



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

Relatório de Estágio

VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
DIÁLISE PERITONEAL

Patrícia Alexandra Gonçalves da Fonseca Lopo

Lisboa

2022



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

Relatório de Estágio

VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
DIÁLISE PERITONEAL

Patrícia Alexandra Gonçalves da Fonseca Lopo

Orientador: Professora Maria Eulália Leite da Mota Novais

Lisboa

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que permaneceram ao meu lado nesta caminhada acadêmica.
O meu especial agradecimento: Aos meus filhos e família, pela força essencial;
Aos amigos de sempre, pela constante preocupação;
Aos colegas e aos meus doentes pelo apoio e compreensão;
Aos orientadores de estágio pela partilha, disponibilidade e apoio;
À professora Maria Eulália Novais pela orientação e motivação.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADNP - Atendimento de Doentes Não Programado

CLD - Cateter de Longa Duração

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da saúde

DP - Diálise Peritoneal

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

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

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAV - Fístula Arteriovenosa

FRR - Função Renal Residual

HD - Hemodiálise

IRCT - Insuficiência Renal Crónica Terminal

ISPD - International Society for Peritoneal Dialysis

JBH - Joanna Briggs Institute

LDL - Low Density Lipoprotein

OE - Ordem dos Enfermeiros

OS - Orifício de Saída do cateter peritoneal

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

pmp - per million people

SC - Supervisão Clínica

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TEP - Teste de Equilíbrio Peritoneal

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

TR - Transplante Renal

UC - Unidade Curricular

VD - Visita Domiciliária

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

UF - Ultrafiltração

RESUMO

Este relatório espelha o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na vertente de enfermagem nefrológica, através da análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e da realização da revisão *scoping*. Portugal é dos países da Europa com maior prevalência de pessoas em Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR). Relativamente à Diálise, a Hemodiálise (HD) é a TSFR com maior expressão, no entanto a Diálise Peritoneal (DP) tem vindo a apresentar crescimento.

A DP é uma TSFR realizada no domicílio e requer independência da pessoa para o autocuidado. A intervenção do enfermeiro de Nefrologia, nomeadamente o de DP, visa capacitar a pessoa para o autocuidado, mobilizando o sistema de enfermagem de apoio/educação, através de um programa de ensino estruturado, individualizado e contínuo. A Visita Domiciliária (VD) é uma ferramenta que permite ao enfermeiro de DP dar continuidade ao processo de ensino, inserido no ambiente domiciliar, permitindo observar de que forma o que foi ensinado na unidade é reproduzido no domicílio. A deteção de deficits para o autocuidado através da VD, irá permitir uma melhor direção no planeamento e atuação do enfermeiro de DP na prevenção de complicações e no envolvimento da família para a adesão ao regime terapêutico da pessoa em DP.

A revisão *scoping* integrada neste relatório pretende responder à questão de investigação: “Qual a importância da VD de enfermagem ao Doente Renal Crónico Terminal (DRCT) em DP?”. Conclui-se que a VD de enfermagem à pessoa em DP tem importância evidenciada no sentido da continuidade do processo de aprendizagem, em que o enfermeiro mobiliza o sistema de enfermagem de apoio/educação. Atua na prevenção de complicações com efeito na diminuição da taxa de Peritonite e infeção do Orifício de Saída (OS), na adaptação do ambiente domiciliar à terapia e no envolvimento da família na adesão ao regime terapêutico da pessoa em DP. Foi notória a escassez de estudos encontrados no que diz respeito à VD de enfermagem à pessoa em DP. Sendo evidente a sua importância, sugere-se maior investimento nesta área, no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em DP.

Palavras-Chave: Visita Domiciliária, Diálise Peritoneal.

ABSTRACT

This report reflects the development of Master and specialized nurse skills in Nephrology through a critical and reflective analysis of the activity performed in different internship grounds and the development of a scoping review. Portugal is one of the European countries with a higher rate of people undergoing Renal Function Replacement Therapy (RFRT). Within Dialysis methods, Haemodialysis (HD) is the most common Renal Function Replacement Therapy. Nevertheless, the number of patients undergoing Peritoneal Dialysis (PD) has been increasing.

PD is a RFRT that is performed at home and requires the patient to be self-sufficient in their caretaking. The Nephrology nurse and, particularly, the PD nurse's intervention aims to empower patients to self-care, mobilizing training/education nursing systems for structured, individualized and continuous teaching. Home Visit (HV) is a tool that allows the PD nurse to follow-up on the teaching process, inserted in the home environment, allowing an observation of how the processes learned in the hospital unit are applied at home. The deficit detection in self-care through HV allows better planning and performance of the PD nurse in preventing complications and involving families in adhering to the therapeutic treatment of the PD patient.

The scoping review integrated in this report intends to answer the following investigative question: "Of which importance is the nursing HV to the Terminal Chronic Renal Patient (TCRP) in PD?". It was concluded that the HV nursing to PD patients is evidently important in the continuity of the learning process in which the nurse mobilizes training/education nursing systems. It acts in preventing complications, effective in the lower rate of Peritonitis and Exit Site (ES) infections, the adaptation of the household environment and the family involvement in the therapeutic treatment of the PD patient. The scarcity of studies found regarding HV to PD patients was noticeable. Being of evident importance, an increased investment in this field would improve the care provided to PD patients.

Keywords: Home Visit, Peritoneal Dialysis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1 - QUADRO CONCEPTUAL	14
1.1 - Da doença renal crónica à diálise peritoneal	14
1.2 - A visita domiciliária de enfermagem em diálise peritoneal	17
1.3 - Competências comuns do enfermeiro especialista	18
1.4 - Competências específicas do enfermeiro em nefrologia	19
1.5 - Níveis de competências segundo Patricia Benner	19
1.6 - Perspetiva teórica de enfermagem	20
2- METODOLOGIA	21
3- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	25
3.1 - Ensino Clínico em Hemodiálise	25
3.1.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	27
3.1.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade	29
3.1.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	32
3.1.4 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	33
3.2 - Ensino Clínico em Diálise Peritoneal	35
3.2.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	37
3.2.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade	40
3.2.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	45
3.2.4 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	46
3.3 - Ensino Clínico Internamento Nefrologia	49
3.3.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal/Domínio da melhoria contínua da qualidade	51
3.3.2 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	54
3.3.3 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	56
4 - ESTUDO SOBRE “ VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMGEM À PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL: UMA REVISÃO SCOPING”	59
4.1 – Introdução	59
4.2 – Metodologia	62

4.3 - Apresentação de resultados	64
4.4 - Discussão dos resultados	72
4.5 – Conclusões	77
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

APÊNDICES

Apêndice I - Atividades a desenvolver nos estágios.

Apêndice II - Apresentação da formação: “Diálise Peritoneal Transição Temporária para Hemodiálise”.

Apêndice III - Reflexão crítica: “A primeira Visita Domiciliária em Diálise Peritoneal”.

Apêndice IV - Convite formação – “Diálise Peritoneal Automatizada - Procedimentos”.

Apêndice V - Apresentação formação – “Diálise Peritoneal Automatizada – Procedimentos”.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da estratégia de pesquisa.....	64
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Principais características dos artigos incluídos na revisão <i>scoping</i>	67
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 12º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Nefrológica, sendo este o método de avaliação desta UC.

Desde 2003 desenvolvo a minha atividade profissional num serviço de Nefrologia, unidade de internamento, em 2016 integrei a unidade de DP que pertence ao mesmo serviço. Ao integrar este curso de mestrado e especialização em enfermagem pretendo desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar da pessoa com doença renal, no sentido da melhoria contínua dos cuidados a prestar.

O projeto que anteriormente elaborei, pressupunha a realização de estágios na área da Nefrologia. Como objetivos gerais para os estágios defini: desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e desenvolver Competências Específicas do Enfermeiro de Nefrologia da European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), de acordo com Chamney (2007). Realizei 3 estágios em contextos da prática, durante 18 semanas: HD, DP e internamento de Nefrologia.

Tomei em consideração o referencial teórico de Patricia Benner no que diz respeito à análise da aquisição e desenvolvimento de competências desenvolvidas em estágio, permitindo definir o nível de perícia atingido em cada contexto da prática clínica.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências como mestre, especificamente na área da investigação, elaborei uma revisão da literatura do tipo *Scoping Review*, subordinada ao tema “Visita Domiciliária de enfermagem à pessoa em Diálise Peritoneal”. A escolha do tema surge da prática clínica na Unidade DP onde exerço funções. Sendo a DP uma terapia domiciliária, considero a ausência do enfermeiro da Unidade de DP no domicílio, pela inexistência da VD, uma lacuna no que diz respeito à continuidade do processo de aprendizagem e à prevenção de complicações. Numa fase inicial, no que diz respeito à adaptação do ambiente domiciliário à terapia, de forma a manter a segurança e com a observação da

execução da técnica, perceber de que forma a pessoa interiorizou o aprendido, tendo a oportunidade de corrigir falhas e adaptar a técnica ao domicílio. Durante a permanência da pessoa na terapia, no sentido de corrigir desvios face ao ensinado, promovendo a continuidade dos cuidados para uma independência em segurança.

Durante o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos e na elaboração da revisão *Scoping* elegi o referencial teórico de Dorothea Orem, sendo o que melhor se ajusta à pessoa em DP e ao tema em estudo. Uma vez que tem como conceito base o autocuidado. Cabe ao enfermeiro de DP através da VD, identificar déficits para o autocuidado e mobilizar o sistema de enfermagem de apoio/educação, de forma a promover o autocuidado no que diz respeito à gestão do regime terapêutico da pessoa em DP.

Este relatório é composto por 5 capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao quadro conceptual, este percorre os conceitos referentes ao tema em estudo, tais como: Doença Renal Crónica (DRC)/DP; VD de enfermagem em DP; competências comuns do enfermeiro especialista; competências específicas do enfermeiro de Nefrologia; modelo teórico de Patricia Benner e perspetiva teórica de Dorothea Orem. O segundo capítulo evidencia a metodologia utilizada para a realização deste relatório de estágio. No terceiro capítulo apresento as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, de acordo com os objetivos delineados no sentido do desenvolvimento de competências, utilizando como suporte a fundamentação teórica. O quarto capítulo diz respeito à *Scoping Review* com o tema, Visita Domiciliária de enfermagem à pessoa em Diálise Peritoneal e o quinto capítulo apresenta as considerações finais relativas a este relatório.

1 - QUADRO CONCEPTUAL

Este capítulo visa descrever os conceitos teóricos subjacentes à temática a desenvolver. Inicia-se pela abordagem à DRC numa gradação de conceitos até à temática em estudo, nomeadamente a VD de enfermagem em DP. Serão destacados o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019), as Competências Específicas do Enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), o modelo teórico de Patricia Benner relativo à aquisição de competências em Enfermagem e o modelo teórico de Enfermagem de Dorothea Orem, que vai ao encontro da temática em estudo, sendo norteadora quanto à atuação do enfermeiro de Nefrologia face à pessoa/família em DP.

1.1 - Da doença renal crónica à diálise peritoneal

A DRC tal como evidencia Vinhas et al. (2020), é considerada um dos principais problemas de saúde ao nível mundial, com uma prevalência a aumentar (20,9%) tendo em conta o envelhecimento global, a crescente prevalência da Hipertensão Arterial e da Diabetes, o que se traduz num aumento do consumo de recursos e despesas no que diz respeito aos cuidados em saúde. Segundo os mesmos autores a DRC apresenta um risco cardiovascular aumentado, morbilidade, mortalidade prematura e diminuição da qualidade de vida. Define-se por uma anomalia renal ao nível estrutural ou funcional, com duração de 3 meses ou mais, tornando-se irreversível.

A função renal e o valor da proteinúria permitem estabelecer o risco de evolução da doença, definir estratégias e avaliar intervenções. A DRC classifica-se em 5 estádios de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), sendo que é no 5º estádio que se atinge a falência renal (Ponce, 2020).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012), a Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) define-se por uma TFG < a 15 ml/min/1.73m², o que implica a curto prazo o início de uma TSFR. São opções de TSFR a HD, a DP e o Transplante Renal (TR). Em Portugal, de acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), em 2020 a prevalência de pessoas com IRCT em tratamento

dialítico era de 1294 pmp (Galvão et al. 2021), o que reflete o impacto da DRC na população portuguesa.

A DP é uma terapia domiciliária associada a uma melhoria da qualidade de vida, pela sua flexibilidade, sendo menos perturbadora face às rotinas de vida diárias, no entanto implica autodeterminação por parte da pessoa e família/cuidador. É objetivo na DP a preservação da FRR, que implica maior equilíbrio metabólico, refletindo menos restrições alimentares/hídricas e a preservação dos acessos vasculares, tendo em conta a limitação desta terapia no tempo e a necessidade de transferência para HD (Ponce, 2020).

A DP é realizada diariamente, de forma contínua ou intermitente, no domicílio, pela pessoa de forma autónoma, por familiar ou prestador de cuidados. (Andreoli & Totoli, 2020). Esta TSFR, inclui a cavidade abdominal e o peritoneu, usado como filtro fisiológico e o cateter de DP através do qual é instilada na cavidade abdominal uma solução estéril, que fica em permanência, período em que se dá o processo de diálise. Após esse período é drenado o efluente (Ponce, 2020). A solução de DP, após ter sido introduzida na cavidade abdominal, entra em contacto com o peritoneu (membrana semipermeável), mais especificamente com os seus capilares sanguíneos e linfáticos, permitindo o transporte de produtos da excreção renal por difusão/convecção e líquidos por ultrafiltração osmótica, uma vez que esta é hiperosmolar face ao plasma pela presença de agentes osmóticos, sendo a glicose o mais utilizado (Andreoli & Totoli, 2020).

De acordo Johnson, Feehally & Floege (2016) o sucesso da DP, depende de certa forma de um acesso à cavidade abdominal permanente e seguro. O cateter mais utilizado é o de Tenckhoff encaracolado com dois cuffs de Dacron, estes permitem a aderência à parede abdominal, o não extravasamento peri cateter e a infeção, por efeito de barreira. O mesmo pode ser colocado cirurgicamente por minilaparotomia ou laparoscopia, pode ainda ser colocado por um Nefrologista pela técnica de Seldinger, também conhecida como “técnica às cegas” com fio guia. O cateter é bidirecional, permitindo a infusão e a drenagem da solução de DP na cavidade abdominal.

Existem duas técnicas de DP, a Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), efetuada manualmente em 3 a 5 trocas durante o dia, em que será infundida uma solução de DP na cavidade abdominal, num volume que difere entre 1,5L a 2,5L, permanecendo o mesmo na cavidade abdominal durante 4 a 12 horas e a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), nesta técnica os ciclos de DP são realizados

automaticamente com recurso a uma cicladora, geralmente no período noturno, que pode variar entre 8 a 10 horas, com diversos ciclos e tempos de permanência de acordo com a prescrição dialítica (Johnson et al., 2016).

As complicações relativas à DP podem estar relacionadas com a técnica, de carácter infeccioso, nomeadamente a Peritonite (considerada um indicador de qualidade em DP) e a infeção do túnel/OS do cateter, podem estar relacionadas com problemas mecânicos, diálise inadequada e esclerose peritoneal encapsulante. As relacionadas com a pessoa dizem respeito à perda de autonomia, Burnout da pessoa ou cuidador e cirurgias que comprometam a zona abdominal ou tumores (Ponce, 2020).

Os protocolos das unidades de DP, devem ter por base as diretrizes da International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD), no que diz respeito à visão geral da DP, técnica assética, lavagem das mãos e uso de máscara, realização das técnicas, medidas quanto ao controlo de infeção, cuidados com o OS do cateter, complicações (peritonite, sobrecarga hídrica, problemas de drenagem, obstipação, infeção do OS, fugas, dor e adição de medicação Intra peritoneal), manutenção de registos e VD (Bernardini, Price & Figueiredo, 2006).

O enfermeiro de DP, acompanha a pessoa/família desde a colocação do cateter até à saída do programa. Desta forma, de acordo com Silva, C. et al. (2019), citando Dias, C. (2014)

O relacionamento entre o enfermeiro, cliente e família é de grande importância, sendo ele primordial para a qualidade desse tratamento, é fundamental para o sucesso da terapia. O enfermeiro é o profissional da saúde que está em convívio mais próximo com o cliente, criando programas e práticas educativas, além do conhecimento em nível científico e da habilidade técnica, entendimento e atitude que leva a satisfação, segurança e conscientização do cliente aceitando e colocando em prática suas orientações (p.70).

O processo de ensino/aprendizagem contínuo inicia-se pela avaliação inicial da pessoa, das condições habitacionais relativamente ao local onde se irá realizar a técnica e condições de armazenamento dos materiais, pela aprendizagem da técnica, os cuidados a ter com o cateter de DP e a identificação de possíveis complicações, bem como a atuação mais correta perante as mesmas. A manutenção da assepsia e a segurança são pilares a considerar na atuação do enfermeiro, resultantes da educação, treino, compromisso e confiança (Silva, C. et al., 2019).

1.2 - A visita domiciliária de enfermagem em diálise peritoneal

O programa educativo em DP passa pela capacitação da pessoa/família para autocuidado terapêutico. No que diz respeito à realização da técnica, a aspectos relacionados com assepsia, adaptação do ambiente domiciliário, cuidados com o OS, armazenamento de material e a detecção precoce de possíveis complicações e respetiva resolução. Essa capacitação, visa o desenvolvimento de capacidades motoras e cognitivas, através da abordagem de aspectos teórico-práticos, para a realização da terapia de forma autónoma e segura, bem como a prevenção e reconhecimento de complicações.

Em 2016, a ISPD Nursing Liaison Committee recomenda a VD como parte dos cuidados gerais à pessoa em DP, de modo a proporcionar uma visão do caminho no que respeita ao processo de aprendizagem e de forma a promover uma melhor adaptação da pessoa no seu próprio ambiente (Bernardini, Price & Figueiredo, 2006). Mais recentemente a OE (2020) preconiza, de acordo com o Manual de Boas Práticas em DP, que a VD seja implementada em serviços de Nefrologia com programa de DP. Recomenda ainda, que seja efetuada pelo enfermeiro que acompanhou o processo de aprendizagem à pessoa/família. Antes do início da técnica no domicílio, a fim de avaliar condições estruturais, dinâmica familiar e adaptação da técnica ao domicílio. Após o início da técnica de forma a facilitar a passagem da Unidade de DP para o domicílio, de acompanhamento e avaliação de forma a aferir a técnica e prevenir complicações, com uma periodicidade mínima de 3 sessões anuais.

A VD de enfermagem, visa a melhoria da continuidade dos cuidados à pessoa em DP no ambiente domiciliário. Sendo a pessoa o foco, a colaboração e compreensão dos elementos que compõem o seu núcleo familiar é essencial para o sucesso do tratamento, uma vez que a DP não implica apenas mudanças estruturais no lar, mas também direta ou indiretamente na vida familiar. O envolvimento da família no processo de tratamento irá conferir à pessoa maior segurança, confiança e estabilidade emocional, por seu lado o contacto do enfermeiro com a pessoa no seu domicílio permite estabelecer vínculos, conhecer vivências, valores e crenças o que poderá influenciar positivamente o processo de cuidar (Cunha P. et al., 2017).

