., Barbieri, S., & Tortone, C. (2020). Videodialysis: a pilot experience of telecare for assisted peritoneal dialysis. *Journal of Nephrology.* 33, 177-182. <https://doi.org/10.1007/s40620-019-00647-6>.
- Walker, R. C., Tong, A., Howard, K., Darby, N., & Palmer, S. C. (2020). Patients' and caregivers' expectations and experiences of remote monitoring for peritoneal dialysis: A qualitative interview study. *Peritoneal Dialysis International.* 40(6), 540-547. <https://doi.org/10.1177/0896860820927528>.
- Wang, H. H., Hung, S. Y., Chang, M. Y., Lee, Y. C., Lin, H. F. & Lin, T. M. (2017). Bacterial colonization patterns in daily chlorhexidine care at the exit site in peritoneal dialysis patients – A prospective, randomized controlled trial. *PLoS ONE* 12(10), e0184859.
- Wilkie, M. (2020). Digital health – The new reality. What does this mean for peritoneal dialysis? *Peritoneal Dialysis International.* 40(6), 525-526. [https://doi.org/ 10.1177/0896860820972031](https://doi.org/10.1177/0896860820972031).

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio e respectivas competências e atividades propostos pela estudante para desenvolvimento durante os estágios

2019															2020				
	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro			Férias De Natal	Janeiro				Fevereiro
	23-27	30-4/10	7-11	14-18	21-25	28-1/11	4-8	11-15	18-22	25-29	2-6	9-13	16-20		6-10	13-17	20-24	27-31	3-7
Local de Estágio/Valência																			
Hospital Santa Cruz – Diálise Peritoneal																			
Hospital Beatriz Ângelo - Hemodiálise																			
Hospital Santa Cruz – Internamento Nefrologia																			
Hospital Santa Cruz – Diálise Peritoneal																			

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais	- Integrar a Equipa da Enfermagem da Unidade de Diálise Peritoneal; - Promover o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na Equipa de Enfermagem; - Promover o respeito pelo direito dos clientes à informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, e privacidade, na Equipa de Enfermagem; - Promover o respeito pela confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, privacidade e da escolha e autodeterminação da pessoa, no âmbito dos cuidados especializados; - Adquirir e adotar de medidas apropriadas, com recurso a competências especializadas.	Unidade de Diálise Peritoneal
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2-Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	- Promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; - Desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade de cuidados; - Consultar a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; - Sensibilizar e apelar à consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; - Demonstrar conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os clientes; - Promover a adesão à saúde e segurança ocupacional.	Unidade de Diálise Peritoneal
C - Domínio da gestão dos cuidados	C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2-Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto,	- Reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais; - Gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; - Adquirir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; - Rentabilizar oportunidades de	Unidade de Diálise Peritoneal

	visando a garantia da qualidade dos cuidados.	aprendizagem e análises clínicas.	
D - Domínio das aprendizagens profissionais	D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	- Elaborar uma Revisão <i>Scoping</i> referente ao tema – “Tecnologias de Informação e Comunicação no Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal: Intervenções de Enfermagem”; - Promover a partilha dos conhecimentos decorrentes do processo de investigação com a equipa; - Consultar bibliografia pertinente; - Desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e científicos relacionados com o contexto nefrológico, especificamente na modalidade de tratamento em DP; - Colaborar no ensino ao cliente e família acerca dos cuidados inerentes ao tratamento a realizar; - Procurar junto dos enfermeiros especialistas na área nefrológica e de outros peritos, contributos para a melhoria do projeto e para a aquisição das competências propostas.	Unidade de Diálise Peritoneal

