



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

Relatório de Estágio

**Consulta de Enfermagem: Papel do Enfermeiro na
Prevenção da Progressão da Doença Renal**

Andreia Filipa Ferreira de Oliveira Batista

—

**Lisboa
2020**

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

**Consulta de Enfermagem: Papel do Enfermeiro na
Prevenção da Progressão da Doença Renal**

Andreia Filipa Ferreira de Oliveira Batista



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



**Lisboa
2020**

“Learn to love your failures, Marcus, because it is
your failures that will make you who you are.
It is your failures that will give meaning to
your victories.”

(Joël Dicker, 2014)

Agradeço à minha Orientadora, Professora Doutora Maria Saraiva, por todo o apoio, compreensão e estímulo que me proporcionou ao longo deste longo percurso, sempre companheira e humana, em todos os momentos de dificuldade e desânimo, mas também nos momentos de entusiasmo.

Agradeço o apoio dos meus colegas e amigos de equipa, pelos momentos que me ouviram falar sobre as dificuldades e desânimo, dando-me força para continuar.

Agradeço aos meus Pais, pelo o apoio e incentivo constante, a todos os níveis possíveis.

Agradeço à minha Família, por se mostrar disponível e me apoiar sempre que precisei, em qualquer momento do dia.

Agradeço ao meu Marido, por me ouvir em todos os momentos, motivando-me a continuar e a procurar soluções e respostas para todas as dificuldades que encontrei.

Agradeço aos meus Filhos, a paciência e por compreenderem as horas que estive longe deles, para conseguir colmatar este objetivo a que me propus.

Um grande bem-haja a todos!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANNA – American Nephrology Nurses Association

BCM – Teste de Bioimpedância

CDC – Centers of Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

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

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAV – Fistula Arteriovenosa

GBO – Global Burden of Disease

GFR – Taxa de filtrado glomerular

HCV – Vírus da Hepatite C

HD – Hemodiálise

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTA – Hipertensão Arterial

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes

KPC – Klebsiella Pneumonie produtora de Carbapenemase

MRSA – Staphylococcus Aureus resistente à Meticilina

OE -Ordem dos Enfermeiros

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSFR – Tratamento de Substituição da Função Renal

TxR – Transplante Renal

VHB – Vírus da Hepatite B

RESUMO

O aumento da incidência da doença renal crónica tornou-se em um problema de saúde global, afetando aproximadamente 10% da população adulta, associando-se a um aumento da prevalência da diabetes, da hipertensão arterial e da obesidade, a nível mundial (Bonner, et al., 2014); (Johnson, et al., 2015). Os custos com as terapêuticas de substituição da função renal, independente do país, torna a doença renal crónica uma das doenças mais dispendiosas (Johnson, et al., 2015).

Em todos os estádios da doença, a pessoa com doença renal crónica, necessita de despende tempo com a gestão da saúde, incluindo modificações da dieta, estilos de vida, gestão da medicação e cumprir com as consultas de rotina (Bonner, et al., 2014). Desta forma, a capacidade de a pessoa auto gerir a sua doença, permite a prevenção e redução da progressão da doença renal crónica (Johnson, et al., 2015).

Este relatório de estágio tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas para atingir as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo do estágio realizado, do 10º curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com área específica de intervenção na Enfermagem Nefrológica.

O enfermeiro especialista, segundo as competências comuns do Enfermeiro Especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Não existindo competências definidas para a área específica da Enfermagem Nefrológica, serão utilizadas as competências definidas pela Associação Europeia de Enfermeiros em Diálise e Transplantação Renal, que acompanham a pessoa com doença renal, desde os estádios iniciais até há necessidade de tratamento de substituição da função renal.

Com o intuito de responder à necessidade de investigação, foi desenvolvida uma revisão “scoping” intitulada “*Consulta de Enfermagem: Papel do Enfermeiro na Prevenção da Progressão da Doença Renal – revisão “scoping”*”, com o propósito de compreender o papel do enfermeiro, no ensino e na promoção da autogestão da doença, possibilitando um adiamento na necessidade de técnicas de substituição da função renal.