De acordo com Bordin, Casati, Sicolo, Zuccherato & Eduati (2007), a VD de enfermagem permite entre outros aspectos reconhecer lacunas relativamente à perda

de conhecimentos com consequências no domínio técnico, permitindo atempadamente agir e assim minimizar possíveis complicações. Neste sentido estes fatores merecem ser considerados no que diz respeito às posturas organizacionais e às políticas de saúde, no que se refere à VD em DP.

A VD de enfermagem em DP não é uma prática uniforme nas Unidades de DP em Portugal, mesmo havendo a evidência, noutros países, de uma menor taxa de complicações infecciosas, nomeadamente a Peritonite nas unidades que a realizam.

1.3 - Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Diário da República (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019), as competências envolvem dimensões no que diz respeito à educação (dos utentes e pares), de orientação e aconselhamento, liderança e investigação (responsabilidade de descodificar e disseminar), no sentido da melhoria contínua da prática de cuidados de enfermagem.

Através do referido regulamento a OE definiu 4 competências que serão uma das bases para a concretização deste relatório e que são:

- Competências do domínio da responsabilidade ética e legal (agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais);
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (governança clínica dinâmica, desenvolvimentista, melhoria contínua da qualidade e segurança na prática de cuidados);
- Competências do domínio da gestão dos cuidados (otimizando a resposta e articulação da equipa de saúde, liderança e gestão visando a qualidade dos cuidados);
- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, baseados em evidência científica).

1.4 - Competências específicas do enfermeiro em nefrologia

Tendo em conta a definição do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2019), são competências específicas:

as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo da intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019, p.4745).

Uma vez que a OE não tem definidas competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de enfermagem nefrológica, serão analisadas e/ou desenvolvidas competências, segundo o quadro de competências da EDTNA/ERCA, específicas de Chamney (2007), para o enfermeiro de Nefrologia, nos contextos de internamento em Nefrologia, HD e DP.

1.5 - Níveis de competências segundo Patricia Benner

Patricia Benner (2001), no seu livro “De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem”, aplica o Modelo de Dreyfus, concebido através do estudo de aquisição de perícia, por parte de jogadores de xadrez e pilotos de aviões. A autora no seu estudo dirigido à enfermagem, enfatiza a experiência profissional do enfermeiro, para a aquisição de competências, considerando que o conhecimento prático é alcançado com o tempo e com a aprendizagem clínica.

Patricia Benner na sua obra, aponta para o desenvolvimento de competências do enfermeiro cinco estádios de desenvolvimento: Iniciado (estádio 1), o enfermeiro não tem experiência para as situações práticas com que se depara, a sua prática é guiada por normas e regras e pode ter dificuldade a estabelecer prioridades; Iniciado Avançado (estádio 2), o enfermeiro apresenta um comportamento aceitável uma vez que já lidou com situações reais, recorre às experiências anteriores idênticas, no entanto necessita de ajuda para estabelecer prioridades; Competente (estádio 3), o enfermeiro trabalha no mesmo serviço à pelo menos 2 ou 3 anos, lida com imprevistos, analisa conscientemente as situações, estabelece prioridades e planeia as suas intervenções; Proficiente (estádio 4), o enfermeiro tem uma perceção global das situações, guia as suas ações por máximas (reflete nas especificidades das

situações), tem capacidade de decisão mais eficiente, ao reconhecer acontecimentos típicos em determinadas situações, no entanto em situações mais complexas ou novas, poderão exigir processos de aprendizagem e Perito (estádio 5), o enfermeiro tem grande experiência, usa a intuição na compreensão da situação e considera aspetos menos relevantes. Relativamente às situações com que se depara, age com rapidez e em conformidade. Tem facilmente o reconhecimento dos seus pares e utentes, face à sua notável postura e a forma como gere ou participa em situações complexas.

O referencial teórico de Patricia Benner irá permitir através da análise de cada estágio, situar-me no início e no final de cada ensino clínico em relação aos estádios correspondentes. Permitindo ter um raciocínio crítico face à aquisição de competências ao longo do tempo e de acordo com as experiências.

1.6 - Perspetiva teórica de enfermagem

A área temática a desenvolver nesta etapa formativa diz respeito, à assistência de enfermagem no domicílio à pessoa/família que optou por DP, esta pressupõe a promoção do autocuidado, em segurança e a prevenção de complicações.

De acordo com Leone, Oliveira, Neves, Prado & Castro (2021), o autocuidado é baseado no suporte educativo contínuo e na identificação o mais precoce possível de possíveis complicações, o que implica da parte do enfermeiro em DP, sensibilidade para identificar as lacunas e promover a respetiva intervenção junto da pessoa/família, o que pressupõe uma assistência sistematizada, que tem como suporte o processo de enfermagem no sentido de evitar lacunas, identificar necessidades, delinear intervenções e possibilitar a avaliação das mesmas de forma a direcionar a assistência de enfermagem. Neste sentido a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem é a que melhor se enquadra para o cuidado à pessoa em DP.

A Teoria do Autocuidado, é condição para o sucesso no percurso em DP, salienta-se o autocuidado terapêutico, que inclui todos os cuidados prescritos, desde a execução da técnica em segurança, ao regime medicamentoso, à alimentação e ao exercício físico e nos requisitos do autocuidado, os requisitos de desvio em saúde, uma vez que estes se referem às tomadas de decisão exigidas face à doença, com objetivo de recuperação, reabilitação e controlo.

O acompanhamento de enfermagem em todo o percurso da pessoa/família em DP visa identificar deficits no autocuidado, promovendo intervenções que visam a melhor qualidade de vida e a prevenção de complicações, envolvendo a pessoa e família no seu ambiente familiar.

Ainda de acordo com os autores supracitados, a Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem, é acionada quando é reconhecido um deficit de autocuidado que pressupõe a atuação de enfermagem, que por seu turno ativa a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve a possibilidade de assistência à pessoa com deficit no autocuidado. Nos três sistemas incluídos nesta teoria salienta-se o sistema de apoio à educação, tendo em conta que a pessoa ou cuidador designado terão a capacidade de promover o autocuidado terapêutico, no entanto terão de aprender as atividades de autocuidado terapêutico ensinadas pelo enfermeiro de DP (Leone, D. et al., 2021).

A Teoria de Enfermagem de Orem aplicada à pessoa em DP é um suporte teórico que fundamenta o processo de enfermagem e a sistematização da assistência, sendo esta fundamental na prevenção de complicações e na sobrevivência da pessoa em DP (Leone, D. et al., 2021).

2- METODOLOGIA

A UC Estágio com relatório de acordo com o seu plano de estudos, pressupõe a realização de 3 estágios (18 semanas), essenciais para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, na vertente nefrológica. Estes foram realizados na Unidade de HD, Unidade de DP e internamento de Nefrologia, de uma mesma unidade hospitalar na região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta foi escolhida, por ser considerada em Portugal uma instituição de referência em Nefrologia, com várias vertentes nesta especialidade, permitindo um vasto leque de oportunidades no cuidado à pessoa com doença renal.

Os objetivos definidos por campo de estágio, foram ao encontro da aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA, evidenciadas na obra Competency Framework (Chamney, 2007). Na Unidade de HD desenvolvi as competências de: cuidar da pessoa na sessão de HD; monitorizar o tratamento hemodialítico; rever a estratégia dialítica com a pessoa em HD; apoiar a pessoa em HD na transferência para clínica satélite. Na Unidade de DP desenvolvi as competências específicas de: apoiar a pessoa submetida a DP através de cuidados individualizados; preparar o início do tratamento de DP; cuidar da pessoa em DP; ensinar a pessoa em DP no que diz respeito ao regime terapêutico; apoiar a pessoa na mudança da DP para HD. Por último no Internamento de Nefrologia desenvolvi como competências específicas: contribuir para um trabalho eficaz na equipa multidisciplinar; acompanhar e monitorizar a pessoa com doença renal; acordar o plano de cuidados com a pessoa internada com doença renal; permitir à pessoa e sua família compreender a insuficiência renal estabelecida e o seu tratamento; ajudar a pessoa na decisão sobre o seu interesse em começar uma TSFR e de que forma; permitir à pessoa com doença renal e/ou ao prestador de cuidado de saúde cuidar dos diferentes tipos de acesso para diálise; apoiar a pessoa na enfermaria com cuidados individualizados; apoiar a pessoa internada em DP; apoiar a pessoa com doença renal na gestão do regime medicamentoso; manter competências interpessoais eficazes com a equipa e pessoa internada; satisfazer as necessidades culturais e espirituais da pessoa com doença renal.

A metodologia de investigação utilizada para o tema em estudo é a revisão *scoping*. As revisões *scoping* da literatura são: “projetos exploratórios que mapeiam sistematicamente a literatura disponível num tópico, identificando conceitos-chave, teorias, fontes de evidência e lacunas na investigação” (Peters M. et al., 2020, citando Grimshaw J., 2020, p.2121). Defini como título: “Visita Domiciliária de Enfermagem à Pessoa em Diálise Peritoneal - *scoping review*”.

A DP embora com pouca expressão face às restantes TSFR, tem vindo a crescer em Portugal. Desde 1999 a 2020 verificou-se um aumento do número de pessoas a iniciarem DP, em 2020 iniciaram DP 239 pessoas em Portugal (Galvão et al. 2021).

Com o crescimento dos programas de pessoas em DP, deve também aumentar a preocupação em aperfeiçoar programas de ensino e a assistência contínua a estas pessoas e famílias. De forma a promover a qualidade dos cuidados prestados e a diminuição de complicações em DP.

Das causas que implicam a saída do programa de DP, a com maior expressão é a infeção (40,1% em 2020), a forma mais grave de infeção é a Peritonite, seguida da infeção do OS e/ou túnel subcutâneo. Estas fazem parte de fatores possivelmente modificáveis, uma vez que estão associados a falhas na técnica, normalmente relacionadas com assepsia.

A intervenção do enfermeiro de DP é fundamental no que diz respeito, ao processo contínuo de ensino/aprendizagem, no sentido de promover estratégias individualizadas para com a pessoa/família em DP, de forma a promover o autocuidado em segurança e a prevenir complicações.

No sentido da melhoria contínua dos cuidados à pessoa em DP e de acordo com a minha experiência profissional numa Unidade de DP, existe uma lacuna na assistência de enfermagem a estas pessoas, nomeadamente a VD. Embora esta seja recomendada pela ISPD e pela OE, com diretrizes específicas, na realidade em Portugal a VD realizada pelo enfermeiro da Unidade de DP não é prática corrente.

A VD efetuada pelo enfermeiro da unidade de DP, promove a condução do processo educacional até ao domicílio, local que será o palco da ação. Permite cimentar a interação enfermeiro/doente e o envolvimento da família, também implicada nas alterações que a DP promove na dinâmica familiar. Será também a forma de melhor entender as relações sociais, aspetos económicos, culturais, políticos

e espirituais, que poderão interferir na concepção e no autocuidado em saúde (Cunha et al., 2017).

A realização da VD ao nível institucional, contribui para o seguimento desta terapia no domicílio, no acompanhamento do doente e família, na deteção precoce de complicações pelo reconhecimento de lacunas ao nível da técnica, de questões relacionadas com a assepsia e com as condições do domicílio relacionadas com a DP. Trata-se de um momento de maior proximidade entre o enfermeiro e o doente/família, permitindo a estes uma participação ativa, questionadora e reflexiva, como sujeitos transformadores no processo de saúde (Marinho, Ramos, Oliveira, Caramoni & Fontes, 2020).

3- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo, pretendo descrever e refletir acerca das atividades realizadas nos diferentes ensinos clínicos, de acordo com o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área da Nefrologia. De acordo com os domínios das competências comuns, do Enfermeiro Especialista da OE (Regulamento nº 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), indo ao encontro das atividades delineadas aquando da elaboração do projeto de estágio com relatório, apresentadas nos quadros do Apêndice I.

Foram realizados 3 ensinos clínicos, na mesma unidade hospitalar num período de 18 semanas (entre 12/10/2021 e 23/02/2022), na Unidade de HD, na Unidade de DP e no serviço de internamento de Nefrologia. Trata-se de uma unidade hospitalar, situada na Região de Lisboa e vale do Tejo. Esta faz parte de um Centro Hospitalar e é considerada de referência no que diz respeito à Nefrologia. Assiste a pessoa com alteração da eliminação renal, em Consulta Externa, que inclui a consulta de Nefrologia, a Consulta de Esclarecimento em DRC, a Unidade de TR e a Unidade de DP. Tem um serviço de internamento de Nefrologia e a Unidade de HD. Existe ainda, uma estreita ligação da Nefrologia com o serviço de Cirurgia Geral e Bloco Operatório, no que diz respeito ao TR, à construção de acessos vasculares para HD e à implantação de cateteres de DP por laparoscopia.

3.1 - Ensino Clínico em Hemodiálise

No período de 12/10/2021 a 16/11/2021, realizei ensino clínico no serviço de Nefrologia, especificamente na Unidade de HD, da instituição supramencionada.

Esta unidade, realiza HD a pessoas internadas em qualquer serviço do centro hospitalar a que pertence; em ambulatório; em isolamento por VIH, Hepatite B e C. Realiza ainda, outras técnicas de tratamento dependentes da circulação extracorporeal, como a Plasmaferese e LDL Aférese, esta técnica realiza-se apenas em duas Unidades em Portugal.

À data do ensino clínico, esta unidade ainda apresentava alterações funcionais reflexo da pandemia por COVID 19, relativamente ao número de pessoas em HD e

pela deslocação da equipa (médico e enfermeiro) às duas instituições do mesmo centro hospitalar efetuar HD a pessoas internadas. Antes da pandemia, esta Unidade efetuava HD em regime de ambulatório a 60 pessoas, tendo sido reduzido esse número em 50%. Ficando a Unidade com maior disponibilidade para receber pessoas Covid positivas, uma vez que estas só efetuam HD em Unidades hospitalares. Por outro lado, para evitar deslocação de pessoas entre unidades de saúde, a equipa da HD (médico e enfermeiro) deslocavam-se de acordo com as necessidades, às instituições do mesmo Centro Hospitalar efetuar HD a pessoas aí internadas. De salientar, o esforço da equipa para responder às necessidades do serviço em termos de recursos humanos.

Nesta Unidade, realiza-se tratamento a pessoas com indicação para HD em contexto hospitalar, pela complexidade do seu estado de saúde ou por início urgente de HD, até estarem reunidas as condições de transferência para clínicas satélite e pessoas provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), até que o seu processo de legalização esteja completo.

A Unidade, dispõe 4 salas para realização de HD. Três com 5 postos, 1 sala convertida em isolamento, reservada a pessoas Covid positivo. Esta não foi utilizada durante o ensino clínico. Existe ainda uma sala com um posto, exclusivamente destinado a pessoas com Hepatite B. Todas as salas mantêm contacto visual entre si, permitindo maior interação e interajuda entre a equipa durante as sessões. Esta unidade dispõe de 21 monitores de HD.

No que diz respeito aos recursos humanos de enfermagem por turno, cada sala tem distribuídos 2 enfermeiros e 1 enfermeiro encontra-se em exclusivo na sala de isolamento para pessoas com Hepatite B. Existe ainda, 1 enfermeiro responsável por turno, assumindo a função de gestão da Unidade.

Os recursos humanos de enfermagem cumprem as dotações seguras de 1 enfermeiro para 4 pessoas, tal como é recomendado pela OE no Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com DRCT em HD (2016). No que se refere ao número de enfermeiros especialistas por turno, a OE apenas recomenda que as dotações devem refletir a qualificação profissional, face às respostas de Enfermagem, nomeadamente ao nível do Enfermeiro Especialista. Com a recomendação, que se caminhe no sentido de que cada Unidade, tenha pelo menos 50% dos enfermeiros com competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, ou à pessoa em situação crónica ou paliativa (Melo et al., 2016).

Esta Unidade conta com 23 enfermeiros, 8 especialistas (34,78%), 5 dos quais (21,73%) em Enfermagem Médico–Cirúrgica na vertente Nefrológica. Embora o número de enfermeiros especialistas não tenha uma expressão ótima, os restantes enfermeiros revelam uma vasta experiência em HD, adquirida ao longo de anos. A maior parte da equipa é composta por enfermeiros Peritos. De acordo com Patricia Benner, o enfermeiro Perito tem grande experiência, usa a intuição na compreensão da situação e considera aspetos menos relevantes. Relativamente às situações com que se depara, age com rapidez e em conformidade. Tem facilmente o reconhecimento dos seus pares e utentes, face à sua notável postura e á forma como gere ou participa em situações complexas (Benner, 2001).

A restante equipa multidisciplinar, é composta por Nefrologistas, Assistentes operacionais, Nutricionista e Assistente Social.

Relativamente ao tipo de HD, a realizada é de baixo fluxo. Em Portugal, no ano de 2020, das 12458 pessoas em TSFR por HD, apenas 228 efetuavam este tipo de HD (Galvão et al., 2021). Este fato, deve-se a constrangimentos relativos à incapacidade da estação de tratamento de águas para outro tipo de HD. Também por esse motivo os monitores de HD, não são recentes. Nesta Unidade, a maioria das pessoas em TSFR, têm como acesso vascular o Cateter Venoso Central de Longa Duração (CLD). No ano de 2020, em Portugal, 56,6% das pessoas que iniciaram HD tinham como acesso vascular o CLD e 38,2% a Fistula Arteriovenosa (FAV) (Galvão et al., 2021).

Segue-se uma reflexão, entre as atividades planeadas para o ensino clínico em HD e as desenvolvidas durante o mesmo, de acordo com os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista da OE (Regulamento nº 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), evidenciadas nos quadros do Apêndice I.

3.1.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Durante o ensino clínico, foi fomentada a prestação de cuidados olhando a pessoa como um todo, tendo em conta as suas características individuais,

preferências, aspectos sociais, familiares e culturais. Com vista à promoção da saúde e do autocuidado.

Benites, Figueiredo, Canuso & Francioni (2022), citando Cardoso & Sade (2012) e Freitas et al. (2010), no que se refere à atuação do enfermeiro em HD, destacam as atividades de educação para a saúde como importantes atribuições para a pessoa em HD. No sentido, de empoderar a pessoa, transformando-a em ator participante do seu autocuidado. Cabe ao enfermeiro, orientá-la para práticas de saúde saudáveis, estimulando-a a aderir ao tratamento, no sentido da melhor qualidade e expectativa de vida.

De acordo com a teórica Orem, o processo de enfermagem é um método de determinação de deficits para o autocuidado, que permite direcionar as intervenções de enfermagem, no sentido de satisfazer as exigências de autocuidado. Contempla a fase de diagnóstico e prescrição, determinada pela necessidade ou não de cuidados de enfermagem. A fase de planejamento, de acordo com os sistemas de enfermagem e execução das respectivas ações, no sentido de capacitar a pessoa como agente do seu autocuidado e por último, a fase em que o enfermeiro presta auxílio de acordo com os deficits de autocuidado, no sentido de alcançar os resultados de saúde pretendidos. A última fase contempla também, avaliação dos resultados, contínua, em que enfermeiro e pessoa, juntos avaliam a efetividade dos resultados e as alterações necessárias com vista aos objetivos esperados (Sampaio & Guedes, 2012).