Domínio	Competências	Atividades	Campo de Estágio
A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais	- Integrar na Equipa da Enfermagem da Unidade Hemodiálise; - Promover o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem; - Promover o respeito pelo direito dos clientes à informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, e privacidade, na equipa de Enfermagem; - Adquirir e adotar medidas apropriadas, com recurso a competências especializadas.	Unidade de Hemodiálise
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2-Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	- Promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; - Desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade de cuidados; - Incorporar os conhecimentos adquiridos na qualidade na prestação de cuidados; - Consultar a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; - Identificar as oportunidades de melhoria; - Sensibilizar e apelar à consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; - Demonstrar conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os clientes; - Promover a adesão ao regime terapêutico.	Unidade de Hemodiálise
C - Domínio da gestão dos cuidados	C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2-Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	- Colaborar na melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar; - Avaliar eventuais riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos; - Utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; - Promover estratégias de	Unidade de Hemodiálise

		motivação da equipa para um desempenho diferenciado.	
D - Domínio das aprendizagens profissionais	D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	- Desenvolver o autoconhecimento, no sentido de identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar; - Reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais; - Gerir sentimental e emocional em ordem a uma resposta eficiente; - Atuar eficaz sob pressão; - Adquirir conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; - Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e análise das situações clínicas.	Unidade de Hemodiálise

Domínio	Competências	Atividades	Campo de Estágio
A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais	- Integrar na Equipe da Enfermagem do Serviço de Nefrologia; - Desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente; - Participar na construção da tomada de decisão em equipe; - Promover o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipe de Enfermagem; - Promover o respeito pelo direito dos clientes à informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, e privacidade, na Equipe de Enfermagem.	Internamento de Nefrologia
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2-Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	- Promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; - Consultar a evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; - Sensibilizar e apelar à consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança da pessoa; - Compreender as questões relativas à promoção de um ambiente seguro para os clientes; - Promover a adesão à saúde e segurança ocupacional.	Internamento de Nefrologia
C - Domínio da gestão dos cuidados	C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2-Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	- Colaborar na melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar; - Avaliar eventuais riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos; - Utilizar dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.	Internamento de Nefrologia
D - Domínio das aprendizagens profissionais	D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	- Desenvolver o autoconhecimento, no sentido de identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar; - Reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais;	Internamento de Nefrologia

		- Adquirir conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; - Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e análise das situações clínicas.	
--	--	--	--

**APÊNDICE II – Caracterização dos Locais de Estágio, Equipas de
Enfermagem e Populações Alvo**

ESTÁGIO 1 E 4: UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL E ESTÁGIO DE OPÇÃO

Local de Estágio

A Unidade de Diálise Peritoneal (UDP) encontra-se, no piso -1 num hospital pertencente a um dos centros hospitalares de Lisboa, na área da Consulta Externa. É composta por um gabinete médico utilizado para a realização de consultas; um gabinete de enfermagem onde é efetuado ensino da técnica, avaliação dos clientes (incluindo orifício de saída e cateter peritoneal), substituição do prolongador do cateter e realizado o teste de equilíbrio peritoneal (TEP); e um espaço destinado à realização da técnica pelos clientes.

O funcionamento da unidade está organizado da seguinte forma: às segundas, quintas e sextas-feiras de manhã são realizadas consultas de avaliação dos doentes em programa de DP, com frequência média de 3 a 4 consultas diárias. Às quartas-feiras de manhã são efetuadas consultas de opções para esclarecimento relativamente às diferentes modalidades de TSFR. Às terças-feiras de manhã tem lugar a realização dos TEP. Os utentes em programa de DP na unidade podem, ainda, recorrer à unidade de forma não programada de segunda a sexta-feira entre as 9 e 16h, sendo avaliados pela equipa de DP. Fora desse período, a avaliação é da responsabilidade do médico de urgência de Nefrologia.

Mensalmente, tem lugar uma reunião multidisciplinar onde participam as equipas médica, de enfermagem, assistente social e nutricionista, com o objetivo de rever os movimentos dos doentes, problemas clínicos mais relevantes e estabelecer planos de ação para otimização dos cuidados prestados.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituído por 2 enfermeiras especialistas. A Enfermeira de Referência é especialista na área de EMCN.

População Alvo

A 07/02/2020 o programa apresentava 79 doentes. Destes a distribuição por sexo era de 53 do sexo masculino e 26 do sexo feminino, as idades variam entre 24 e 83 anos, o que perfaz uma média de idades de 55 anos.

ESTÁGIO 2: UNIDADE DE DIÁLISE

Local de Estágio

A unidade de diálise (UD) funciona em regime de ambulatório, integrada no Hospital de Dia Médico da mesma instituição, com espaço, equipa e chefia próprias. Presta cuidados de segunda a sábado, entre as 8h e as 23h. Durante o período no qual a unidade se encontra fechada, os serviços de assistência à população alvo terão de ser assegurados por outras unidades do hospital ou em articulação com outras instituições.