Neste ensino clínico, os ensinamentos foram direcionados majoritariamente no que diz respeito: ao regime alimentar e hídrico, diretamente relacionado com o ganho de peso inter dialítico, através da sensibilização para a manutenção do peso seco; o cumprimento do regime medicamentoso, como adjuvante face ao tratamento da DRCT; aos cuidados com o acesso para HD, tendo em vista a sua maior longevidade, preservação e diminuição de complicações e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

A educação para a saúde, é o pilar que sustenta a Teoria do Autocuidado de Orem e quando adotada adequadamente à pessoa, melhora o quadro clínico, evita intercorrências, possibilita autonomia e conseqüentemente melhora a qualidade de vida. As ações de enfermagem fundamentam o processo de educar e cuidar, com a finalidade de atender às necessidades humanas básicas, físicas, mentais e espirituais (Xavier & Lima, 2018).

Durante o ensino clínico, os ensinamentos que efetuei, surgiram por necessidades identificadas, durante a prestação de cuidados e de forma planeada através do processo de enfermagem. Este, inclui o foco “Conhecimento” continuamente. Tratando-se de um processo dinâmico, em que as intervenções de enfermagem, são planeadas de acordo com as necessidades educativas, que vão sendo identificadas.

Durante as sessões de HD, mantive uma atitude disponível e empática no sentido de promover abertura para o esclarecimento de dúvidas e exposição de sentimentos. Foi cumprido o direito à informação (este promove o envolvimento da pessoa no seu tratamento), relativamente à estratégia dialítica para a sessão e nos procedimentos realizados, respeitando a sua vontade. Algumas situações houve em que a pessoa, referia não querer tirar o peso definido de acordo com o peso seco ou não querer cumprir a totalidade do tempo definido para a sessão de HD. Nestas situações, era identificada a causa que levava a pessoa a essa tomada de decisão e explicadas as consequências, em caso de desconhecimento, respeitando a decisão da pessoa.

As atividades explanadas, correspondem ao domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), em que o enfermeiro demonstra uma tomada de decisão fundamentada e uma prática que respeita os direitos humanos, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 2.1 e 2.5, que se referem, ao cuidar holístico, à promoção do autocuidado e ao direito à informação.

3.1.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade

Até iniciar este ensino clínico, não tinha qualquer experiência no domínio técnico, relativo à prestação de cuidados durante a sessão de HD. Neste sentido, foi havendo uma aprendizagem, no que diz respeito à familiarização com os diferentes tipos de monitores, conhecer o material acessório, nomeadamente os circuitos extracorporais, diferentes tipos de soluções ácidas (suas indicações e composição), o

bicarbonato, os diferentes tipos de dialisadores e tipos de desinfecção dos monitores, de acordo com o respetivo protocolo da unidade.

Houve uma aprendizagem relativamente à interpretação da prescrição dialítica. Nesta unidade ainda não existe HD on-line, motivo pelo qual, os dados da prescrição são introduzidos manualmente no monitor. O que permitiu uma maior reflexão acerca da relação entre dos dados introduzidos. Nomeadamente, a relação entre o peso seco definido, o peso à entrada na unidade e a UF máxima a atingir, entre outros aspetos relativos à prescrição, que traduzem o objetivo dialítico. Foi havendo uma evolução gradual, no que diz respeito ao manuseamento dos monitores, à conexão/desconexão de pessoas com Cateter Venoso Central (CVC), a monitorização, análise e registo das vigilâncias hemodinâmicas, da anti coagulação ou manutenção da permeabilidade do sistema e da UF acumulada. Procedi à vigilância dos acessos vasculares, durante as sessões de HD e efetuava respetivos registos.

O papel educativo, à pessoa em HD relativamente aos cuidados a ter com o acesso vascular, verificou-se constante, tendo em conta as necessidades identificadas. No que diz respeito ao período inter e intra dialítico, passou pela consciencialização das pessoas para a sua preservação e longevidade.

O enfermeiro especialista deve fomentar na equipa a aplicação das “boas práticas”. A maioria das pessoas com FAV ou PTFE, não procediam à higienização do membro do acesso antes da sessão de HD, contrariamente ao preconizado. De acordo com Iglesias et al. (2014), a pessoa em HD, por FAV ou PTFE, deve higienizar o membro do acesso vascular antes do início da sessão de HD, com água e sabão. Na impossibilidade de o fazer deve ser a enfermeira assistente a efetuar esse procedimento. Sempre que possível incentivei o cumprimento desse procedimento, no sentido da promoção do autocuidado e da prevenção de complicações. Através do estímulo de pequenos atos inerentes aos cuidados adequados à FAV, que fazem parte entre tantos outros dos cuidados a ter com o referido acesso e que concorrem para a sua manutenção e longevidade, o enfermeiro especialista de Nefrologia deve promover as boas práticas entre os seus pares e o autocuidado direcionado à pessoa em HD. Tal como evidencia Lima, Macedo & Monte, (2021) relativamente à equipa de enfermagem e à pessoa IRC em HD:

o conhecimento e a atitude são as estratégias mais eficientes, influenciando os cuidados em relação a fístula e que as orientações acerca do autocuidado dos pacientes com a FAV devem

ocorrer de forma continuada, bem como, os treinamentos da equipe de enfermagem, estimulando e tornando os pacientes autônomos na prática do autocuidado (p.12)

Os cuidados e utilização do CVC durante a sessão de HD, foram desenvolvidos com relativo à-vontade, tendo em conta a minha experiência prévia no contexto da Nefrologia. No que diz respeito à FAV, efetuei intensa observação do exame físico, das várias técnicas de punção, do seu desempenho durante a sessão de HD e na deteção de complicações. O ato da punção não foi executado, uma vez que este requer experiência e treino por parte do enfermeiro de Nefrologia.

A maior parte das pessoas, apresentavam alterações analíticas diretamente relacionadas com erros alimentares (principalmente ao nível da Albumina, fósforo e potássio) e algumas pessoas, chegavam à sessão de HD com excesso de peso. Por outro lado, também houve pessoas que compareciam abaixo do peso seco, alguns por carências alimentares, relacionados com fatores socioeconómicos. O foco “alimentação”, existente em todos os processos clínicos e gerou vários momentos de educação para a saúde. Os aspetos mais focados em termos de ensino, estiveram relacionados com o baixo consumo de proteínas, com a hipercaliemia e hiperfosfatemia, verificando-se bastante desconhecimento, principalmente no que diz respeito aos alimentos processados e outros em que o fósforo se encontra numa forma dissimulada. Verifiquei um número elevado de pessoas com HTA, com necessidade de ensinos quanto ao controlo da ingestão hidrosalina. Neste sentido, foi efetuada a avaliação das intervenções de enfermagem, relativamente ao foco alimentação, estas foram reformuladas de acordo com as necessidades educativas e personalizadas. Foi solicitado em algumas situações o apoio da nutricionista, no sentido de melhor adequar o regime alimentar. Quanto ao regime medicamentoso, verifiquei que de uma maneira geral as pessoas são cumpridoras, no entanto mostram-se pouco esclarecidas quanto às indicações da medicação prescrita, este foi um alvo de ensino frequente.

A gestão do risco, garante a segurança da pessoa que frequenta a unidade, sendo que a mesma exige medidas que foram rigorosamente cumpridas nomeadamente no que diz respeito à identificação inequívoca da pessoa, à prevenção de quedas, ao controlo da infeção e à administração terapêutica.

As atividades descritas, correspondem ao domínio B – Domínio da melhoria contínua da qualidade, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). De acordo com as mesmas, o enfermeiro deve mobilizar

conhecimentos, utilizando evidência científica para avaliação da qualidade, identificando oportunidades de melhoria, agilizando a elaboração de guias orientadores de boa prática, garantindo a melhoria contínua da qualidade. Relativamente às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades vão ao encontro do desenvolvimento das competências 2.1, 2.2 e 2.3, em que o enfermeiro demonstra competência técnica, suporte educacional, fomenta a segurança, a gestão do risco e a prática de acordo com a mais recente evidência científica.

3.1.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Na unidade onde decorreu este ensino clínico, a integração na equipa multidisciplinar foi relativamente fácil. Toda a equipa mostrou disponibilidade e receptividade face a esta componente formativa. Manteve-se uma comunicação eficaz e este foi um fator essencial, para uma aprendizagem efetiva e participativa. A interação com as Assistentes Operacionais, foi de proximidade e estreita colaboração, desde o acolhimento da pessoa a cada sessão de HD até à sua saída da Unidade. Com a equipa médica de Nefrologistas, a interação foi mantida de forma muito positiva, com boa receptividade e interatividade. Criaram-se momentos de aprendizagem. O contato com a Nutricionista, foi frequente, uma vez que esta efetuava visitas diárias à Unidade, havendo a oportunidade de acompanhar as indicações ao nível nutricional, participando na delineação de estratégias e na comunicação de lacunas identificadas, de acordo com as necessidades individuais da pessoa, com vista à melhor otimização e adequação do regime alimentar. Relativamente à Assistente Social, houve contatos pontuais, relacionados com carências alimentares e habitacionais, identificadas ou relatadas pelas pessoas. Cabe ao enfermeiro pela sua proximidade com o pessoa e família, identificar e referenciar, situações socioeconómicas passíveis de intervenção pelos serviços sociais.

As atividades explanadas, correspondem ao domínio C - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), em que o enfermeiro, gere os recursos face às situações, articula-se com a equipa multidisciplinar otimizando o trabalho da mesma, garantindo a qualidade dos cuidados. Em relação às competências do quadro

de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 2.6, que se referem aos mesmos objetivos acima descritos.

3.1.4 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A Supervisão Clínica (SC), exercida pelo orientador do ensino clínico, decorreu de forma positiva pela sua inicial sensibilidade em fazer analogias com o contexto da minha prática profissional, nomeadamente a DP e daí partindo para uma aprendizagem, no que diz respeito à pessoa IRCT em HD, com a partilha de conhecimentos e experiência. Por seu turno, a restante equipa de enfermagem mostrou também um envolvimento nesta questão formativa, o que permitiu uma maior partilha de experiências e que tornou o percurso mais rico e facilitador.

No decurso do ensino clínico, deparei-me com situações que me transportaram para o contexto da minha prática clínica, nomeadamente a DP, situações essas que são raras na unidade onde exerço funções, o que foi alvo de reflexão. Das 3 situações encontradas, 2 referem-se a pessoas com IRCT sem seguimento prévio em Nefrologia, com necessidade imediata de indução de TSFR, no caso HD. Durante o internamento no serviço de Nefrologia e após consulta de Esclarecimento em DRC, optaram por DP. À data do ensino clínico ambos já tinham cateter de DP colocado, um em programa de ensino para iniciar DPCA, na unidade de DP e que acabou por induzir DP. O segundo com cateter de DP implantado há 3 meses, sem ter iniciado programa de ensino para a terapia que optou, por referir indisponibilidade profissional para cumprir o programa de ensino.

A terceira situação, diz respeito a pausa peritoneal em DP, por uma das principais complicações, nomeadamente a Peritonite. Nesta situação tratando-se de Peritonite repetida, que se caracteriza por um episódio que ocorre depois de 4 semanas do término da terapia antibiótica e causada pelo mesmo organismo (Li et al., 2016), implica pausa peritoneal e recolocação do cateter. A permanência em HD pode ser de alguns meses.

No sentido de refletir com a equipa de enfermagem, acerca das possíveis situações que motivam esta transição temporária, evidenciando o papel dos

enfermeiros das Unidades envolvidas e dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar de Nefrologia, foi dirigida à equipa de enfermagem uma formação intitulada: “Diálise Peritoneal Transição Temporária para Hemodiálise”, apresentada no Apêndice II. Este encontro permitiu, a reflexão com a equipa de enfermagem, no que diz respeito à comparação e análise dos dados estatísticos em Nefrologia da SPN, entre 2019 e 2020 e o reflexo causado pela pandemia por Covid19, nomeadamente a diminuição da Incidência de pessoas a iniciar TSFR, em HD e DP, que teve a maior quebra dos últimos 3 anos. A crescente prevalência de pessoas sob TSFR, que se mantém. A Covid 19, que surge como a 4ª causa de morte das pessoas em HD, com 8,3%.

Foram evidenciados os dados estatísticos relativamente, ao número de Unidades de HD, que continuou a aumentar, ao tipo de HD, prevalecendo a HD de alto fluxo, acessos para HD, sendo a FAV o acesso para HD que continua a ser a mais utilizado. Relativamente à Transplantação, constatou-se o mesmo número de Unidades de transplantação e um aumento do número de transplantes face a 2019, ao contrário do que seria esperado, tendo em conta a situação pandémica que se tem vivido. Relativamente à DP, houve um ligeiro aumento do número de Unidades e pessoas em DP, como modalidade prevalece igualmente a DPCA como mais utilizada e a Infecção continua a ser a maior causa de saída do programa de DP.

Tendo esta equipa pouco contacto com a DP, foi efetuada uma breve revisão dos mecanismos e processos relacionados com a DP, modalidades de DP, vantagens e desvantagens da DP, foram evidenciadas as principais causas de pausa peritoneal e que motivam a passagem temporária para HD, nomeadamente as causas infecciosas, com especial relevo para a Peritonite e suas complicações, as relacionadas com a pressão intra-abdominal e as cirúrgicas.

No que diz respeito à atuação da equipa multidisciplinar, foi evidenciado o papel da Nutricionista na gestão do regime alimentar durante a transição, o papel da Assistente Social no que diz respeito aos sistemas de apoio para a pessoa em HD, o papel da equipa médica de Nefrologia, relativamente à manutenção da FRR da pessoa nesta transição, com especial atenção ao peso seco e ao equilíbrio hidroeletrólítico. Relativamente à equipa de enfermagem, foi evidenciada a importância do ensino à pessoa que inicia HD, mas que a breve prazo transitara para DP, a questão do peso seco face à manutenção da FRR, o envolvimento e parceria

com a equipa de enfermagem de DP e o apoio emocional à pessoa numa situação de transição. Estiveram presentes as duas enfermeiras da Unidade de DP.

As atividades explanadas, correspondem ao domínio D - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), em que o enfermeiro, atua como facilitador nos processos de aprendizagem na equipa multidisciplinar, contribui para os novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 2.6, em que o enfermeiro reconhece e recorre aos seus pares com mais experiência no sentido da aquisição de competências e por outro lado, promove iniciativas no domínio da formação direcionadas aos seus pares e utentes de acordo com as necessidades identificadas e de acordo com o seu grau de formação.

No início deste ensino clínico, tendo em conta os níveis de competências segundo Patricia Benner, de acordo com o Modelo de Dreyfus, considerei encontrar-me no Estádio 1 – Iniciado, não apresentando experiência prática para as situações com que me deparei, sendo a prática guiada por normas e regras e havendo dificuldade em estabelecer prioridades. Terminado o ensino clínico, considero encontrar-me no Estádio 2 – Iniciado Avançado, apresentando um comportamento aceitável uma vez que já lidou com situações reais, recorrendo às experiências anteriores idênticas, no entanto necessitando de ajuda para estabelecer prioridades (Benner, 2001).

3.2 - Ensino Clínico em Diálise Peritoneal

No período de 24/11/2021 a 14/01/2022, realizei ensino clínico na Unidade de DP, integrada no serviço de Consulta Externa da instituição acima mencionada. Com 40 anos de existência. Tem atualmente o maior programa da zona sul do país, seguindo 71 pessoas em DP: 59 (83,09%) em DPCA e 12 (16,1%) em DPA. No que diz respeito à distribuição de pessoas pela técnica, verifica-se uma disparidade relativamente ao panorama nacional. De acordo com os dados emitidos pela SPN

relativos a Portugal e ao ano de 2020, das 878 pessoas em DP, 58,5 % encontravam-se em DPCA e 41,5 % em DPA (Galvão et al., 2021).

Em termos da disparidade verificada, existem dois fatores a ter em conta: o preço compreensivo associado à técnica de DPA e as estratégias de tratamento adotadas nesta unidade.

No que diz respeito ao preço compreensivo entre as duas técnicas, a DPA é a mais dispendiosa. Amoedo (2012), refere que esta técnica aumenta os custos (suportados pelo Sistema Nacional da Saúde), tendo em conta a necessidade de uma cicladora, maior quantidade de soluções e acessórios. Outro dos fatores que poderá justificar estes números tem a ver com a maleabilidade das prescrições dialíticas. Nesta unidade, relativamente à prescrição dialítica em DPCA, verificam-se estratégias de tratamento com tempos de permanência superiores a 4 horas, para as soluções de diálise convencionais e também foi observada a prescrição de Icodextrina no período diurno, com permanência até 10 horas. Estes dois fatos são veículos facilitadores para que as pessoas em atividade laboral consigam conciliar a sua atividade profissional e o tratamento em DPCA.

No final de 2020, a média de idades das pessoas em programa de crónicos da Unidade em questão era de 58,69 anos, equivalente à média nacional relativa ao mesmo período. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), a média de idade das pessoas em DP era de 56,3 anos (Galvão et al., 2021).

A equipa multidisciplinar desta Unidade conta com 2 nefrologistas, 2 enfermeiras, ambas especialistas (Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Nefrológica e Enfermagem Comunitária) e peritas em DP, tendo em conta a experiência adquirida ao longo dos anos, na prestação de cuidados à pessoa em DP, assistente social e nutricionista.

No que diz respeito à implantação do cateter de DP (cateter de Tenckhoff), nesta Unidade esta é exclusivamente cirúrgica por Laparoscopia, existindo uma estreita ligação entre a Cirurgia geral desta instituição e a Unidade de DP, tanto para a implantação como para a resolução cirúrgica de complicações relacionadas com a funcionalidade do cateter.

A Unidade funciona no horário da Consulta Externa em dias úteis. Fora deste período, pessoas em programa de DP com necessidade de recorrer à instituição por intercorrências, são apoiados por um enfermeiro do serviço de Nefrologia, designado

para atender a estas situações, no serviço de Atendimento de Pessoas Não Programados, situado na Consulta externa.

Caracterizada a Unidade de DP em questão, segue-se uma reflexão percorrendo os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019)) e o quadro das Competências Específicas do Enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), tendo em conta as atividades que planeei vir a desenvolver nesta área de ensino clínico e que se encontram explanadas nos quadros do Apêndice I.

3.2.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O acompanhamento da pessoa IRCT que opta por DP é efetuado pela Unidade de DP desde a admissão da pessoa, até à sua saída do programa de crónicos. Ao longo deste tempo a pessoa e família passam por um processo contínuo de aprendizagem, que visa o autocuidado em segurança.

De acordo com a OE (2020), este processo de aprendizagem deve ser realizado, preferencialmente pelo enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica e deve atender às diretrizes do ISPD (2016), relativas ao programa de ensino à pessoa e/ou cuidador em DP.

Considerando que cada pessoa é um ser único, o processo de ensino em DP deve atender às características da pessoa, família e cuidador informal. Tendo em conta o seu nível de literacia, cultura, aspetos psicológicos, fisiológicos e socioeconómicos. Trata-se de uma aprendizagem efetuada ao nível percetual, cognitivo, afetivo e psicomotor.

Sendo a DP uma TSFR domiciliária, esta implica independência para o autocuidado, em segurança, com vista ao menor número possível de complicações. Esse autocuidado é aprendido e o sucesso da aprendizagem depende da forma como o processo é individualizado, através de uma enfermagem baseada nos cuidados holísticos.

No que diz respeito ao cuidar em enfermagem, Riegel, Crossetti, Martini & Nes (2021), referem-se ao princípio fundamental de Florence Nightingale como: “cuidar

com foco na prevenção e cura através do processo que une todas as dimensões singulares que constituem o todo dos indivíduos para alcançar e manter a integração e o equilíbrio” (p.5).

Relativamente ao referencial teórico que estrutura as intervenções de enfermagem, no que diz respeito ao processo de cuidar da pessoa em DP, as Teorias de Enfermagem de Dorothea Orem serão o suporte teórico que mais se adequa à pessoa em DP. As intervenções de enfermagem, têm como suporte o sistema de apoio à educação. São dirigidas à pessoa ou a outrem que cuide dela, no sentido de atingir a independência para o autocuidado. Estas vão no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Trata-se de um modelo de enfermagem que valoriza a responsabilidade da pessoa ou de outro por e si pela sua saúde e pelo autocuidado.

Na DP é objetivo que a pessoa/cuidador dominem a técnica de DP, cumpram os princípios de assepsia relacionados com a DP, como um fator fundamental e que reconheçam o mais precocemente possíveis complicações inerentes a esta TSFR, sabendo como agir perante as mesmas (Soares et al., 2020).

Ao longo do ensino clínico, reconheci nesta Unidade o respeito pela individualidade, traduzida em cuidados holísticos e a participação da família como pilar fundamental. A educação e reeducação, manifestaram-se contínuas a cada abordagem da pessoa, família ou cuidador à Unidade. No sentido de promover a total independência face a esta TSFR, tendo em vista a máxima segurança, a maior longevidade da pessoa na técnica e o menor número de complicações.

A permanência da pessoa IRCT no programa de DP, pode ser interrompida de forma temporária por fatores: infecciosos ao nível do OS/ Túnel subcutâneo do cateter de DP; por Peritonites repetidas; pela pressão intra-abdominal, causadora de hérnias com necessidade de correção; por cirúrgicas intratorácicas ou intra-abdominais e pela perda temporária de independência. Estas situações implicam a passagem temporária para HD (ISPD, 2016).

Por outro lado, o abandono desta terapia poderá ser definitivo para HD. De acordo com a SPN (2020) as causas mais frequentes são as infecciosas, a falência de ultrafiltração, inadequação dialítica e problemas mecânicos (Galvão et al., 2021).

Nesta perspetiva é importante que a pessoa e família, se mantenham informados relativamente à evolução da sua situação clínica e que a equipa multidisciplinar de DP, reúna esforços conjuntos no sentido de preparar essa transição

de forma a minimizar o impacto da mesma, tendo em conta as implicações que esta gera.

É importante que a pessoa e família recebam, informações acerca das especificidades da HD enquanto TSFR, que seja encaminhada à nutricionista, tendo em conta alterações no regime alimentar e à assistente social, para esclarecimentos ao nível dos sistemas de apoio.

Durante o ensino clínico, verificaram-se duas situações de passagem definitiva para HD. Uma por inadequação dialítica e outra por problemas mecânicos relacionados com o cateter de DP. Na primeira situação, já havia construção prévia de acesso vascular, nomeadamente a FAV, o que promoveu antecipadamente o contato com a Unidade de HD, o que não aconteceu na segunda situação. Embora as duas pessoas tivessem da Unidade de DP o mesmo acompanhamento face a esta transição, pareceu-me que na primeira situação a passagem para HD, não gerou tanta ansiedade. O que leva a crer que o envolvimento da Unidade de HD neste processo também é benéfico.

Relativamente ao Sistema de Gestão da Qualidade, este tem como principal objetivo, a melhoria do desempenho do serviço prestado, em concreto no que diz respeito à: performance assistencial e à eficácia e eficiência organizacional. Para cumprir este objetivo é importante que cada serviço ou unidade esteja munido de suporte documental adequado e atualizado. A Unidade de DP onde foi efetuado o ensino clínico possui um manual de procedimentos, devidamente estruturado, que serviu de norteador e integrador da participação nos cuidados prestados à pessoa, família e cuidador informal nesta Unidade. O referido manual de procedimentos, inclui normas, protocolos, instruções de trabalho e folhetos informativos.

A Consulta de Esclarecimento à pessoa IRCT, é efetuada nesta Unidade desde 2010, de acordo com as orientações enunciadas na norma da DGS nº017/2011 - Tratamento Conservador Médico da IRC Estádio 5 e cumprindo os requisitos obrigatórios de acordo com a mesma. Esses requisitos, referem-se a: ser uma consulta multidisciplinar, constituída pelo menos por nefrologista, enfermeiro, assistente social e nutricionista; contribuir para o pleno esclarecimento da pessoa acerca das modalidades de tratamento e respetivas técnicas; ser individualizada, dispor de registo próprio e de material educativo adequado (DGS, norma 017, 2011, pp.1).

A pessoa com IRCT e família, passam por uma série de consultas até à formalização do consentimento informado, que não sendo vinculativo, evidencia a opção terapêutica tomada pelos mesmos.

Na consulta de Nefrologia, existe uma primeira abordagem para as TSFR. São identificadas possíveis contraindicações para alguma das terapias e entregue cópia da norma supracitada. Segue-se a consulta da assistente social, que elucida aspetos socio económicos relacionados com o início de uma TSFR e a consulta com a nutricionista. Nesta consulta são evidenciadas as diferenças nutricionais entre as diferentes TSFR.

A consulta de enfermagem nesta Unidade realiza-se semanalmente. Durante o ensino clínico houve a oportunidade de assistir e participar em várias consultas, o que foi considerado enriquecedor, tendo em conta a troca de experiências e o fato de realizar esta consulta na Unidade onde exerço funções. Nesta consulta, constatei que a pessoa/família têm informação anterior e literatura de suporte. É frequente haver a noção da opção a tomar. Uma vez validada se a opção foi baseada em informação sólida, a consulta é direcionada à TSFR em questão. No que diz respeito ao consentimento informado, este é formalizado na consulta de enfermagem ou na consulta subsequente de Nefrologia.

As atividades explanadas, correspondem ao domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), em que o enfermeiro demonstra uma tomada de decisão fundamentada e uma prática que respeita os direitos humanos, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 3.1 e 3.6, que se referem à prestação de cuidados de forma holística, à promoção do autocuidado e ao dever de esclarecimento, baseado em informação sólida e acessível.

3.2.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade

O acolhimento à Unidade de DP, acontece aproximadamente 5 dias após a colocação do cateter de DP, altura em que é realizado o primeiro penso cirúrgico. É

efetuada a apresentação da Unidade no que diz respeito: à localização e espaço físico; horário de funcionamento e alternativa de recurso fora do mesmo (evidenciadas as situações em que a pessoa se deve dirigir à Unidade de forma não programada); apresentada a equipa multidisciplinar e a dinâmica das consultas.

Desde o acolhimento até à indução da técnica, a pessoa passa por uma série de consultas de enfermagem, inseridas no processo de ensino. Pretende-se que: adquira independência face à realização da técnica no domicílio, com segurança; efetue os cuidados preconizados ao OS e reconheça complicações; adquira competências no que diz respeito ao cumprimento do regime medicamentoso e nutricional, passando também pelo controlo hídrico; aprenda a mobilizar conhecimentos no controlo do peso e da pressão arterial.

Relativamente ao processo de ensino em DP, esta Unidade cumpre o preconizado de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (2020). São clarificados os objetivos a atingir e a forma como se processa o ensino. Passando pelas noções gerais de DP, manutenção da assepsia e prevenção de infeções, ensino de DPCA e DPA, cuidados ao OS, identificação de complicações, realização de medições e registos, agendamento de entregas de material de DP e logística associada, regime medicamentoso, regime alimentar e equilíbrio hídrico, exercício físico, desporto e sexualidade.

Nesta Unidade, a aprendizagem da técnica que normalmente se inicia pela DPCA, é protocolada pela Unidade num conjunto de 5 sessões até à indução da técnica no domicílio. No que diz respeito à DPA, preconizam-se 3 sessões (indicadores de processo). Estes números poderão ser eventualmente alterados de acordo com o desenvolvimento da aprendizagem da pessoa ou cuidador.

Quanto à duração do ensino e estratégias utilizadas, a Unidade em questão obedece também ao preconizado pela OE (2020), tendo em conta que o faz em dias consecutivos, sem interrupções por mais de dois dias, a duração de cada sessão normalmente não excede os 30 minutos, salvo exceções relacionadas com a idade ou com alguma barreira de aprendizagem identificada e o programa de ensino cumpre o preconizado em termos de carga horária total até à independência (8 a 40 horas).

Esta estratégia de ensino das técnicas foi experienciada com expectativa, uma vez que na Unidade onde exerço funções, os objetivos do ensino em DP são idênticos, no entanto não existe tempo de aprendizagem pré-definido. De acordo com a OE (2020), o programa educativo da pessoa em DP é determinado por cada Unidade,

desde que se cumpram os critérios determinados. O contato com outra Unidade, sua dinâmica de funcionamento e programa educativo, gerou ganhos em termos de conhecimento, que serão uma mais-valia para a melhoria contínua dos cuidados à pessoa em DP.

Durante o processo inicial de ensino, a pessoa e/ou cuidador para além do retreino da própria técnica, são ensinados a monitorizar diariamente a ultrafiltração diária, a monitorização do peso seco, tensão arterial e frequência cardíaca e noção do volume urinário nas 24 horas. É ensinado a mobilizar todos estes aspetos no sentido de promover o equilíbrio hidroeletrólítico, reconhecer e retificar sinais de sobrecarga hídrica.

Neste período, a pessoa é treinada a efetuar os cuidados diários ao OS, passando também pelo reconhecimento de sinais de infeção, tanto ao nível do OS como ao nível do túnel subcutâneo. A prevenção da peritonite é de especial relevância sendo a pessoa instruída para a observação das características do dialisado, a reconhecer sinais e sintomas da infeção e no caso de haver presença da mesma, após instituído o tratamento, ter a independência para a administração de medicação Intra peritoneal.

A pessoa também é ensinada a reconhecer e atuar perante outras complicações, tais como, a disfunção mecânica do cateter, desconexão accidental e rutura do cateter. A avaliação formal do ensino, é efetuada através de impresso existente para o efeito, em que se atribui pontuação a cada item ensinado havendo um somatório final, que irá considerar a pessoa ou cuidador apto ou inapto para a técnica, ajustando-se a necessidade de aferir os conteúdos a ensinar (indicadores de resultado).

Relativamente aos cuidados relacionados com o OS, nesta Unidade, após a extração de material de sutura, a pessoa ou cuidador são instruídos de forma formal para questões relacionadas com a assepsia, nomeadamente no que diz respeito à lavagem e desinfeção das mãos, de acordo com a norma da DGS nº 007/2019. Este é um aspeto de primordial importância para o controlo de infeção e que foi reforçado a cada sessão de ensino, uma vez que se relaciona não só com os cuidados ao OS mas também com a realização das técnicas de DP e concorre diretamente para a prevenção de complicações, nomeadamente as infecciosas.

A pessoa ou cuidador, são instruídos a efetuar diariamente o penso do OS com técnica limpa, após os cuidados de higiene. Nesta Unidade, preconiza-se a execução

do penso do OS com Iodopovidona, durante os primeiros 30 dias pós colocação de cateter. Após é efetuado com soro fisiológico e aplicação de penso protetor. Esta prática foi alvo de reflexão uma vez que na unidade onde exerço funções, após extração de material de sutura o penso do OS, é efetuado com soro fisiológico.

Na pesquisa bibliográfica efetuada neste sentido, não existe um consenso para esta prática, sendo que nenhuma é desaconselhada. De acordo com o ISPD (2016), a desinfecção tópica do OS com Iodopovidona não reduziu o risco de Peritonite face a limpeza do local com outras soluções. Já no que refere à correta higienização das mãos nos procedimentos em DP e uso de máscara, é evidenciada a sua influência na prevenção de complicações infecciosas (Li, et al., 2016).

No que diz respeito à classificação do OS, esta permite caracterizá-lo e identificar alterações de acordo com aspetos pré-determinados. A monitorização e a continuidade dos cuidados, visa a deteção precoce de complicações e monitorização evolutiva das mesmas, agindo em conformidade.

A classificação do OS é efetuada e registada, a cada contato com a Unidade, é utilizada a classificação de Twardowski & Prowant (1996), que subdivide a classificação do OS em Perfeito, Bom, Duvidoso, Infecção Aguda, Infecção Crónica e Infecção do Túnel, de acordo com a avaliação da pele, dor, crosta, exsudado (interno e/ou externo), é também avaliado especificamente o trajeto do túnel subcutâneo e o fator tempo quanto à permanência das características identificadas.

Na Unidade onde exerço funções, há cerca de 2 anos, foi alterada a forma de classificação para o “Exit Scoring System” ou escala de Schaefer, esta classifica o OS de acordo com 5 parâmetros, rubor (inexistente, < a 0,5cm e > a 0,5 cm), dor (inexistente, moderada ou severa), drenagem (inexistente, serosa ou purulenta), crosta (inexistente, < a 0,5cm e > a 0,5 cm) e edema (inexistente, < a 0,5cm e > a 0,5 cm), nesta escala é atribuído um score a cada parâmetro que pode variar entre, 0,1 e 2, variando a sua soma entre 0 e 10, sendo que um score > a 4 é indicativo de infeção.

Relativamente a estas duas escalas, de acordo com Eriguchi et al. (2011), ambas as escalas são válidas, a segunda foi recomendada como útil para a prevenção da Peritonite pelo ISPD em 2005, os autores supracitados evidenciam vários estudos, sem que se chegue a um consenso face à utilização de uma escala em detrimento de outra.

Após o início da terapia no domicílio, a pessoa terá um seguimento regular. Nesta Unidade as consultas (Nefrologia e enfermagem) são mensais. A cada 3 meses

realiza-se a consulta de adequação dialítica e anualmente é efetuado o Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP).

Numa fase posterior, a pessoa pode eventualmente transitar para DPA. Essa transição será de acordo com a vontade da pessoa e com a indicação do Nefrologista assistente. Cabe ao enfermeiro de DP, capacitar a pessoa ou cuidador através do ensino para: a aprendizagem da técnica; as alterações no domicílio; alterações das rotinas diárias e suas implicações.

A consulta de enfermagem de seguimento permite: ouvir as dúvidas e sentimentos face à DP; observar os resultados dos tratamentos, relacioná-los com o peso, a pressão arterial, o estado de hidratação e nutrição; observar o OS e a realização do respetivo penso; detetar possíveis intercorrências relacionadas com a técnica, as soluções de DP e/ou equipamentos; detetar desvios no que diz respeito a questões relacionadas com a assepsia. Este momento implica uma série de conhecimentos e a mobilidade dos mesmos, no sentido educar e orientar a pessoa para a prevenção de complicações e resolução de intercorrências. Criar uma relação de proximidade, é um vetor facilitador neste processo de cuidar. Pressupõe habilidade individual da enfermeira de DP, aliada à experiência.

De acordo com a OE (2020), considerando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica, com a identificação dos problemas de saúde e de enfermagem, recolha e apreciação dos dados identificados, formulação dos diagnósticos de enfermagem, elaboração do plano de cuidados e a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e reformulação das intervenções.

Nesta Unidade o processo de enfermagem é elaborado na primeira consulta, após a avaliação inicial do pessoa, família e/ou cuidador, através do suporte informático disponível, nomeadamente o S. Clínico, em que são determinados os focos de atenção e de acordo com os mesmos delineadas as respetivas intervenções de enfermagem. Estas vão sendo avaliadas e reestruturadas a cada contato. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, existente enquanto a pessoa permanecer em DP. Baseado essencialmente no suporte à educação.

Ao longo do ensino clínico em todos os aspetos descritos houve uma participação ativa nestes processos de ensino/aprendizagem.

As atividades descritas, correspondem ao domínio B - Domínio da melhoria contínua da qualidade, das competências comuns do enfermeiro especialista

(Regulamento nº 140/2019). Em que o enfermeiro, é dinamizador de estratégias ao nível institucional na área da gestão, desenvolve e colabora em projetos de melhoria da qualidade e garante um ambiente seguro. Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 3.1; 3.2; 3.3; 3.4 e 3.5, que se referem ao papel do enfermeiro de DP desde o acolhimento da pessoa à Unidade de DP até à saída do programa.

3.2.3 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Nesta Unidade, é notória a proximidade e ótima articulação entre enfermeiras e Nefrologistas. Mais que cumprir prescrições dialíticas, é participar nas mesmas, de forma ativa, através de uma comunicação eficaz, de um ambiente tranquilo e da partilha de conhecimento e experiências. Estes elementos, no que diz respeito à Nefrologia e à DP, têm ao longo dos anos colaborado em processos formativos na Unidade.

A integração nesta equipa foi facilitada, tendo em conta a recetividade da mesma. Por outro lado, a minha experiência prévia em DP, facilitou também esta integração, tornando-a também mais exigente e desafiadora. A participação nos cuidados de enfermagem, a cada turno, não se prendeu exatamente pelo aprender a fazer. Tratou-se de integrar uma equipa experiente, com um vasto programa de pessoas em DP, observar e participar de uma dinâmica diferente de acompanhar e cuidar da pessoa em DP. Tendo em conta que cada Unidade, adota as suas condutas próprias, com objetivos comuns.

A partilha de experiências e um diálogo aberto com as enfermeiras da Unidade, permitiu sem dúvida, o debate de ideias, estimulando a busca do conhecimento. A passagem por esta Unidade permitiu-me acrescentar experiência profissional e aperfeiçoar competências em DP.

A participação nos cuidados de enfermagem na Unidade, promoveu a proximidade com o pessoa e família, promovendo também a continuidade dos cuidados. O fato de ter acompanhado algumas pessoas desde a fase inicial de ensino, permitiu estabelecer uma relação de empatia, um acompanhamento mais próximo e maior independência quanto à continuidade de cuidados.

No decurso do ensino clínico, foi-me concedida a oportunidade de assistir à implantação cirúrgica de um cateter de DP. Este fato foi uma mais-valia pelo fato de ter visualizado todo o processo de implantação, a abordagem à cavidade abdominal, a implantação do cateter, a imagem real da sua localização e a criação do túnel subcutâneo. Permitiu-me perceber também, a origem das diversas disfunções mecânicas que se geram tendo em conta a localização do cateter.

As atividades descritas, correspondem ao domínio C - Domínio da Gestão dos Cuidados, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 3.7, no que respeita: à integração e coordenação com a equipa multidisciplinar de DP e com a pessoa, cuidador e família; gestão dos cuidados de enfermagem e a continuidade dos mesmos.

3.2.4 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A forma como decorreu a SC durante este ensino clínico, permitiu a partilha de experiências, em contextos de prática profissional idênticos. Houve abertura para conversas informais, com espírito crítico face às diferenças nos vários procedimentos que se foram verificando, entre unidades. Este fato foi motivo de pesquisas relativas às diretrizes, relativas aos procedimentos em DP, no que diz respeito às mais recentes evidências científicas nomeadamente, as emanadas pela OE, ISPD e EDTNA-ERCA, no que diz respeito principalmente ao processo de ensino em DP e à atuação perante complicações, nomeadamente a infeção do OS e a Peritonite.

No que diz respeito à questão formativa a que se propôs no planeamento das atividades para este ensino clínico, foi efetuada uma reflexão individual intitulada: “A primeira Visita Domiciliária em Diálise Peritoneal” (Apêndice III).