Nesta unidade são desenvolvidas as seguintes atividades: técnicas dialíticas intermitentes, consulta de DP, biópsias renais, colocação de CVC e consulta de esclarecimentos.

É constituída por duas salas, uma primeira com 13 postos de tratamento, e uma segunda sala para doentes infetados por Hepatite B e VIH e constituída por 4 postos de HD.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituída por um corpo de 15 profissionais, dos quais 1 corresponde ao Enfermeiro Responsável do Serviço.

Na equipa prestadora de cuidados existia de 2 elementos com especialidade em EMCN e 2 elementos com especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Restantes com licenciatura de enfermagem. Maioritariamente, a experiência profissional é de 6 a 15anos.

O rácio enfermeiro-cliente é de 1 para 4.

População Alvo

Não sendo possível apresentar, para efeitos de caracterização da população alvo, dados referentes às faixas etárias mais comuns, parece existir alguma disparidade de idades dos clientes a quem são prestados cuidados.

Os clientes a quem são prestados cuidados, e que são seguidos na instituição por maior número de comorbilidades e/ou dependência, podem ser divididos em 4 principais grupos, a destacar: clientes sob TSFR em programa de HD e DP (57 pessoas em HD e 5 em DP); clientes internados que necessitam de submissão a biópsia renal como meio auxiliar de diagnóstico - transferidos para a unidade de diálise, onde realizam o respetivo exame e, posteriormente, são reencaminhados

para o seu serviço de origem; utentes em estágio 3 da DRC, seguidos pela equipa médica da instituição e que recorrem a consulta de esclarecimento para escolha de modalidade de tratamento.

ESTÁGIO 3: SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEFROLOGIA

Local de Estágio

O estágio de internamento de Nefrologia foi realizado num hospital pertencente a um dos centros hospitalares de Lisboa, considerado centro de referência nacional na área da patologia renal.

O internamento de Nefrologia, compreende um total de 33 camas, das quais 6 são destinadas à UCInt. Tem ainda anexa a unidade de intervenção: a sala de técnicas e a sala de observação, para realização de biopsias renais, colocação e troca de CVC para HD, quando em veias jugular e subclávia direita ou femorais. Os procedimentos que envolvem as veias jugular e subclávia esquerdas são realizados em contexto de Bloco Operatório, pelo risco de complicações graves e necessidade de execução de técnica guiada com apoio de imagiologia. A sala de observação funciona como um espaço de urgência para apoio à população abrangida pelo centro hospital e seguida pelo mesmo, em situações específicas de complicações associadas à patologia do foro renal.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem constituída por um corpo de 38 profissionais, apenas destinada ao internamento de Nefrologia, com chefia partilhada com o serviço de HD.

Neste corpo de enfermagem considere-se a existência de 10 enfermeiros especialistas: 1 na área da Pessoa Crítica, 1 de Saúde Comunitária, 6 de Reabilitação e 2 são especialistas em EMC na área de intervenção de Enfermagem Nefrológica.

São distribuídos por turnos da manhã, tarde e noite, o primeiro com 6 elementos e os restantes com 5, dos quais 2 elementos são sempre destinados à UCInt. Em contexto de enfermaria, a distribuição de enfermeiros e rácio cliente-enfermeiro, está dependente da atribuição pelo chefe de equipa, ou responsável de serviço, geralmente regida pelo cálculo do número de horas de prestação de cuidados (de acordo com o programa informático implementado no local).

O tempo de permanência de profissionais no serviço é bastante díspar, atualmente com integração de um número considerável de enfermeiros recém-licenciados, considerados em nível iniciado (segundo o modelo de Benner, 2001) e atribuídos a um enfermeiro com maior experiência, que se torna o seu elemento de referência mesmo após terminus da dita integração ao serviço.

População Alvo

Não existe dados de serviços sobre as faixas etárias face à população a quem são prestados cuidados.