Esta reflexão surgiu, tendo em conta o objeto do estudo que tenho vindo a desenvolver, relativo à importância da VD de enfermagem em DP, uma vez que considero importante a implementação de programas de VD nas Unidades de DP.

Esta foi também uma forma de sensibilizar esta unidade para a sua importância, sentida como um contributo.

A primeira VD em DP, poderá ajudar a garantir: as condições necessárias no domicílio para a realização da técnica, evitando o reconhecimento de constrangimentos após o início da mesma; o envolvimento da família nesta transição e na continuidade dos cuidados; o cumprimento de regras de assepsia e adequação da técnica ao domicílio; prevenção de complicações, nomeadamente as infecciosas.

No decorrer do ensino clínico, foi debatida a importância da VD em DP tendo em conta os aspetos mencionados, sendo que a equipa de enfermagem demonstrou também o seu interesse por esta área de intervenção e a intensão de implementação da VD de enfermagem, como projeto a implementar no futuro.

Deste conjunto de interesses pela VD em DP, foi a realizada a referida reflexão, que fundamenta através das mais recentes evidências científicas a importância da VD em DP e que pode ser norteadora para a primeira VD.

Esta reflexão evidencia ainda, a importância da Consulta de Esclarecimento para as TSFR, de acordo com a norma nº017/20111 da DGS, como garantia de que a pessoa IRC e família e ou cuidador informal, tomam a opção mais adequada à sua situação após obterem toda a informação necessária.

Quando a opção tomada é a DP, cabe à equipa multidisciplinar, responsável pelo processo educativo, avaliar a pessoa, família ou cuidador quanto à motivação para o autocuidado, destreza manual para a realização da técnica, e cognitiva de forma a mobilizar conhecimentos para a noção de balanço hídrico e deteção precoce de complicações (Figueiredo et al., 2005).

Esta são as diretrizes para o processo contínuo de ensino que se inicia com a primeira abordagem da pessoa à unidade e irá terminar, aquando da suspensão desta TSFR. De acordo com os dados da SPN (2020), 40,5 % das causas de abandono da DP foram de caráter infeccioso (Galvão et al., 2021). É, portanto, de extrema importância, que ao longo do processo contínuo educativo em DP o enfermeiro reforce e verifique noções de assepsia, bem como o rigor na execução da técnica.

De acordo com Dong J., (2010), após seis meses do início da DP as pessoas adquirem atalhos relativamente à execução da técnica, face ao aprendido e verificam-se falhas em questões de assepsia. Esta afirmação, reforça a importância do retreino da técnica, principalmente no ambiente domiciliário.

A presença do enfermeiro que promove o ensino no domicílio, poderá auxiliar a pessoa ou cuidador a adequar o seu domicílio aos requisitos para executar esta terapia em segurança. Numa fase posterior a VD, poderá promover a continuidade dos cuidados face aos objetivos anteriores (Soares et al., 2020)

A VD poderá também promover o envolvimento da família para a realização desta terapia no domicílio como forma de promover a adesão ao regime terapêutico.

Os aspetos descritos acerca da importância da VD em DP, vêm a ser reforçados ao longo do tempo, como parte integrante do programa de ensino e continuidade de cuidados em DP e como forma de prevenir complicações com especial ênfase para as infecciosas.

Em 2006, o ISPD pública as diretrizes e recomendações para um programa educativo em DP, onde evidencia a importância e recomenda a VD, como parte integrante dos cuidados gerais, onde se preconiza uma adaptação funcional inserida no próprio ambiente. É reconhecida a pouca adesão por parte das unidades a esta prática, considerando o ISPD fatores de ordem económica e escassez de recursos humanos (Bernardini, Price & Figueiredo, 2006).

O mesmo organismo em 2016 na atualização para o tratamento e prevenção da peritonite e em 2017 na atualização das recomendações para infeções relacionadas com o cateter de DP, enfatiza a importância de um programa de treino efetuado por enfermeiros com formação adequada, seguindo as diretrizes recomendadas. É focada a importância da VD, após o início da terapia no domicílio, no sentido de detetar problemas com a técnica, ambientais, de adesão a protocolos e comportamentos que aumentem o risco de infeção.

A OE (2020), através do Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal, respeitando os requisitos previstos nos enunciados descritivos do Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, considera que a VD deve ser implementada por cada unidade e realizada por enfermeiros com experiência em DP, recomendando que seja efetuada pelo enfermeiro que iniciou o processo de enfermagem à pessoa/família e/ou cuidador.

A sua frequência não é definida ficando ao critério de cada unidade, no entanto, são recomendadas pelo menos 3 visitas anuais, através das quais deve ser gerado um relatório das observações e intervenções realizadas (2020).

As atividades descritas, correspondem ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais das competências comuns do enfermeiro especialista

(Regulamento nº 140/2019). Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 3.7, no que respeita à aquisição e aperfeiçoamento de competências, através da interação com a equipa multidisciplinar, principalmente com os pares. Valoriza-se a troca de experiências e a iniciativa para a promoção de atividades formativas.

Findo o ensino clínico, penso ter alcançado os objetivos e atividades a que me propus. Sentindo um enriquecimento efetivo, com ganhos para a prática profissional e na consolidação de competências em DP, tendo em conta partilha da experiência e de experiências.

De acordo os níveis de competências segundo Patricia Benner, adaptado do Modelo de Dreyfus, considero ter iniciado este ensino clínico no Estádio 5, Perito.

Tendo em conta: a minha experiência profissional em DP; a minha prática profissional numa Unidade de DP; o reconhecimento dos pares como elemento de referência para a DP, na minha Unidade.

Durante este ensino clínico, também foi sentido esse reconhecimento por parte dos elementos da Unidade de DP, incluindo alguns pessoas e famílias com quem convivi com mais frequência.

3.3 - Ensino Clínico Internamento Nefrologia

No período de 17/01/2022 a 23/02/2022, realizei ensino clínico no serviço de Nefrologia internamento, na Unidade hospitalar comum aos restantes ensinos clínicos.

O referido serviço, inicialmente inserido nesta Unidade Hospitalar no serviço de Medicina Interna e Nefrologia, em 2005 passou a ser serviço de Nefrologia. Atualmente, com uma área de influência de cerca de 450000 habitantes, presta cuidados à pessoa com DRC qualquer que seja o estágio da sua doença e à pessoa com lesão renal aguda.

Conta com uma equipa multidisciplinar de 38 Enfermeiros, 18 Nefrologistas, Assistente Social e Nutricionista. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é uma equipa maioritariamente jovem, sendo a faixa etária predominante os 30 anos. No que diz respeito à formação académica, 6 dos enfermeiros são especialistas, 3 em

Enfermagem Médico-cirúrgica, 2 na vertente nefrológica e os restantes 3 especialistas em Reabilitação.

Existem vários enfermeiros direcionados à gestão do serviço, nomeadamente a chefe do serviço, uma coordenadora responsável pela sala de procedimentos e 8 elementos chefes de equipa. Estes coordenam um determinado número de enfermeiros do serviço, exercendo o papel de supervisão clínica.

A equipa médica de Nefrologistas, dá apoio à enfermaria de Nefrologia, à Unidade de HD, Unidade de DP, Transplantação e aos acessos vasculares, no que diz respeito à (re)colocação de cateteres centrais e à monitorização das FAV e Enxertos.

Nesta unidade hospitalar não existe Serviço de Urgência. Por esse motivo, foi criado o serviço de “Atendimento de pessoas não programados” (ADNP), situado no serviço de Consulta Externa. Este serviço, recebe pessoas seguidas em consulta de Nefrologia nesta Unidade, em situações agudas, de forma não programada. A equipa médica de Nefrologia, dá apoio a esta Unidade, em funcionamento 24 horas por dia. No serviço de Nefrologia é designado por turno um enfermeiro, fora do horário de funcionamento da Consulta Externa, que se desloca a este serviço sempre que necessário.

Relativamente ao espaço físico, o serviço de Nefrologia dispõe de 27 camas, 5 reservadas à Unidade de Cuidados Intermédios e 3 à Unidade de Isolamento. Existe uma sala de procedimentos, para a qual está designada um enfermeiro responsável. Na sua ausência, existe em cada turno, um enfermeiro designado. Nesta sala realizam-se procedimentos, tais como: colocação de cateter central provisório e de longa duração, biópsias renais de rim nativo e enxerto renal e monitorização da funcionalidade das FAV e Próteses arteriovenosas.

Nesta Unidade, são internadas pessoas com Doença Renal aguda ou crónica, independentemente do seu estágio. Durante o ensino clínico, verifiquei que a maioria das pessoas internados eram IRC em HD, em menor número indivíduos com IRC agudizada, foram raros os internamentos em pessoas transplantados e não se verificaram internamentos de pessoas em DP.

Os motivos de internamento mais frequentes relacionaram-se com infeção com ou sem relação com o acesso vascular para TSFR, por complicações relacionadas com a HD e agudização da função renal.

Segue-se uma reflexão entre as atividades planeadas, para o ensino clínico em Nefrologia - Internamento, de acordo com os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e com Competências Específicas do Enfermeiro de Nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), evidenciadas nos quadros do Apêndice I e as atividades desenvolvidas de acordo com as mesmas.

3.3.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal/Domínio da melhoria contínua da qualidade

A admissão da pessoa internada, inicia-se com a recolha de informações, que permitirá identificar necessidades. A avaliação inicial é uma das bases importantes, pois permite gerar uma série de informações individualizadas, conferindo uma visão holística da pessoa como ser bio, psico, social e espiritual.

Identificar deficits, de acordo com as necessidades humanas básicas e com o autocuidado, permite ao enfermeiro direcionar a sua atuação de acordo com as necessidades, no que diz respeito à dependência para os autocuidados, no sentido da melhor recuperação e reabilitação. Permitirá também traçar um plano relativo às necessidades educacionais identificadas, no sentido da promoção da saúde, tendo em vista a preparação para a alta. Trata-se do processo de enfermagem, operacionalizado, pelo sistema informático de apoio à informação denominado S. Clínico. que permite a consulta de todo o processo individual e atualização do plano de cuidados de enfermagem.

A implementação do processo de enfermagem segundo a Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem, é relevante no sentido de satisfazer as necessidades do utente, permitindo a identificação dos diagnósticos de enfermagem referentes às necessidades de cada um, com a possibilidade de planear a assistência, conduzindo às intervenções que serão executadas pela equipa de enfermagem (Herculano et al., 2011, citado por Silva G., 2021).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro de Nefrologia, de acordo com Solorzano K. (2019), citando Orem (2013), o enfermeiro de Nefrologia é o profissional qualificado, com capacidade para prestar o cuidado humanizado, contínuo, seguro e oportuno à pessoa com DRC, família e comunidade, como agente promotor da saúde,

orientado para autocuidado. Tal como evidencia a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, tendo em vista o bem-estar do paciente que se traduz em qualidade de vida.

O suporte de apoio à educação, incluído na Teoria dos Sistemas de Dorothea Orem, permite orientar o enfermeiro para planear e ensinar a pessoa com DRC e família. O enfermeiro de Nefrologia, deve adequar o conteúdo programático ao nível de conhecimento da pessoa ou cuidador, tendo em conta o estágio da doença, relativamente: ao regime alimentar/hídrico, regime medicamentoso, TSFR, acessos para HD e DP e cuidados com os mesmos e exercício físico.

É de extrema importância que a pessoa e família tenham uma participação ativa na elaboração e continuidade do plano de cuidados, que sejam munidos através da educação para a saúde dos conhecimentos necessários à prática eficaz do autocuidado e que sejam informados durante o internamento dos procedimentos a realizar, só esta envolvimento irá permitir a adesão ao regime terapêutico.

Cabe ao enfermeiro especialista em Nefrologia munir-se de conhecimentos que suportem a sua atuação, qualquer que seja a área da Nefrologia. Relativamente à área da Transplantação, não tendo experiência na prestação de cuidados a estas pessoas, tive a oportunidade de acompanhar durante um dia a consulta de TR no serviço de Consulta Externa. Nesta consulta de enfermagem, é seguida a pessoa na fase de pré e pós TR. Na consulta pré TR, é avaliada e trabalhada a adesão terapêutica e a gestão do regime terapêutico, no caso do processo de dador vivo é incluído na consulta o dador. Pretende-se que a pessoa faça a gestão do autocuidado para o regime terapêutico, no sentido de vir a promover o sucesso e a longevidade do enxerto renal no futuro.

Como apoio à informação transmitida, existe disponível um manual de informação pré TR que explicita: o conceito de TR; vantagens e propósito; lista de espera para transplantação; preparação pré TR; a intervenção cirúrgica; possíveis complicações; regime medicamentoso; TR de dador vivo; entre outros.

Na primeira consulta de enfermagem, pós TR é fornecido um manual de orientação à pessoa transplantada, com informações sobre: a Unidade de TR; consultas existentes; contatos úteis da equipa multidisciplinar; os cuidados a ter com a higiene, pele, alimentação, exercício físico, atividade sexual e medicação; as complicações pós-TR, relacionadas com infeção, rejeição e sinais de alerta para a mesma. O seguimento de enfermagem, nesta fase é efetuado de acordo com o

supramencionado. Tendo em vista a promoção do autocuidado e a identificação precoce de complicações relacionadas com o enxerto renal.

Como experiência também muito enriquecedora, foi a oportunidade de acompanhar a admissão de uma pessoa ao serviço de Cirurgia Geral para TR e observar as rotinas pré-operatórias. No Bloco Operatório assisti à cirurgia, o que me permitiu acompanhar todo o procedimento de preparação e implantação do enxerto renal, bem como o pós-operatório imediato. Durante o internamento em Cirurgia, a pessoa transplantada é ensinado a efetuar o seu balanço hídrico diário, a registá-lo e a compreender a importância do mesmo. É instruído acerca do regime medicamentoso, no sentido de compreender a importância da adesão ao mesmo, no que diz respeito à preservação do enxerto renal. Nesta fase a educação para a saúde é de extrema importância no sentido da promoção do autocuidado. Este processo educativo será dinâmico e contínuo, através da consulta pós TR.

A passagem pelas valências referidas nesta área permitiu-me acrescentar um leque de conhecimentos face ao TR. Tornou-me mais desperta, para os aspetos focados principalmente na consulta pré TR, tendo em conta que no meu contexto profissional, presto cuidados a pessoas em lista ativa.

De acordo com a OE (2019), enfermeiro especialista deve participar na gestão do risco ao nível institucional (Regulamento nº 140/2019). Os aspetos inerentes a esta Unidade de competência, foram experienciados ao longo do ensino clínico, tendo em conta a função de chefe de equipa, desempenhada pela minha orientadora. No que diz respeito: à distribuição de pessoas por enfermeiro, de forma a manter uma prestação de cuidados segura; à promoção de medidas de prevenção e controlo de infeção; cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir o erro e prevenir riscos ambientais; a envolver os colaboradores na gestão do risco e incentivar à notificação de eventos na respetiva plataforma.

Neste serviço, cabe aos enfermeiros especialistas gerir o tipo de eventos registados. Os eventos adversos mais frequentes relacionam-se com quedas, neste sentido é entregue ao utente folheto informativo na admissão, no sentido da prevenção de quedas e é identificado o risco de queda através da avaliação da Escala de Morse. Os eventos relacionados com medicação, prendem-se essencialmente com questões de ausência de fornecimento pelos serviços farmacêuticos. Existem eventos por infeções, relacionadas com cuidados de saúde, nesta área cabe ao enfermeiro especialista designado efetuar auditorias, através de observação, orientada pela

comissão de infeção, relativamente às boas praticas recomendadas. Alguns eventos relacionam-se com erros de identificação e quanto a este aspeto aplica-se a norma da Identificação Inequívoca. Neste sentido, o enfermeiro especialista, nomeadamente os chefes de equipa têm a responsabilidade acrescida de supervisionar o cumprimento da norma. Por último identificam-se eventos relacionados com comportamentos e COVID 19. Anualmente é efetuado um relatório anual que permite identificar os eventos adversos mais frequentes pela sua natureza. O tratamento destes dados concorre para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, uma vez que de acordo com os mesmos permite direccionar focos de atenção a melhorar pela equipa, no que diz respeito à reformulação de procedimentos e até no que diz respeito ao levantamento das necessidades de formação.

As atividades descritas, correspondem ao domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal e B – Domínio da melhoria contínua da qualidade, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 1.19, 1.21, 1.28, 1.37 e 1.7,1.12, 1.19, 1.27, 1.28, 1.30, 1.32, 1.34. Em que o enfermeiro de Nefrologia presta cuidados holísticos, promove o autocuidado, a informação, o consentimento informado e a educação para a saúde. Recomenda, gera e promove a gestão do risco. Baseando e promovendo a atuação de enfermagem de acordo com as diretrizes científicas mais recentes.

3.3.2 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2019), o enfermeiro independentemente da sua área de especialidade, tem um conjunto de competências especializadas, entre elas a de gestão, na equipa, das práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa (Regulamento nº140/2019).

Este ensino clínico foi também direccionado no sentido da gestão de cuidados, orientado por especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente de Nefrologia, exerce no serviço em questão funções de chefe de equipa. O chefe de

equipa exerce funções de “supervisor clínico” de um grupo designado de enfermeiros. Cada grupo toma como elemento de referência o seu chefe de equipa, bem como a restante equipa. Este, colabora nas decisões da equipa, clarifica a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar, gere situações potencialmente difíceis e referencia a outros prestadores de cuidados de saúde.

Acompanhar e participar dessa função, foi considerado veículo facilitador para a integração e coordenação com a equipa multidisciplinar, uma vez que este elemento a cada turno, funciona como veículo entre os elementos da equipa enfermagem e os restantes profissionais da equipa multidisciplinar de Nefrologia, na gestão das situações que surgem. Estas podem envolver a gestão de recursos humanos e materiais, gestão de vagas de acordo com as circunstâncias em serviço, gestão de conflitos com a equipa e/ou com o pessoa/família. Participação na tomada de decisão de situações críticas ou complexas manifestadas pelos seus pares.

Vivenciar a experiência, exercendo o papel do enfermeiro especialista, no que diz respeito à gestão de cuidados, permitiu-me perceber a importância deste papel no sentido de otimizar as respostas da equipa e na articulação com a restante equipa multidisciplinar. Manter uma atitude assertiva e cordial, foi facilitador na integração e coordenação com o equipa multidisciplinar.

A continuidade de cuidados face à pessoa internada e família foi também um foco de atenção especial neste ensino clínico no papel de enfermeiro especialista.

A transição de saúde / doença, é um processo vivido sob uma perspetiva individual, de acordo com uma perceção própria da realidade, expondo a pessoa a um grau de vulnerabilidade. A vivência de processos de transição tais como a alta hospitalar para o domicílio, pode corresponder a um risco potencial para um processo de adaptação desajustado e demorado. Torna-se, portanto, de extrema importância o papel do enfermeiro especialista na continuidade dos cuidados, através do planeamento e implementação de intervenções de enfermagem adaptadas à individualidade da cada individuo e família (Meleis, 2010).

Neste ensino clínico, esta continuidade de cuidados refletiu-se pela preocupação por manter o pessoa e família envolvidos e devidamente informados sobre a evolução ao longo do internamento. Envolver a pessoa no seu plano de cuidados e identificar e direcionar a educação no sentido da independência para o autocuidado. Passa também por referenciar a pessoa a outros profissionais de saúde,

da equipa multidisciplinar e de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários.