Os clientes admitidos podem ser divididos em três principais grupos, a salientar: clientes com complicações médicas pós transplante renal (causas infecciosas, rejeição aguda de enxerto, otimização de terapêutica imunossupressora); clientes com agravamento ou complicações de DRC (admitidos para indução de TSFR, descompensação metabólica em clientes sob TSFR, otimização de terapêutica por edemas, dispneia, anemia, entre outros); clientes do foro médico com DRC conhecida (admitidos por causas neurológicas, urológicas, entre outras).

APÊNDICE III – Cartão do Doente Renal Crónico em Diálise Peritoneal

Centro Hospitalar
Lisboa Ocidental, EPE
Hospital de Santa Cruz



Serviço de Nefrologia
Unidade de
Diálise Peritoneal

Unidade de Diálise Peritoneal

Doente Renal Crónico em Programa de Diálise Peritoneal

Nome:

Data de Nascimento:

Descrição do tratamento:

Sistema: Baxter Fresenius

Modalidade: DPCA DPA

Contacto da UDP:

Contacto do Serviço de Nefrologia:

**APÊNDICE IV – Uniformização de Procedimentos de Enfermagem em
Diálise Peritoneal (DP)**

Uniformização de Procedimentos de Enfermagem em Diálise Peritoneal

Este tema surgiu na partilha de conhecimentos entre as Enfermeiras da Unidade de Diálise Peritoneal (UDP) onde me encontro a realizar estágio. Como aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem Nefrológica (CMEEMCN) e enfermeira de uma UDP, penso ser uma reflexão oportuna para realizar neste campo de estágio, sendo esta UDP a pioneira no nosso país e a segunda com maior número de utentes em Diálise Peritoneal (DP).

Já existe um manual de diálise peritoneal para enfermeiros, elaborado por enfermeiros para enfermeiros, para favorecer a prática profissional nesta área específica. (APEDP, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação; Manual de Diálise Peritoneal para Enfermeiros; fevereiro de 2011)

Deixarei uma questão em aberto para poder tecer algumas considerações pessoais e profissionais das Enfermeiras da UDP, na esperança de conseguir dar algum contributo ao tema.

Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados começaram a desenvolver-se quando emergiu o conceito de prática baseada na evidência, através dos contributos da investigação nos procedimentos utilizados e seus resultados.

A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos utentes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. São enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psico-sociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações, como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados. A produção e a divulgação de recomendações sistematizadas permitirá que os profissionais tenham acesso a informação fiável e atualizada sobre procedimentos relativos a sintomas, à utilização de equipamentos ou às intervenções inerentes a um estado, ou seja, em qualquer domínio da área da saúde onde seja necessária a intervenção profissional para a resolução de um problema, mas tendo também em conta as preferências dos utentes. O conceito da Boa Prática diz respeito às Normas de Orientação Clínica

(NOC), utilizadas pela American Nurses Association (ANA), as quais visam mais a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem e seus efeitos no utente, através da aplicação de um conjunto de indicadores que dão apoio às intervenções de enfermagem (no planeamento de cuidados) com uma estrutura taxonómica, auxiliadora da sua implementação em sistemas de informação em enfermagem, de preferência informatizados. Assim sendo, a estrutura de um Guia Orientador da Boa Prática de Cuidados num dado domínio da enfermagem pode prever a utilização duma NOC, devendo ser alvo de uma linha orientadora específica.

As recomendações sobre a Boa Prática, devem ser elaboradas tendo em conta a evidência científica disponível, a qual pode ser proveniente da consulta de fontes de reconhecido mérito, de estudos sistemáticos e representativos no domínio em causa e da opinião de especialistas na área em questão (enfermeiro que se encontra na prestação de cuidados).

As consequências de uma boa prática clínica em enfermagem são evidentes quando determinam ganhos em saúde para os utentes alvo das suas intervenções, que podem inclusivamente e em determinadas circunstâncias serem medidos através de aplicativos informáticos, que contenham um resumo mínimo de dados, que usando sistemas taxonómicos de enfermagem podem produzir dados comparáveis (algo que ainda não podemos aplicar em Portugal). É também reconhecida a influência de vários fatores que incapacitam uma genérica quantificação de resultados de enfermagem, pelo que se assiste a um esforço notório das várias organizações profissionais, a nível nacional, em tornar mais evidentes os ganhos em saúde pelas intervenções dos Enfermeiros. Estes ganhos podem ficar mais destacados quando:

- as intervenções de enfermagem conseguem prevenir complicações, assegurando que os doentes não correm risco de contrair infeções e outras alterações em consequência da sua imobilidade ou desequilíbrio fisiológico, psíquico, social e afetivo;
- as intervenções de enfermagem influem positivamente nos resultados clínicos do utente, como por exemplo no controlo de sintomas;
- as intervenções de enfermagem contribuem para o melhor conhecimento do utente na gestão da sua doença/problema de saúde, por exemplo em

aspectos em que o ensino feito pelos enfermeiros pode estimular comportamentos saudáveis;

- as intervenções de enfermagem contribuem para a melhoria de resultados da saúde funcional dos utentes e sua qualidade de vida em aspectos físicos, psico-sociais e cognitivos, papel desempenhado, mobilidade, controlo, autonomia;
- as intervenções de enfermagem aumentam a satisfação dos utentes na sua relação com os enfermeiros;
- as intervenções de enfermagem derivam sistematicamente das recomendações de Boa Prática de Cuidados, conseguindo obter mudanças positivas, não só a nível profissional, como também a nível das organizações e das políticas.

Uma forma de ajudar os enfermeiros a decidir sobre determinado aspeto ou dimensão da prestação de cuidados poderá ser a consulta de um Guia Orientador da Boa Prática, servindo este de exemplo para uma prática de qualidade, e muitos dos aspectos acima descritos podem nele estar contidos. As vantagens da utilização de um Guia Orientador da Boa Prática são, assim, evidentes para os profissionais (melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica, consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação; acesso a orientações eficazes e contextualizadas; identificação de áreas necessitadas de investigação clínica), para os utentes (acesso a informação, a cuidados consistentes e coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, com a consequente redução da variação dos cuidados recebidos) e para as organizações (melhoria da eficiência dos serviços; optimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde). No entanto, há que evitar e contornar alguns obstáculos à implementação e uso dos Guias Orientadores da Boa Prática, que poderão resultar:

- da inclusão de recomendações pouco pertinentes, incorretas ou mesmo erradas, por falta de bases científicas, falta de revisão e atualização ou por serem baseadas em opiniões pessoais e pouco representativas;
- do aumento potencial e não justificado do consumo de recursos, por falta de monitorização e avaliação de resultados;
- do descrédito, por falta de apoio organizativo e de poder para alterar as práticas;

- da falta de recursos para proceder de acordo com o recomendado, falta de motivação perante as diferenças entre o praticado e o recomendado.

Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado. A profissão precisa de analisar as suas práticas, refletir sobre elas e indicar os melhores caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados globais de saúde, influenciando inclusivamente as políticas neste sector. Assim, a elaboração de um Guia Orientador da Boa Prática de Cuidados ao Doente Renal Crónico em DP pode ser também uma estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar de saúde, já que várias disciplinas contribuem para o cuidado, embora não necessariamente o planeiem em conjunto.

Os Guias Orientadores da Boa Prática deveriam ser elaborados em complementaridade, contribuindo a enfermagem com a sua perspetiva particular, o que requer que os enfermeiros detenham um conjunto de competências de reconhecido valor nas práticas recomendadas. Com o avanço continuado dos conhecimentos profissionais, os contributos de uma disciplina como a Enfermagem para as recomendações da Boa Prática de Cuidados, podem e devem influenciar a sua capacidade de funcionar como parte integrante da equipa de saúde. Daí que se recomende a elaboração destes Guias Orientadores como meio para assegurar a excelência do exercício profissional.

**APÊNDICE V – O Papel da Enfermeira de Referência na Unidade de
Diálise Peritoneal**

O Papel da Enfermeira de Referência na Unidade de Diálise Peritoneal

Ao longo destas 5 semanas de estágio, foi-me possível perceber a importância fulcral da Enfermeira Referência (ER) dentro de uma Unidade de Diálise Peritoneal (UDP). Nessa unidade é ela quem planeia as ações e soluciona problemas que contribuem para a redução de complicações que possam interferir no método dialítico, proporcionando ao utente de Diálise Peritoneal (DP) uma maior segurança e confiança na qualidade do serviço prestado pela equipe de enfermagem.

Portanto, a ER direciona o cuidado focado no utente em DP, acolhendo-o no momento da constatação da doença com apoio psico-afetivo, assim como assistencialmente, através das técnicas e orientações pertinentes ao tratamento. Deste modo, tanto a família quanto o utente passam a ter uma aceitação da própria realidade.

Dentro deste contexto, esta reflexão tem como objetivo as recomendações para o cuidado de enfermagem ao utente em DP, a partir das observações por mim realizadas. A ER é o principal coadjuvante na UDP, pois é da sua responsabilidade, formular e executar estratégias educativas e assistenciais que visem uma maior qualidade de vida para estes utentes. Sendo assim, cabe a enfermeira divulgar mais sobre suas atividades voltadas para o utente em DP, já que seu cuidado é indispensável para o sucesso do tratamento implementado.

Percebe-se que entre os profissionais de saúde, a ER é quem atua de modo mais próximo e constante com os utentes. É esta que através do acompanhamento, deve planejar intervenções educativas junto dos utentes, de acordo com avaliação que realiza, numa tentativa de ajudá-los a reaprender a viver nessa realidade, tornando-se assim da Enfermeira de Referência (ER).

A DP envolve o transporte de solutos e de água através de uma membrana que separa dois compartimentos contendo líquidos. Esses dois compartimentos são o sangue nos capilares peritoneais e a solução de diálise na cavidade peritoneal. Durante o curso da DP ocorrem simultaneamente três processos de transporte: difusão, ultrafiltração e absorção.

As modalidades de diálise peritoneal utilizadas são: Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Contínua Automatizada (DPA), Diálise Peritoneal Noturna (DPN) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Diária (DPAD). A seleção de utentes para diferentes

modalidades dialíticas deve ser feita de acordo com a avaliação de vários parâmetros, como condições clínicas, sócio-económicas e de qualidade de vida.

Para que seja realizada a DP é necessário que o cirurgião insira um cateter de longa permanência. Atualmente, o mais utilizado é o cateter de Tenckhoff, que é um dispositivo inserido na região abdominal, contendo dois “cuff”, o primeiro é localizado no tecido subcutâneo, enquanto o segundo fica na parede do músculo reto-abdominal, ambos com função bacteriostática e para a própria fixação do cateter, através do surgimento de fibrina. A maioria das complicações de DP estão relacionadas ao cateter.

Neste sentido, a Diálise Peritoneal Ambulatorial (DPA), tanto contínua (DPAC) como automática (DPA), constituem alternativas terapêuticas que resgatam a liberdade de ação dos utentes e propiciam o controle mais efetivo do quadro clínico. No entanto, ainda hoje, muitos utentes são excluídos desta modalidade de tratamento devido a diferentes complicações que, embora sua incidência esteja diminuindo, ainda constituem o ponto fraco da DP.

A ação educativa direcionada ao utente renal crónico contribui positivamente na vida deste utente, pois possibilita descobrir maneiras de viver dentro dos seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e que consiga conviver com a doença e com o tratamento dialítico. Para que os utentes assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos.

Na terapia de DP, a enfermeira acompanha e auxilia o utente durante a implantação do cateter sempre atenta as características do penso no local de implante do cateter, extravasamento de líquidos, edema, sintomas uremicos e principalmente às queixas do utente (dor na drenagem e infusão).

Durante o processo de diálise a enfermeira enfatiza ao utente renal o cuidado específico e cauteloso com a realização do penso do cateter de DP, e ensina-o a observar qualquer anormalidade do orifício, prevenindo-o para futuras complicações infecciosas (peritonite) ou mecânicas que possam prejudicar o método de DP. Essas informações são transmitidas com clareza e firmeza, para que este sinta segurança e confiança neste profissional e obtenha uma adesão às orientações pertinentes ao tratamento.

Na presente UDP existe um projeto: instrumento de visita domiciliar configura a verdadeira realidade das condições de habitação e do contexto em que vive o

indivíduo e sua família, permitindo ao enfermeiro identificar fatores relevantes que auxiliaram na prestação da assistência integral à saúde. Mas, sem data de início...