As atividades explanadas, correspondem ao domínio C - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). Em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento das competências 1.1, 1.34 e 1.38, visam por parte do enfermeiro especialista, integração, coordenação e interação positiva com a equipa multidisciplinar, pessoa e família. Implicam capacidade de gestão dos cuidados e a continuidade dos mesmos.

3.3.3 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A interação neste ensino clínico, entre pares, foi sentida como partilha e aprendizagem.

Relativamente à SC no que diz respeito ao desenvolvimento profissional a OE (2019), define-a como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.” (p.5)

A oportunidade de passar pelas várias áreas relativas à Nefrologia, nomeadamente o internamento, sala de procedimentos, ADNP, a área do internamento do TR, a Cirurgia e o Bloco Operatório, permitiu a partilha do conhecimento e da experiência.

Assisti a um encontro promovido por esta Unidade hospitalar, intitulado “UM DIA COM OS ENFERMEIROS DO HOSPITAL DE...- Partilha de conhecimentos”, efetuado pela segunda vez, com o intuito que seja semestral e com a duração de um dia. Este encontro evidenciou a partilha de conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros desta Unidade hospitalar, através de uma abordagem crítica das práticas de enfermagem, no sentido de dar a conhecer o trabalho desenvolvido neste hospital. Passou pela sensibilização aos enfermeiros, relativa à necessidade da utilização dos

resultados dos estudos científicos para a melhoria da qualidade dos cuidados e como forma de incentivo para o desenvolvimento de atividades científicas.

Foram apresentados temas na área da Gestão em Enfermagem, ao nível da Cardiologia, foi efetuada apresentação acerca do papel do enfermeiro face ao pessoa portador de Heart Mate e os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a procedimentos evasivos relacionados com a arritmologia. A Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, efetuou uma abordagem à adequação da Unidade face às metas para a Segurança do Pessoa 2021/2026. A Nefrologia abordou a temática da LDH Aférese, como uma nova abordagem das dislipidemias, seus prós e contras. A Unidade de cirurgia Cardiotorácica de Pediatria, abordou temas como a gestão de emoções da criança e família através da visita pré-operatória de Enfermagem e a lesão renal aguda no pós-operatório de cirurgia cardíaca. A Unidade de TR abordou a questão da adesão terapêutica, após o TR.

De acordo com Vieira, Gastaldo & Harrison (2019), é um desafio para os sistemas de saúde melhorar a qualidade dos cuidados e diminuir riscos, além da resposta à complexidade dos cuidados de saúde, deve avaliar-se a eficácia das intervenções, a relação custo benefício e a satisfação do cliente nestes processos. A possibilidade de traduzir as evidências científicas para a prática clínica e estabelecer a partilha com grupos de interesse nos diversos contextos, promove a independência e a visibilidade da Enfermagem.

Nesta Unidade de internamento, são raros os internamentos de pessoas em DPA, o que torna o contato por parte da equipa de enfermagem com esta técnica reduzido. Quando acontecem situações que envolvem a prestação de cuidados à pessoa em DPA, surgem naturalmente, sentimentos de dúvida e insegurança. Por parte da equipa de enfermagem, foi unânime a verbalização da necessidade de formação, quanto à montagem da cicladora e resolução de intercorrências relacionadas com a mesma durante o tratamento.

De acordo com o relatado e em conformidade com a enfermeira orientadora do ensino clínico, efetuei sessão de formação, repetida em 2 momentos, de forma que toda a equipa de enfermagem pudesse assistir. Com título: “Diálise Peritoneal Automatizada – Procedimentos”. Foi efetuado um convite para divulgação e partilhado com toda a equipa (Apêndice IV).

Estas formações, com o título: “Diálise Peritoneal Automatizada – Procedimentos”, foram realizadas essencialmente no domínio da prática, com os objetivos de: preparar

as cicladoras utilizadas em DPA; executar tratamento de um ciclo e simular / resolver intercorrências durante o tratamento (Apêndice V).

Indo ao encontro das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, em que o enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica em evidência científica, responsabilizando-se como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador oportuno, diagnosticando necessidades formativas, gerando programas e dispositivos formativos, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, avaliando o impacto da formação (Regulamento nº140/2019).

Findo este ensino clínico, considero que excedeu em muito as expetativas, uma vez que a experiência em internamento de Nefrologia já era vasta. No entanto esta experiência foi vivenciada no papel de enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica na vertente nefrológica, o que proporcionou uma diferente visão na prestação de cuidados à pessoa com doença renal, no que diz respeito ao papel como supervisor clínico e gestor de cuidados.

As atividades explanadas, correspondem ao domínio D - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), em relação às competências do quadro de competências específicas do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney, 2007), as atividades descritas vão ao encontro do desenvolvimento da competência 1.13, em que o enfermeiro solicita a colaboração dos pares para o desenvolvimento de competências e promove iniciativas formativas de acordo com sua área de competência.

De acordo com os níveis de competências segundo Patricia Benner, baseado no Modelo de Dreyfus, considero ter iniciado este ensino clínico no Estádio Perito (estádio 5), Este evidencia que o enfermeiro tem grande experiência, usa a intuição na compreensão da situação e considera aspetos menos relevantes. Relativamente às situações com que se depara, age com rapidez e em conformidade. Tem facilmente o reconhecimento dos seus pares e utentes, face à sua notável postura e a forma como gere ou participa em situações complexas. No entanto, a aquisição de competências passa pela experiência de forma contínua (Benner, 2001).

4 - ESTUDO SOBRE “VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL: UMA REVISÃO SCOPING”

Esta revisão da literatura do tipo *Scoping Review*, foi a metodologia de investigação utilizada para a concretização do estudo a que diz respeito este relatório, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs (JBI) (Aromataris & Munn, 2020).

4.1 – Introdução

A DRC é considerada um dos principais problemas de saúde ao nível mundial, apresentando um risco cardiovascular aumentado e diminuição da qualidade de vida. Define-se por uma anomalia renal ao nível estrutural ou funcional, com duração de 3 meses ou mais, tornando-se irreversível (Vinhais et al., 2020).

Classifica-se em 5 Estádios de acordo com a TFG, quando esta é < a 15 ml/min/1.73m² atinge-se o estágio de IRCT, o que implica a curto prazo o início de uma TSFR. São opções de TSFR a HD, DP e o TR (DGS, 2012).

Portugal é dos países da Europa com maior incidência de pessoas a iniciar TSFR, com uma incidência 256 pmp e uma prevalência de 201 pmp. Relativamente ao mesmo período foram submetidos a TSFR 20713 pessoas, 60,2 % em HD e 4,2% em DP. Embora a HD tenha uma expressão bastante mais significativa, tem-se verificado ao longo dos últimos 20 anos um número crescente de pessoas a iniciar DP (Galvão et al., 2021).

A DP é uma TSFR domiciliária, associada a uma melhoria da qualidade de vida. Pela sua flexibilidade, pela preservação da FRR e dos acessos vasculares. Esta TSFR realizada diariamente, requer independência para o autocuidado da pessoa, família e/ou prestador de cuidados. A cavidade abdominal, nomeadamente o peritонеu é utilizado como um filtro fisiológico, onde é colocado um cateter. Este é bidirecional e através do mesmo é instilada uma solução estéril na cavidade abdominal, que fica em permanência, período em que se dá o processo de diálise (Ponce, 2020).

O contacto da solução com o peritонеu, permite o transporte de produtos da excreção renal por difusão/convecção e de líquidos por ultrafiltração osmótica, sendo

esta hiperosmolar face ao plasma pela presença de agentes osmóticos, a glicose é o mais utilizado (Andreoli & Totoli, 2020).

Existem duas técnicas de DP, a DPCA, efetuada manualmente durante o dia, implicando a realização de 3 a 5 ciclos/dia e a DPA, efetuada automaticamente durante a noite com recurso a uma cicladora, com duração aproximada de 8 a 10 horas (Johnson et al., 2016).

As complicações em DP podem ser infeciosas, nomeadamente a Peritonite (indicador de qualidade em DP) e a infeção do túnel/OS, problemas mecânicos, diálise inadequada, esclerose peritoneal encapsulante, perda de independência, Burnout da pessoa ou do cuidador e cirurgias que comprometam a zona abdominal ou tumores. (Ponce, 2020).

Relativamente à atuação do enfermeiro em DP, de acordo com Silva C. et al. (2019), citando Dias C. (2014)

O relacionamento entre o enfermeiro, cliente e família é de grande importância, sendo ele primordial para a qualidade desse tratamento, é fundamental para o sucesso da terapia. O enfermeiro é o profissional da saúde que está em convívio mais próximo com o cliente, criando programas e práticas educativas, além do conhecimento em nível científico e da habilidade técnica, entendimento e atitude que leva a satisfação, segurança e conscientização do cliente aceitando e colocando em prática suas orientações (p.70).

O autocuidado é baseado no suporte educativo contínuo e na identificação o mais precoce possível de complicações, implica uma assistência sistematizada, que tem como suporte o processo de enfermagem no sentido de evitar lacunas, identificando necessidades, delineando intervenções e possibilitando a avaliação das mesmas no sentido de direcionar a assistência de enfermagem.

A Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem é a que mais se adequa à pessoa em DP, tal como evidenciam Leone et al (2021). Inclui a Teoria do autocuidado, esta é condição para o sucesso no percurso em DP. Salienta-se o autocuidado terapêutico, que inclui todos os cuidados prescritos e nos requisitos do autocuidado, os requisitos de desvio em saúde, uma vez que estes se referem às tomadas de decisão exigidas face à doença, com objetivo de recuperação, reabilitação e controlo.

O acompanhamento de enfermagem no percurso da pessoa e família em DP, visa identificar deficits para o autocuidado, promovendo intervenções no sentido da melhor qualidade de vida e da prevenção de complicações. Ainda de acordo com os autores supracitados, a Teoria do Deficit do Autocuidado, é acionada quando é reconhecido um deficit de autocuidado que pressupõe a atuação de enfermagem, que

por seu turno ativa a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve a possibilidade de assistência à pessoa com deficit no autocuidado. Em DP salienta-se o sistema de apoio à educação, uma vez que a pessoa/cuidador terão de aprender as atividades de autocuidado terapêutico ensinadas pelo enfermeiro de DP (Leone et al., 2021).

O programa educativo em DP passa pela capacitação da pessoa/família e avaliação do ambiente domiciliário. Essa capacitação visa o desenvolvimento de capacidades, através da abordagem de aspetos teórico-práticos informativos, para a realização do tratamento de forma segura, bem como a prevenção e reconhecimento de complicações.

No que diz respeito ao ambiente domiciliário, a VD permite aferir condições e adequar a técnica às mesmas, no sentido do controlo da infeção, prevenindo complicações infecciosas.

Através da VD, a compreensão do núcleo familiar é essencial para o sucesso do tratamento, uma vez que a DP não implica apenas mudanças estruturais no lar, mas na vida de todos os envolvidos. O envolvimento da família irá conferir à pessoa maior segurança, confiança e estabilidade emocional, por seu lado o contacto do enfermeiro com a pessoa no seu domicílio permite estabelecer vínculos, conhecer vivências, valores e crenças o que influenciará positivamente o processo de cuidar (Cunha et al., 2017).

A OE (2020), preconiza de acordo com o Manual de Boas Práticas em DP, que a VD seja implementada em serviços de Nefrologia com programa de DP. Recomenda que seja efetuada pelo enfermeiro que acompanhou o processo de aprendizagem à pessoa e família. Antes do início da técnica no domicílio, a fim de avaliar condições estruturais e dinâmica familiar, após o início da técnica de forma a facilitar a passagem do hospital para o domicílio, de acompanhamento e avaliação de forma a aferir a técnica e prevenir complicações, com uma periodicidade mínima de 3 sessões anuais.

Em 2016, a ISPD recomenda a VD como parte dos cuidados gerais em DP, por forma a proporcionar uma visão do caminho no processo de aprendizagem e de forma que se promova uma melhor adaptação da pessoa no seu próprio ambiente (Bernardini et al., 2006).

Nas unidades de DP a VD não é uma prática uniforme, no entanto a taxa de Peritonite nas unidades que a realizam é inferior comparada com outras. Esta permite reconhecer lacunas relativamente à perda de conhecimentos com reflexos no domínio

técnico, permitindo atempadamente agir, minimizando consequências. Estes fatores merecem ser considerados no que diz respeito às posturas organizacionais e às políticas de saúde, no que se refere à VD em DP (Bordin, 2007).

O presente estudo, foi desenvolvido com o objetivo de mapear o conhecimento disponível e atualizado sobre a importância da VD de enfermagem ao DRCT em DP. Pretende-se que responda à questão de investigação: “Qual a importância da VD de enfermagem ao DRCT em DP?”.

4.2 – Metodologia

Inicialmente através da interface EBSCOhost foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, seguindo as diretrizes do *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, não sendo encontrada nenhuma revisão *scoping* que aborde o tema em estudo.

Na fase seguinte, foi elaborado um protocolo de revisão *Scoping* de acordo com as diretrizes da JBI 2020 (Aromataris et al.), que permitiu definir a metodologia e objetivo a integrar nesta revisão *Scoping*. O respetivo título, foi concebido utilizando a mnemónica PCC - População, Conceito e Contexto, de acordo com os autores supracitados, permitindo definir de forma clara o âmbito e foco deste estudo.

Os critérios de inclusão foram delineados tendo em conta os aspetos que pretendi ver incluídos nos artigos a selecionar para esta revisão *Scoping*. Defini que a população, se refere a todos os adultos e/ou idosos, com DRCT em TSFR por DP.

Relativamente ao conceito, foram incluídos artigos que abordassem a temática VD de enfermagem. Já no que diz respeito ao contexto, incluem-se apenas estudos nesta revisão *Scoping* no âmbito da DP. Outros critérios de inclusão foram delineados tais como, incluir estudos primários publicados e não publicados (literatura cinzenta) e revisões da literatura.

A pesquisa foi limitada aos idiomas em português e inglês para assegurar a melhor compreensão dos mesmos. O horizonte temporal foi estabelecido para 17 anos, de 2004 a 2021, de forma a tornar a pesquisa mais alargada e abrangente relativamente ao tema em estudo e tendo em conta a escassez de artigos. Relativamente à disponibilidade dos artigos, foram incluídos todos os artigos em texto integral.

Considereei como critérios de exclusão para os artigos a selecionar, os que abrangessem indivíduos com idade inferior a 18 anos, cujo contexto não fosse exclusivamente o da DP, que os participantes não beneficiem da VD de enfermagem ou que sejam artigos duplicados.

A pesquisa em questão decorreu durante o ano de 2021, de acordo com as seguintes etapas:

Etapa 1- Através da *interface* EBSCOhost, nas bases de dados CINHALL Complete e MEDLINE complete, foi efetuada uma primeira pesquisa utilizando apenas conceitos naturais. Através do resultado dessa pesquisa, foram analisadas as palavras contidas nos títulos e resumos, foram também identificados os termos indexados utilizados nos estudos em questão.

Etapa 2 – Efetuada segunda pesquisa isolada em cada uma das bases de dados supracitadas, utilizando os termos indexados definidos e alguns termos naturais relacionados de forma a melhor guiar a pesquisa no sentido do tema em estudo.

Etapa 3 – Nesta última etapa foi efetuada a seleção final dos artigos, através do título, leitura de resumo/*abstract* e tendo em consideração os restantes critérios de inclusão definidos. Como forma de tornar mais consistente o estudo, foi ainda efetuada uma pesquisa livre no Google Académico.

As palavras-chave/conceitos naturais utilizados foram: Visita Domiciliária e Diálise Peritoneal. As palavras-chave/conceitos naturais em inglês foram: Home Visits e Peritoneal Dialysis.

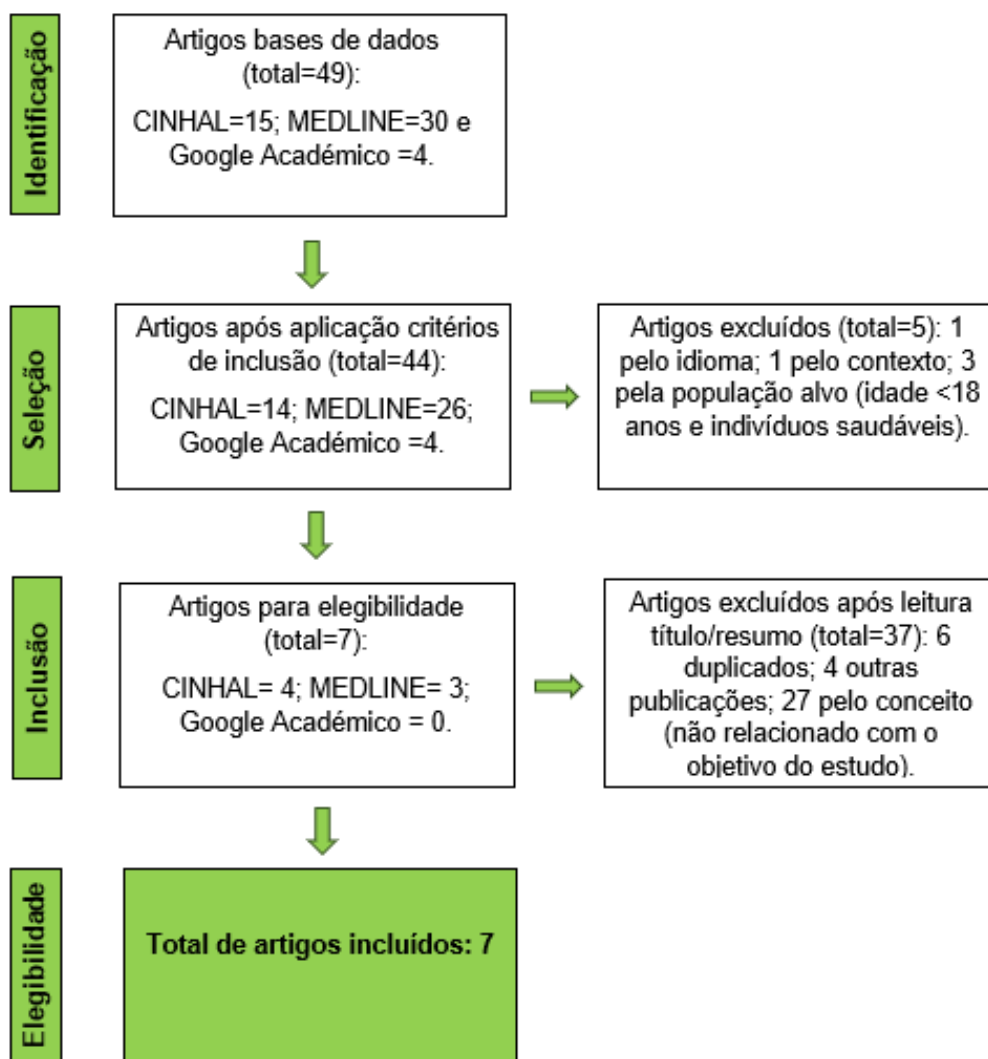
A estratégia de pesquisa, culminou com a seleção final dos artigos a incluir neste estudo e encontra-se esquematizada através do fluxograma da figura 1. Na primeira fase da pesquisa, após aplicação do limitador temporal de busca, foram obtidos 49 artigos, 15 artigos na CINHALL Complete, 30 na MEDLINE Complete e 4 no Google Académico.

Na fase de seleção foram excluídos 5 artigos, 1 pelo idioma, de acordo com o definido anteriormente, 1 pelo contexto que se relaciona também com a HD (fora do conceito) e 3 pela população alvo (com idade inferior a 18 anos). Desta forma, aplicados os critérios de inclusão foram extraídos 44 artigos para inclusão, 14 na CINHALL Complete, 26 na MEDLINE Complete e 4 no Google Académico.

Numa última fase, foram analisados os artigos para elegibilidade através da leitura do título e resumo, sendo que foram excluídos 37 artigos, 6 estavam duplicados nas bases de dados utilizadas, 4 porque se tratava de artigos de opinião e 27 pelo

conceito não relacionado com o objetivo deste estudo, na sua maioria os artigos não abordavam a VD de enfermagem em DP ao DRCT como foco do estudo. Foram selecionados para incluir nesta revisão *scoping* 7 artigos, 4 artigos da CINHALL Complete e 3 da MEDLINE Complete.

Figura 1 – Fluxograma da estratégia de pesquisa



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

4.3 - Apresentação de resultados

Para elegibilidade foram extraídos 7 artigos, estes foram submetidos a análise e leitura integral, de forma a serem retirados dos mesmos os aspetos que respondam da melhor forma à questão de investigação e ao objetivo deste estudo.

As principais características dos artigos incluídos e respetivos resultados, podem ser consultados através do quadro 1.

Compreendem um horizonte temporal entre 2004 e 2018, como forma de tornar a pesquisa mais abrangente, este fato deve-se à escassez de estudos no âmbito da VD de enfermagem em DP. Todos os artigos foram publicados em inglês e qualquer um apresentava disponibilidade integral do texto. Quanto à origem dos estudos, 2 são originários da Turquia, 1 da Coreia, 1 de Itália, 2 do Brasil e 1 da Austrália. Trata-se de estudos científicos publicados em revistas internacionais, 6 dos quais em revistas de Nefrologia. Destes, 4 em revistas de enfermagem, 2 do jornal oficial da EDTNA/ERCA. Existe 1 estudo de uma revista científica generalista.

O foco de todos os estudos é a pessoa com DRC em DP e que beneficia da VD de enfermagem. Qualquer um dos estudos, evidencia a importância da intervenção de enfermagem no ambiente domiciliário, no que diz respeito à continuidade do processo educativo que se inicia nas unidades de DP e à prevenção de eventos, com especial ênfase para os infecciosos, nomeadamente a Peritonite e a infeção do OS.

Cinco dos estudos abordaram o contributo da VD de enfermagem na redução de complicações infecciosas, nomeadamente a Peritonite, já no que diz respeito à infeção do OS, apenas um demonstra o contributo da VD face à incidência de infeção do OS. O artigo de Chang, J. et al. (2018), apresenta um estudo randomizado e o artigo de Martino, F. et al. (2014), um estudo caso-controlo, investigaram o efeito da reciclagem frequente através da VD, sobre os resultados da DP. No primeiro, o resultado final primário era a infeção do OS e os parâmetros secundários eram a peritonite, quaisquer infeções relacionadas com DP, entre outros. No segundo a Peritonite era um dos focos em estudo. O estudo de Kazancioglu, Ozturk, Ekiz, Yucel & Dogal (2008), examinou, através da VD de enfermagem, como a pessoa em TSFR por DP continuou no domicílio as práticas iniciadas nas Unidade de DP, correlacionando os dados com a incidência de Peritonite. Um estudo avaliou a mudança de conhecimentos através de repetidas VD, no que diz respeito a determinados parâmetros entre eles os infecciosos, com destaque para a Peritonite. A revisão da literatura de Martinho, L. et al. (2020), pretendeu identificar na literatura como a VD é utilizada pelos enfermeiros como ferramenta de cuidados em DP,

evidenciando alguns autores que focam a VD de enfermagem na prevenção de complicações infecciosas. No estudo de Chang J. et al. (2018), a idade superior a 60 anos, relacionada com o aumento da frequência da VD, foi estudada no que diz respeito à redução do risco do 1º episódio de Peritonite.

Todos os artigos abordam outros fatores que foram apreciados como contributo relativo à intervenção do enfermeiro através da VD, tais como a falha técnica, ambiente domiciliário, taxa de hospitalização e sobrevivência na técnica.

O artigo de Buena, Tregaskis & Elliott, (2018), é uma revisão da literatura, focada nas práticas das VD dos enfermeiros em DP, tais como a frequência, a avaliação e a eficácia da estrutura da VD da gestão das pessoas em DP. O artigo de Cunha, P. et al. (2017), descreve a VD em DP, na perspetiva da pessoa que inicia esta TSFR, discutindo os seus efeitos.

As principais características dos 7 artigos incluídos nesta revisão *scoping*, no que se refere aos autores, título do estudo, ano da publicação, país de origem, identificação da revista, metodologia, objetivos dos estudos, população, área de intervenção e principais resultados, são evidenciados no quadro 1.

Quadro 1 – Principais características dos artigos incluídos na revisão *scoping*

Autores	Título do estudo	Ano da publicação/ País de origem	Revista	Metodologia	Objetivo(s) do estudo	População em estudo (amostra)	Área de intervenção	Resultados
Buena T. et al.	Peritoneal dialysis home visits: A review of timing, frequency and assessment criteria.	2018 Austrália	Renal Society of Australasia Journal	Revisão sistemática da literatura	Fornecer recomendações baseadas em provas para a VD em DP.	9 estudos incluídos	Práticas nas VD à pessoa em DP (frequência, itens a avaliar, eficácia da estrutura da VD na gestão das pessoas).	- A VD é evidenciada face à redução das infeções em DP e recomendada pela ISPD (2016). - Avaliação do domicílio, conhecimentos, execução e cumprimento da técnica, dinâmica familiar e rede de apoio. - Permite a avaliação da saúde física e emocional, permitindo encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar.
								- Aumento da frequência e

Chung J. et al.	Frequent patient retraining at home reduces the risks of peritoneal Dialysis – related infections: A randomized study.	2018 Coreia	Scientific Reports	Ensaio multicêntrico aberto randomizado, controlado com braços paralelos	Investigar o impacto da VD frequente e regular, após o início da DP na redução da incidência de infecção do OS, Peritonites e outros eventos.	205 pessoas em DP – 2 grupos aleatórios (36 e 41 = 77) Duração: 24 meses	VD/Infecções e eventos relacionados com DP.	regularidade da VD significativo na redução da taxa de infecção do OS e Peritonite (12 meses após o início do estudo). - Idade > 60 anos, associada a aumento da taxa de Peritonite: maior frequência da VD, aumentou conhecimentos/habilidades e melhoria nas condições do ambiente físico – Perda de autonomia. - Pessoas com melhores condições socioeconômicas e que efetuam registros regularmente, refletem menor taxa de Peritonite, evidencia-se a importância da VD antes do início da técnica.
								- A VD confere cuidado humanizado

Cunha et al.	The home visit in peritoneal dialysis: relevant aspects to nursing care.	2017 Brasil	Fundamental Care	Estudo qualitativo, exploratório descritivo	Descrever a VD sob o olhar da pessoa que inicia DP /Discutir o significado da VD para os mesmos.	11 participantes 7 pessoas em DP e 4 cuidadores informais	Analisar o significado da VD da parte da pessoa em DP.	(construção de vínculos / troca de experiências). - Empoderamento na VD para a adesão ao regime terapêutico. - Promoção do autocuidado (reforça a segurança / esclarecimento de dúvidas).
Kazancioglu et al.	Can using a questionnaire for assessment of home visits to peritoneal dialysis patients make a difference to the treatment outcome?	2008 Turquia	Journal of renal care	Estudo Correlacional	Correlacionar a taxa de Peritonite com a observação da técnica e de acordo com o ensinado.	32 pessoas em DP	Perceber Através da VD de que forma são continuados os cuidados aprendidos e intervir para a prevenção de complicações.	- Frequentes VD ajudam a criar um ambiente seguro, promovendo a prevenção de complicações. - Instrumentos de avaliação para VD são importantes fontes de informação, diagnóstico e requerem reformulações.
								- VD como ferramenta para otimizar a assistência em DP:

Marinho C. et al.	Home visit as a support for nursing in peritoneal dialysis: an integrative review.	2020 Brasil	Acta Paulista Enfermag.	Revisão sistemática da literatura	Identificar na literatura como a VD é utilizada como ferramenta do cuidado em DP domiciliar.	10 estudos incluídos	Eficácia da VD de enfermagem como ferramenta de apoio na adesão ao tratamento e na prevenção de complicações em DP.	. Melhoria na sobrevida da pessoa; . Redução da taxa de Peritonite; . Redução da taxa de hospitalização. - Necessidade de formação dos enfermeiros para a VD. - Intervenção da VD e sua continuidade: . Falha técnica, esclarecimento de dúvidas e acompanhamento da realidade familiar.
	Home visit program improves technique Survival in				Examinar o efeito de um programa regular de VD sobre resultados clínicos (sobrevivência na técnica, Peritonite e		Formação no domicílio/ Falha técnica em	- Pessoas que beneficiam de VD: . Maior sobrevida na técnica (passagem retardada para HD/diminuição de custos); . Maior sobrevivência da pessoa;

Martino et al.	Peritoneal Dialysis.	2014 Itália	Blood Purification	Estudo caso-controlo	taxa de hospitalização)	92 pessoas em DP	DP/Peritonite/sobrevivência.	. Redução da taxa de Peritonite (Gram positivos – associado a falha técnica); . Redução taxa de hospitalização.
Ozturk S. et al.	Assessing and training patients on Peritoneal Dialysis in their own homes can influence better practice.	2004 Turquia	Journal of the Renal Care	Estudo experimental descontrolado	Avaliar a mudança na prática e conhecimento teóricos das pessoas em DP através de repetidas VD.	15 pessoas em DP	Formação no domicílio / Redução de complicações infecciosas em DP.	- Com a VD à pessoa em DP: . Ganhos conhecimentos (infecção/regime medicamentoso); . Avaliação de competências e problemas no ambiente domiciliar.

4.4 - Discussão dos resultados

Os resultados evidenciados através desta revisão scoping, revelam a importância da VD de enfermagem à pessoa em DP, de forma lata, no que diz respeito à promoção do autocuidado na gestão do regime terapêutico. Particularmente, evidencia-se a importância da VD, na prevenção de complicações com especial ênfase para as infecciosas, nomeadamente a Peritonite e a infecção do OS/Túnel, na continuidade do processo de aprendizagem iniciado nas Unidade de DP, no sentido de observar e avaliar a implementação dos objetivos da formação, a adaptação do ambiente domiciliário, na promoção do envolvimento da família na terapia e na adesão ao regime terapêutico.

Foi unânime a evidencia de que a VD deverá ser efetuada por enfermeiros com larga experiência em DP e alguns estudos mencionam a importância de ser efetuada pelo enfermeiro que inicia o processo de aprendizagem. Para o enfermeiro de DP a VD, poderá ser encarada como uma ferramenta na gestão dos cuidados à pessoa em DP. Os resultados desta revisão scoping, mostram a importância de uma VD estruturada e de acordo com as mais recentes diretrizes.

A ISPD em 2016, na atualização para o tratamento e prevenção da Peritonite (Li et al.) e em 2017, na atualização das Recomendações para infeções relacionadas com o cateter de DP (Szeto et al.), enfatiza a importância de um programa de treino efetuado por enfermeiros com formação adequada, seguindo as diretrizes e foca a importância da VD, do enfermeiro de DP após o início da terapia no domicílio, no sentido de detetar problemas com a técnica, ambientais, de adesão a protocolos e comportamentos que aumentem o risco de infeção. A OE (2020), através do Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal, respeitando os requisitos previstos nos enunciados descritivos do Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, recomenda que a VD seja implementada por cada Unidade de DP e realizada por enfermeiros com experiência em DP, preferencialmente que seja efetuada pelo enfermeiro que iniciou o processo de enfermagem à pessoa/família e/ou cuidador.

O processo de enfermagem, no que diz respeito à pessoa em DP, revela-se um ótimo instrumento no sentido que permite, através das necessidades de autocuidado terapêutico identificadas, planear as intervenções de enfermagem, avaliar os resultados das mesmas e proceder a reformulações, no sentido de a pessoa atingir

os resultados pretendidos. De acordo com Leone et al. (2021), o processo de enfermagem deve ter como base um suporte teórico de modo a manter a eficácia e a qualidade assistencial. No caso da assistência de enfermagem à pessoa em DP, a Teoria do autocuidado de Orem é a que mais se adequa, tendo em conta as teorias do autocuidado que a sustentam. A pessoa em DP realiza as atividades de autocuidado terapêutico prescritas pelo enfermeiro de DP. Este, de acordo com os deficits de autocuidado identificados e recorrendo ao sistema de apoio-educação, respeitante à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, torna o processo de aprendizagem contínuo e dinâmico da pessoa em DP, no sentido de manter a independência, a segurança prevenindo ou identificando precocemente complicações.

De acordo com a SPN (2021), no ano de 2020, 40,5% das pessoas que abandonaram a DP, foi por causas infecciosas (Galvão et al., 2021). As infeções mais recorrentes em DP são a Peritonite e a infeção do OS. Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão scoping evidenciam efeitos da VD de enfermagem em DP como estratégia para combater a falha técnica, prevenindo assim possíveis complicações, com especial ênfase para as infecciosas. O estudo randomizado de Chang et al. (2018), investigou o efeito de VD de enfermagem frequentes sobre os resultados da DP. O resultado final primário era a infeção do OS, fato verificado apenas neste estudo, face aos outros incluídos e um dos parâmetros secundários era a Peritonite. A população em estudo teve o mesmo programa de ensino inicial, foi dividida em 2 grupos, diferindo entre ambos o número de VD em dois anos (10,6 +/- 7,5 dias vs. 3,6 +/- 3,6 dias). No que diz respeito à IOS, verificou-se uma diminuição do número de eventos em toda a população, principalmente a partir do 1º ano. No final do estudo, a taxa de infeção do OS/ano era de 0,144% no grupo com mais VD e 0,168% no outro, embora a diminuição deste evento se tenha verificado nos 2 grupos. Relativamente à Peritonite, os resultados deste estudo não revelaram diferenças com significado entre grupos, exceto no que diz respeito à redução do risco do 1º episódio de Peritonite, quando efetuada uma subdivisão por idade > e < a 60 anos, no subgrupo > a 60 anos, pertencente ao grupo de VD mais frequentes, verificou-se um efeito significativo na redução do risco do 1º episódio de Peritonite.

O estudo de Martino et al. (2014), é um estudo caso-controlo, relativo a uma Unidade de DP em Itália, o primeiro grupo foi estudado em 2013 e teve benefício da VD de enfermagem em DP, a cada 3 meses, durante um ano, o segundo grupo

seguido por esta Unidade em 2008, no seu programa de treino não beneficiou da VD. O objetivo do estudo é idêntico ao anterior, a diferença, neste caso é que não está em causa a frequência da VD, mas sim a sua existência ou não. Relativamente à incidência da Peritonite, não houve uma diferença significativa entre grupos, no entanto foi observado um impacto positivo na incidência de Peritonite Gram-positiva no grupo que beneficiou de VD e quanto a este aspeto, foi associado o fato de este grupo ter uma faixa etária mais baixa e um maior grau de independência. Salienta-se assim o fator idade no que diz respeito ao risco de Peritonite, já demonstrado também no estudo anterior. O que vem reforçar a importância da VD de enfermagem em DP no que diz respeito à promoção do autocuidado e prevenção de eventos infecciosos. A perda de independência, relacionada com a idade e com o envelhecimento deverá, deverá ser motivo de especial atenção na assistência de enfermagem à pessoa em DP. Durante a VD o enfermeiro, poderá sugerir a correção de riscos potenciais no ambiente domiciliar e corrigir falhas técnicas. A revisão da literatura de Marinho et al. (2020), tem como objetivo identificar na literatura como a VD de enfermagem em DP é utilizado pelos enfermeiros como uma ferramenta nos cuidados à pessoa em DP, revela a importância da VD de enfermagem em DP, relativamente à prevenção de complicações infecciosas, no que diz respeito à correção de falhas técnicas no domicílio que possam gerar eventos infecciosos e refere 3 autores quanto à diminuição da taxa de Peritonite através da VD de enfermagem, entre eles o estudo de Martino et al. (2014), único estudo encontrado que relaciona a VD de enfermagem face à taxa de Peritonite com efeitos positivos, sendo esse um dos estudos incluídos nesta revisão scoping.

O estudo de Kazancioglu, Ozturk, Ekzis, Yusel & Dogan (2008), teve como objetivo examinar, através da VD de enfermagem, como as pessoas em DP continuam com as práticas ensinadas na Unidade de DP no domicílio e correlacionar estes dados com a incidência de Peritonite. Foi utilizado um formulário para a avaliação da VD, construído pelos Nefrologistas da Unidade e aplicado pelo enfermeiro da Unidade que realizou a VD, este tinha dois critérios principais, “Conhecimento e habilidade” e “ambiente de diálise”, divididos em cinco subgrupos relacionados. Evidenciou-se através dos resultados uma correlação negativa entre o score de “Conhecimento e habilidades” em pessoas que sofriam de Peritonite e sob as respetivas taxas ($r=-0,367$, $p=0,039$) e uma correlação negativa e significativa entre o score ambiental e a taxa de Peritonite ($r=0,363$, $p=0,041$), isto significa que a taxa de Peritonite foi menor

em pessoas com maior score de “conhecimentos e habilidade” e ambiental. O que pode significar que é importante a receção e compreensão da informação recebida, não só ao nível da componente técnica para a realização da DP, mas também em relação ao ambiente físico onde se realiza a técnica. Da análise dos subgrupos, as correlações observadas foram entre o procedimento de troca, o uso de livro de registos e a condição socioeconómica da pessoa com Peritonite ($r=0,406$, $p=0,044$; $r=0,426$, $p=0,034$; $r=0,432$, $p=0,031$; respetivamente). O que mostra que pessoas com condições socioeconómicas mais elevadas, realizam o procedimento de DP de forma correta e que efetuam registos regularmente e de forma correta, têm menor frequência de Peritonite. Deste resultado, emerge a importância da avaliação das condições do domicílio através da VD de enfermagem. Cabe ao enfermeiro especialista identificar potenciais riscos e deficits socioeconómicos, referenciando e encaminhando a pessoa em DP e família aos recursos da comunidade.

O estudo de Ozturk, Yucel, Guvenc, Ekiz & Kazancioglu (2009), utilizou os resultados do estudo que referi anteriormente, para ampliar o conhecimento sobre como o ensino contínuo influencia a prática da DP, as pessoas que participaram neste estudo haviam sido as mesmas que participaram no anterior, bem como os enfermeiros que realizaram a VD. Foi efetuada uma VD/ano durante dois anos e utilizado um formulário com 8 divisões principais, nutrição, obstipação, local de troca, Peritonites, outros aspetos relacionados com infeção, medicamentos, higiene pessoal e materiais de diálise. A salientar que entre a primeira e a segunda VD o número de respostas corretas aumentou de 81% para 89,6%, mostrando de forma generalizadas ganhos entre VD e também se verificou a mesma tendência no que diz respeito às infeções, incluindo a Peritonite. Os resultados deste estudo evidenciaram que as pessoas que concentraram principalmente na informação sobre Peritonite, tinham um conhecimento incorreto sobre sintomas e prevenção das infeções do OS e Túnel subcutâneo. Este estudo revelou que o conhecimento e prática em relação às infeções foi aumentado, através das visitas de acompanhamento. Indo ao encontro da ISPD que recomenda o retreino terapêutico incluindo a observação e correção da técnica de DP, práticas de higiene das mãos e cuidados ao OS do cateter de DP para reduzir o risco de infeções relacionadas com DP.