A família também participa do cuidado ao utente renal, por isso é necessário que a enfermeira avalie a família, os aspetos de interação, integridade, saúde, enfrentamento e desenvolvimento, pois podem afetar a saúde do indivíduo e os resultados de intervenções. Os membros da família estão em interação contínua e influenciam as decisões em relação ao cuidado. A família propicia um exame mais detalhado da relação entre pessoa doente e pessoa sadia, o que pode ser considerado ponto crucial no controle e supervisão da doença crónica. A interação entre a ER e família é fundamental para que juntos estabeleçam estratégias para o produto principal da terapêutica do utente em DP, ou seja, o cuidado.

O utente com necessidades especiais de saúde na área renal, ao iniciar o tratamento dialítico, surpreende-se com os problemas que surgem. A insegurança sentida pelos utentes conscientes de que quanto mais tempo fazendo diálise maior a probabilidade de surgirem novas restrições de dieta, mudanças no estilo de vida, estado clínico imprevisível, além dos problemas financeiros que sobrecarregam a família, os tornam vulneráveis aos processos independência-dependência, saúde-doença, vida-morte.

Desta forma, a reflexão sobre a percepção de aceitar e conviver com o cateter implantado em seu corpo e a perspectiva do fato de ser definitivo, bem como a responsabilidade de realizar sua própria diálise. Assim, a ER constata que para alguns utentes não parecia tão claro, tão evidente e fácil imaginar um “tubinho plástico” como parte integrante de si: tocar-se e tocá-lo e se perceber percebê-lo e conviver com este como um apêndice de seu corpo.

A ER incentiva o utente na adesão ao método dialítico, proporcionando o conforto e ambiente favorável, para que este sinta-se seguro e descontraído para expressar seus medos e esclarecimentos de qualquer dúvida que possa surgir sobre o método e sua adaptação da nova rotina de vida.

Os programas psicoeducacionais, estabelecimentos de sistemas de apoio e aconselhamento são medidas que indicam redução no sofrimento, para todos os utentes, conversar sobre seus sentimentos, ajudá-los a lidar com seus conflitos reais e encorajá-los pode ajudar no processo de tratamento e recuperação. Também estes realizados pela ER.

A ER precisa desenvolver habilidades técnicas e humanas que possam favorecer o relacionamento interpessoal. É por meio da comunicação estabelecida

com o utente que podemos compreendê-lo no seu todo e ajudá-lo a reequilibrar-se mais rapidamente.

Por isso, é importante ressaltar que o desenvolvimento do sentimento de confiança na equipe de saúde depende do modo pelo qual as necessidades básicas do utente foram satisfeitas, nos seus primeiros dias de tratamento, pelas pessoas que lhe foram significativas. Se o atendimento desta necessidade não foi suficiente, o utente poderá tornar-se um ser desconfiado e inseguro.

Existe diversas técnicas que podem ser planeadas e executadas pela enfermeira com a finalidade de favorecer um bom relacionamento interpessoal. Porém ela só atinge este objetivo, porque é uma Enfermeira que elucida compromisso, responsabilidade e amor na profissão. A função da enfermeira em DP proporciona um cuidado aprimorado e um olhar diferenciado no que diz respeito aos seus utentes, pois possibilita que esta atue com competências e habilidades científicas que culminam com um conhecimento específico e direcionado.

A sistematização da sua prestação de cuidados torna-se mais detalhada podendo a enfermeira identificar com maior facilidade as complicações geradas pelos métodos dialíticos, garantindo uma solução mais astuta e eficiente. Os procedimentos técnicos também são específicos favorecendo o aprimoramento no cuidado do utente. A responsabilidade desses profissionais é indispensável, visto que, o foco principal é em uma diálise de qualidade que dê condições da manutenção da vida do utente.

Esse conhecimento científico especializado garante uma assistência mais planejada que reflete na segurança do paciente. O medo de morrer, perder o peritoneu, ou ter que fazer hemodiálise esta presente constantemente e a confiança do paciente no enfermeiro minimiza seus medos, promove maior adesão ao tratamento, além construir a confiança para que o paciente realize o auto-cuidado nas trocas de bolsas e nos cuidados pertinentes ao orifício de saída (OS).