Dos resultados desta revisão scoping, relativamente à importância da VD de enfermagem face à pessoa em DP, outros fatores se revelam importantes, nomeadamente o ambiente domiciliário. O estudo de Cunha, Silva, Santos, Pires,

Leone & Silva (2017), descreve a VD de enfermagem a partir do olhar da pessoa que inicia DP. Os principais resultados deste estudo evidenciam, o papel do enfermeiro de DP no domicílio no sentido de ajudar a adaptar o ambiente domiciliar, à terapia em DP, mantendo as suas características em segurança, na construção de ligações e troca de experiências, formando uma parceria com a pessoa em DP e família e no esclarecimento de dúvidas relativas a questões de segurança.

Através dos resultados desta revisão scoping, ressalta a importância dos instrumentos de avaliação da VD de enfermagem em DP, no sentido de tornar mensurável a identificação de problemas potenciais e delinear o foco da intervenção de enfermagem. Nos estudos incluídos foram identificados instrumentos de avaliação da VD, tal como entrevista estruturada, questionário (embora sejam referidas limitações tendo em conta a incapacidade de algumas pessoas na resposta de forma autónoma) e formulários. O estudo de Ozturk et al. (2009), reforça a importância do formulário como instrumento de avaliação da VD, no sentido de detetar potenciais problemas, possibilitando também o envolvimento da pessoa em DP na análise e gestão desses problemas potenciais. Sendo difícil reunir informações genéricas é evidenciada a importância de utilizar formulários uniformes, que contenham as perguntas certas, a fim de alcançar as respostas necessárias no sentido ajudar a resolver problemas. No estudo de Kazancioglu et al. (2008), foi demonstrado que os dados recolhidos através dos formulários de questionários pré formados podem fornecer informações sólidas para apoiar a necessidade de pessoal treinado para efetuar a VD de enfermagem à pessoa em DP, o que pode fazer a diferença nos resultados do tratamento.

Através da análise dos resultados dos estudos desta revisão scoping, a importância da VD de enfermagem em DP é francamente evidenciada no que diz respeito à promoção da independência, à prevenção de eventos de carácter infeccioso, através da correção da falha técnica, da adaptação do ambiente domiciliário à terapia, da construção de ligações com a pessoa em DP e família, promovendo o envolvimento da mesma na terapia domiciliar e na adesão da pessoa em DP ao regime terapêutico. No entanto, na literatura e nomeadamente em termos de diretrizes é escassa a orientação relativa à estrutura da VD de enfermagem à pessoa em DP. A revisão da literatura de Buena, Tregaskis & Malcolm (2018), teve como objetivo fornecer recomendações baseadas em evidências para a prestação de serviços de VD de enfermagem em DP. As publicações caracterizaram-se por estudos de caso,

recomendações e orientações de especialistas, mas pouco consenso ou orientações baseadas em evidências no que diz respeito à prática da VD de enfermagem em DP. Relativamente à falta de evidência na literatura que apoie a prática da VD, o JBI (2013) argumenta que os profissionais de saúde devem considerar “a opinião de especialistas e as opiniões de clínicos experientes e seus órgãos profissionais como formas válidas de evidência para a prática, especialmente quando alguma intervenção ou atividade é necessária na prática, mesmo que não existam evidências de pesquisa” (p.212). Esta revisão destaca, a necessidade de mais pesquisas usando desenhos rigorosos no sentido de determinar o impacto que a VD de enfermagem tem sobre os resultados da pessoa em DP.

Ao efetuar a pesquisa inerente a esta revisão *scoping* verifiquei escassez de artigos no que diz respeito à VD de enfermagem, especialmente no contexto da DP. Este fato poderá atribuir-se a baixa prevalência de pessoas em DP, uma vez que a maioria se encontra em HD. O que evidencia a pertinência do tema em estudo nesta revisão *scoping* e a necessidade de que os enfermeiros de Nefrologia, nomeadamente os de DP, devem manter formação contínua baseada na melhor e mais recente evidência científica, produzindo estudos e disseminando os seus resultados no que diz respeito à DP e à VD.

4.5 – Conclusões

A educação à pessoa em DP deve ser um processo contínuo e dinâmico, de acordo com as necessidades identificadas, através da capacitação, com vista ao autocuidado em segurança. Sendo a DP uma terapia domiciliária, a intervenção do enfermeiro de DP, preferencialmente o que acompanhou o início do processo de ensino, no domicílio, ou seja, no palco onde decorre a ação, é uma ferramenta para a prevenção de complicações. A maior parte das diretrizes relativas à VD de enfermagem à pessoa em DP, emergem de outras relacionadas com aspetos infecciosos, nomeadamente a Peritonite e a infeção do OS.

Com a elaboração desta revisão *scoping* ficou evidente a importância da VD de enfermagem à pessoa em DP, no que diz respeito à redução do 1º episódio de Peritonite, principalmente no idoso, na taxa de Peritonite e na incidência da infeção do OS/túnel subcutâneo. Através da observação da execução da técnica no ambiente

domiciliário, havendo a oportunidade de correção da falha técnica, que inclui também aspetos relacionados com a lavagem e a desinfeção das mãos. O ambiente domiciliário no que diz respeito às condições e adaptações necessárias à realização da terapia em segurança, são outros aspetos que podem beneficiar da intervenção do enfermeiro de DP no domicílio. A criação de ligações, aquando da VD de enfermagem são apontadas como favoráveis para a criação de uma parceria favorável ao autocuidado na gestão do regime terapêutico. Por outro lado, a promoção do envolvimento da família na terapia no domicílio, nessa gestão é evidenciada através da VD.

A principal limitação deste estudo teve a ver com o número reduzido de artigos encontrados de acordo com os critérios de inclusão e a escassez de estudos primários publicados na área de VD de enfermagem à pessoa em DP. O que sugere a necessidade de realização de estudos primários na área da VD de enfermagem à pessoa em DP e a disseminação dos respetivos resultados.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu o exercício do pensamento reflexivo e crítico, acerca de todo o caminho percorrido na UC estágio com relatório. Iniciada, com a elaboração do projeto de estágio, onde defini objetivos e atividades a vir a desenvolver em estágio e elaborei o protocolo de revisão *scoping*, já no sentido do tema em estudo.

Neste relatório apresentei as atividades realizadas em cada contexto de estágio, estas evidenciam o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente de Nefrologia, experienciadas na prática clínica, aqui refletidas e fundamentadas pela evidência científica mais recente e pertinente face às situações e a revisão *scoping* com o tema: Importância da VD de enfermagem ao DRCT.

A escolha deste ramo de especialidade em enfermagem surge na intensão da melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa com doença renal e particularmente à pessoa em DP, tendo em conta que exerço funções há vários anos em internamento de Nefrologia e numa Unidade de DP.

O percurso efetuado, para a elaboração deste relatório permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos através das consultas das fontes de evidência. Os estágios permitiram-me o contato com realidades da prática clínica semelhantes às que exerço funções embora com particularidades diferentes, o que serviu como alvo de reflexão, troca de experiências e oportunidade de crescimento pessoal e profissional. As atividades realizadas em estágio foram estruturadas, neste relatório, de acordo com cada domínio das competências comuns do enfermeiro especialista da OE o que me permitiu estruturar o pensamento entre os domínios e as atividades. Recorrer ao modelo de teórico de aquisição de competências de enfermagem de Patricia Benner, permitiu-me em termos do nível de perícia, localizar-me no início e posicionar-me no final de cada estágio, indicando evolução em termos da aquisição de competências.

Portugal, encontra-se no topo da europa no que diz respeito á taxa de prevalência de pessoas em TSFR. No que diz respeito à diálise, é a HD que adquire maior expressão, no entanto o número de pessoas em DP tem vindo a aumentar ao longo dos anos, bem como as unidades de DP.

Cabe ao enfermeiro especialista, no contexto da DP promover a melhoria contínua dos cuidados à pessoa em DP, participando em projetos neste sentido e atendendo às diretrizes recomendadas e às mais recentes evidências científicas.

Tendo em conta a minha prática clínica numa unidade de DP, entendo que o processo contínuo de ensino à pessoa em DP é um dos principais pilares para a prevenção de complicações, que têm implicações ao nível da sobrevivência na técnica, morbilidade e mortalidade. Tenho considerado ao longo de anos que a ausência de um programa de VD de enfermagem é uma lacuna no processo de ensino, tendo em conta que o domicílio é o palco da ação. A VD de enfermagem, seria a forma de observar a execução dos conteúdos ensinados e a sua compreensão, como forma de assegurar a independência e a segurança. Esta foi a motivação para a realização da revisão *scoping*. Com a sua elaboração, constatei a escassez de estudos nesta área e elaborados por enfermeiros. Tal como a inexistência de diretrizes exclusivas para a estrutura da VD de enfermagem em DP, uma vez que estas na sua maioria são referenciadas em diretrizes relativas à prevenção da infeção em DP. Estes fatos sugerem a necessidade de serem efetuados mais estudos primários para a temática estudada.

Dos resultados desta revisão *scoping*, evidencia-se a importância da VD de enfermagem à pessoa e família em DP, no que diz respeito à adaptação do ambiente domiciliar à terapia, à correção de falhas de assepsia ou técnicas, à dissipação de dúvidas e oportunidade de esclarecimentos e à envolvimento da família nesta terapia. Com vista ao autocuidado, à gestão do regime terapêutico e à prevenção de complicações.

A eleição da perspetiva teórica de enfermagem de Dorothea Orem, nos contextos de estágio e para a revisão *scoping*, foi norteadora das intervenções de enfermagem. Tendo como conceito central o autocuidado, direcionando a atuação do enfermeiro para os déficits de autocuidado de forma individualizada, utilizando com o suporte o apoio à educação. Esta foram as linhas orientadoras para a minha atuação nos contextos de estágio no que diz respeito à pessoa e família com doença renal.

As dificuldades sentidas para a realização deste relatório de estágio, foram relativas à inexistência de estatuto de trabalhador-estudante no que se refere à realização dos estágios, aliado às distâncias percorridas para os poder realizar e pela situação de pandemia por COVID 19, que exigiu de todos os profissionais de saúde um esforço acrescido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amoedo, M. (2012). PREÇO COMPREENSIVO EM DIÁLISE PERITONEAL. *Nefrêmea*.167, pp.26-27. Disponível em: https://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2016/06/revista_neframea_n%C2%BA_167.pdf;
- Andreoli, M. & Totoli, C. (2020). Peritoneal Dialysis. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 66 (1), p.37-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.37>;
- Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>;
- Benites, O., Figueiredo, P., Canuso, F., Francioni, F. (2022). Construção de tecnologia educativa para o autocuidado de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Research, Society and Development*, Vol. 11 (2), pp. 1-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.22269>;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora;
- Bernardini, J., Price, V., Figueiredo, A., Riemann, A., Leung, D. (2006). International survey of peritoneal dialysis training programs. *Perit Dial Int.* 26, p.658–663. Disponível em: http://www.ispd.org/media/pdf/ISPD_Guidelines_patient_training-2006.pdf;
- Bordin, G., Casati, M., Sicolo, N., Zuccherto, N., Eduati, V. (2012). PATIENT EDUCATION IN PERITONEAL DIALYSIS: AN OBSERVATIONAL STUDY IN ITALY. EDTNA/ERCA. *Journal of Renal Care.* 33(4), p. 165-171. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2007.tb00067.x>;
- Buena, T., Tregaskis, P. & Elliott, M. (2018). Peritoneal dialysis home visits: A review of timing, frequency and assessment criteria. *Renal Society of Australasia Journal.* 14 (2), pp. 70-77. Disponível em:

<https://www.proquest.com/openview/c60072a409081cdd878c77e45e6f2756/1?pq-origsite=gscholar&cbl=39602>;

Chamney, M. J. (2007). *Competency framework*. Sweden: EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association;

Chang, J., Oh, J., Park, S., Lee, J., Kim, S., Shin, D., Hwang, Y., Chung, W., Kim, H., Oh, K. (2018). Frequent patient retraining at home reduces the risks of peritoneal dialysis-related infections: A randomised study. *Scientific Reports*. 8:12919, pp.1-9. DOI: 10.1038/s41598-018-30785-z;

Cunha, P., Silva, C., Santos, K., Pires, A., Leone, D., Silva, L. (2017). The home visit in peritoneal dialysis: relevant aspects to nursing care. *Rev Fund Care Online*. 9(1), p.128-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.128-136>;

Direção-Geral da Saúde (2012). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 17/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 14/06/2012). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5. Lisboa: DGS;

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 007/2019 de 16/10/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa. DGS;

Eriguchi, M., Tsuruya, K., Yoshida, H., Yamada, S., Tanaka, S., Suehiro, T.,..., Taniguchi, M. (2011). Validação do Exit-Site Scoring System.Recomendado pelas Diretrizes de 2005 da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal. *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 31 (6), pp. 698–700. Doi: [10.3747/pdi.2010.00287](https://doi.org/10.3747/pdi.2010.00287);

Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M. ... Silva, G. (2021, outubro). Portuguese registry of dialysis and transplantation 2021. In Encontro Renal, 36º Congresso Português de Nefrologia/ 36º Congresso APEDT. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Vila Moura;

Herculano, M., Sousa, V., Galvão, T., Caetano, J., Damasceno, K. (2011). Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional

fundamentada em Orem. Ver Rene. 12 (2), pp.401-408. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975026.pdf>;

Iglesias, A., Miriunis, C., Pelliccia, F., Morris, L., Romach, I., Matos, J., ..., Kafka, T. (Eds.). (2014). *Vascular Access Cannulation and Care - A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula*. Switzerland: European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Disponível em:
https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access.pdf;

Johnson, R. J., Feehally, J. & Floege, J. (2016). *Nefrologia Clínica: abordagem abrangente*. (5ª ed.). São Paulo: Elsevier editora Ltda;

Kazancioglu, R., Ozturk, S., Ekiz, S., Yucel, L., Dogan, S. (2008). Can using a questionnaire for assessment of home visits to peritoneal dialysis patients make a difference to the treatment outcome? *Journal of Renal Care*. 34(2), pp. 59-63. DOI: 10.1111/j.1755-6686.2008.00023. x.;

Lei n.º 22/2007 (2007). Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 124 de 29/06/2007), 4146-4150. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/22/2007/06/29/p/dre/pt/html>;

Leone, D., Neves, A., Prado, R., Castro, E. (2021). Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem - estudo de método misto. Esc. Anna. Nery .25 (3), p.1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0334>;

Li, P., Szeto, C., Piraino, P., Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A., ..., Johnson, D. (2016). ISPD PERITONITIS RECOMMENDATIONS: 2016 UPDATE ON PREVENTION AND TREATMENT. Ver. Peritoneal Dialysis International, 36

(5), pp. 481–508. Disponível em:
<file:///C:/Users/Patricia/Desktop/ISPD%202016%20Peritonite.pdf>;

Lima, T., Macedo, A., Monte, B. (2021). Enfermagem na promoção do cuidado em pacientes com FAV em hemodialise. *Revista de casos e consultoria*. Vol. 12 (1). 1-16. Acedido a: 10/12/21. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27177/15047>;

Marinho, C., Ramos, T., Oliveira, C., Caramoni, T., Fontes, M. (2020). Home visit as a support for nursing peritoneal dialysis: an integrative review. *Acta Paul Enferm.* 33, p.1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO01395>;

Martino, F., Adibelli, Z., Mason, G., Nayak, A., Ariyanon, W., Rettore, E., ..., Ronco, C. (2014). Home Visit Program Improves Technique Survival in Peritoneal Dialysis. *Blood Purification*. 37, pp.286-290. DOI: 10.1159/000365168;

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

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Manual de Boas Práticas Diálise Peritoneal*. Ordem dos Enfermeiros;

Ozturk, S., Yucel, L., Guvenc, S., Ekiz, S., Kazancioglu, R. (2009). Assessing and training patients on peritoneal dialysis in their own homes can influence better practice. *Journal of Renal Care*. **35**(3), pp. 141–146. DOI: 10.1111/j.1755-6686.2009.00089.x;

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

Ponce, P. (Coord.). (2020). *Manual de Nefrologia*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;

- Riegel F., Crossetti, M., Martini G., Nes, A. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira Enfermagem*.74(2), pp. 1-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>;
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. Diário da república, 2ª série (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>;
- Sampaio, F. & Guedes, C. (2012). Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. *Acta Paul Enferm.* 25 (2), pp. 96-103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/rJQZ67gVh9RvffFfKbSr7JS/?format=pdf&lang=pt> ;
- Silva, C., Barbosa, E., Silva, E., Aoyama, E., Lima, R. (2019). ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL AO PORTADOR DE INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde.* 1(3), pp.66-72. Disponível: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/32>;
- Solaranzo, K., (2019). CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES CON TERAPIA DE HEMODIALISIS, SERVICIO DE NEFROLOGIA, HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019. Acedido em: 26/05/2022, disponível em: http://intra.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5238/TRACADEMICO_RUIZ%20SOLORZANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y ;
- Soares, T., Henriques, K., Tyll, M., Sousa, A., Silva, E., Andrade, J., Costa, C., Rodrigues, L., Costa, P., Ferreira, L., Nobre, J., Nogueira, S., Rocha, S., Santos, F., Amaral, P., Pinto, L. (2020). Vivência do familiar na qualidade de cuidador responsável pela diálise peritoneal domiciliar: baseado na teoria do autocuidado. *Journal of Development.* 6 (10), pp.76809-76827. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-200>;

- Szeto, C., Li, P., Johnson, D., Bernardini, J., Dong, J., Figueiredo, A., ..., Brown, E. (2017). ISPD CATHETER-RELATED INFECTION RECOMMENDATIONS: 2017 UPDATE. *Peritoneal Dialysis International*. Vol. 37, pp. 141–154. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3747/pdi.2016.00120>;
- Twardowski, J., Prowant, F. (1996). Classification of normal and diseased exit sites. *Perit Dial Int.*16 (3), pp. 32-50. DOI: <https://doi.org/10.1177/089686089601603502>;
- Vieira, A., Gastaldo, D., Harrison, D. (2019). Como traduzir o conhecimento científico à prática? Conceitos, modelos e aplicação. *Rev Bras Enferm.*73(5).1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>;
- Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., BrNanco, P., Brandão, J., Nogueira, R. ... Rodrigues, E. (2020). RENA Study: cross-sectional study to evaluate CKD prevalence in Portugal. *Nephron*. 144, 479-487.DOI: <https://doi.org/10.1159/000508678>;
- Xavier, V., Lima, C. (2018). TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA: ABORDANDO AS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO AUTOCUIDADO. *Temas em Saúde*.18 (1), pp.305-323. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18116.pdf>.