A ER tem muito trabalho a desenvolver e planejar em conjunto com o utente e sua família, pois a saúde deste protagonista necessita de assistência, dependerá da responsabilidade e compromisso de quem cuida, sendo assim tanto enfermeira como família caminham em paralelo para um único bem comum, o bem-estar do utente em DP.

APÊNDICE VI – Doente Renal Crónico: uma realidade emergente

O doente renal crónico: uma realidade emergente

Atualmente, mais de metade da população portuguesa sofre de, pelo menos, uma doença crónica. Esta realidade tem-se vindo a agravar com o crescente desenvolvimento destas doenças no nosso país: cerca de 1% por ano na população em geral e de 2,5% por ano no grupo dos idosos. Estima-se, que em 2030, as doenças crónicas duplicarão no estrato populacional com mais de 65 anos.

É devido ao predomínio crescente dos doentes crónicos e do impacto desta realidade nas diferentes instituições de saúde que surgiu a necessidade de dar a conhecer as histórias de vida que, muitas vezes, ficam aprisionadas entre quatro paredes. Esta reflexão tem como objetivo principal enfatizar o doente renal crónico bem como todo o tipo de intervenção à qual é submetido ao longo de um tempo indeterminado. Trata-se de um percurso de dor contínua, por vezes insuportável, e até mesmo desesperante. Mas também de um caminho com várias paragens e intervenientes cujo intuito seja proporcionar-lhe sensações de alívio, calma, paz interior e, sobretudo, de esperança. O desfecho pode apresentar-se de várias formas, mas o que prevalece é a luta contínua, tanto do doente, como dos profissionais de saúde. Vale sempre a pena lutar pela vida e pela sua qualidade nem que seja somente por mais um minuto. É nesta ínfima fracção de tempo que pode ser despertado um sorriso ou um simples olhar tradutor da pacificidade da alma...

A tomada de consciência para este desafio, a luta ininterrupta de todos os profissionais de saúde para a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes, a oportunidade de se promover a implementação de programas de gestão da doença renal crónica, a partilha de informação/conhecimentos e a definição de respostas eficazes para este problema nacional e europeu são motivos suficientes para a exploração deste tema.

É dentro desta perspetiva que reconheço ser fundamental a criação de alianças entre as diferentes estruturas do serviço nacional de saúde (hospitais, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde continuados/ integrados) e as diferentes instituições sociais para que todos trabalhem em prol destes doentes, pelas suas fragilidades emocionais, físicas e sociais. Inevitavelmente, as mudanças que ocorrem na vida de um doente renal crónico são inúmeras. Tendo em consideração que o Homem é um ser dinâmico e em constante relação com a Terra e com o Mundo, apercebemo-nos que a sua condição de saúde não depende apenas da ausência da doença, mas também do seu bem-estar num todo: psicológico, físico, emocional e social.

Acredito que esta reflexão será certamente uma oportunidade para relançar a discussão sobre o tema, alertar e sensibilizar a população e as autoridades de saúde, e acima de tudo, despertar a possibilidade da mudança em Portugal!

Em jeito de conclusão, e porque a mudança é de todos e para todos, gostaria de partilhar convosco uma mensagem profunda; a mensagem de um olhar atento para a enfermagem e todos os profissionais de saúde...o quão importantes são para o doente renal crónico e todos aqueles que o rodeiam:

" Um dia, todos nós vamos para a solidão de um túmulo. Uma criança com um dia de vida já é suficientemente velha para morrer. A morte é a derrota da medicina. Todavia, apesar das limitações da ciência, devemos usar todas as nossas habilidades, não apenas para prolongar a vida, mas para fazer dessa breve existência uma experiência inesquecível. Os médicos devem ser pessoas de rara sensibilidade, artesãos das emoções, profissionais capazes de ver as angústias, ansiedades e lágrimas que se escondem sob os sintomas. Caso contrário, tratarão de órgãos e não de seres humanos. Acima de tudo, os médicos, bem como todos os profissionais da saúde, devem ser vendedores de sonhos. Pois se conseguirmos fazer os nossos pacientes sonharem, ainda que seja com mais um dia de vida ou com uma nova maneira de ver as suas perdas, teremos encontrado um tesouro que os reis não conquistaram..."

(Augusto Cury, "A Saga de um Pensador")