Palavras-Chave: Autocuidado; Autogestão; Educação da Pessoa; Resultados da Educação; Doença Renal Crónica.

ABSTRACT

The increased incidence of chronic kidney disease has become a global health problem, affecting approximately 10% of the adult population, associated with an increased prevalence of diabetes, hypertension and obesity worldwide ((Bonner, et al., 2014); (Johnson, et al., 2015)). The costs of renal function replacement therapies, regardless of country, make chronic kidney disease one of the most expensive diseases (Johnson, et al., 2015).

In all stages of the disease, a person with chronic kidney disease needs to spend time on health management, including changes in diet, lifestyles, medication management and compliance with routine consultations (Bonner, et al., 2014). In this way, a person's ability to manage his or her own illness enables the prevention and reduction of the progression of chronic kidney disease (Johnson, et al., 2015).

This internship report aims to describe the activities developed to achieve the competencies of Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing, throughout the internship held, of the 10th Master's Degree in Nursing, area of specialisation in Medical Surgical Nursing, with specific area of intervention in Nephrologic Nursing.

The specialist nurse, according to the common competences of the Specialist Nurse, defined by the Order of Nurses, "is the one who is recognised as having scientific, technical and human competence to provide specialised nursing care in the areas of specialisation in nursing" (Regulation no. 140/2019, 2019). In the absence of competencies defined for the specific area of Nephrologic Nursing, the competencies defined by the European Association of Nurses on Dialysis and Renal Transplantation, which accompany the person with renal disease, will be used, from the initial stages until there is a need for treatment to replace renal function.

In order to respond to the need for research, a "scoping" review entitled "*Nursing Consultation: the role of nurses in the prevention of the progression of kidney disease - "scoping" review*" has been developed with the aim of understanding the role of nurses in educating and promoting self-management of the disease, making it possible to delay the need for techniques to replace renal function.

Key words: Self Care; Self Management; Patient Education; Outcomes of Education; Kidney Failure, Chronic

INDICE

INTRODUÇÃO	15
1. QUADRO CONCEPTUAL	17
1.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	17
1.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NEFROLÓGICA	20
1.3 TEORIA DE BENNER: DE INICIADO A PERITO.....	22
1.4 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA DE OREM – DÉFICE DE AUTOCUIDADO	23
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	25
2.1 ESTÁGIO EM SERVIÇO DE INTERNAMENTO	25
2.2 ESTAGIO EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE	33
2.3 ESTÁGIO EM DIÁLISE PERITONEAL	42
2.4 ESTAGIO OPCIONAL	49
3. REVISÃO “SCOPING”	57
3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM: PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL – REVISÃO “SCOPING”	57
3.1.1 Sumário.....	57
3.1.2 Background.....	59
3.1.3 Objetivos.....	60
3.1.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	60
3.1.5 Resultados	62
3.1.6 Discussão	63
3.1.7 Conclusão.....	65
3.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO “SCOPING”	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II – FOLHETO “CUIDADOS NA ELABORAÇÃO DE PENSO DE CATETER DE HEMODIÁLISE”	
APÊNDICE III – REFLEXÃO CRÍTICA – ENSINO EM DIÁLISE PERITONEAL	
APÊNDICE IV – ESTRATÉGIA DE PESQUISA	
APENDICE V – DOCUMENTO DE EXTRAÇÃO DE RESULTADOS	
ANEXOS	
ANEXO I – “REUNIÃO NACIONAL DE ENFERMEIROS DIÁLISE PERITONEAL – BAXTER – VOLTAR AO INÍCIO	

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Ramo de Enfermagem Nefrológica, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica, surge a necessidade de elaboração deste relatório de estágio, com o intuito de descrever as atividades desenvolvidas para atingir as competências de enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros define as competências comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 – DR, 2ª Serie; n.º 26 – 6 de fevereiro de 2019), no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Uma vez que a Ordem dos Enfermeiros não define as competências específicas da especialidade médico-cirúrgica, na vertente nefrológica, foram consideradas as competências referenciadas pela Associação Europeia dos Enfermeiros de Diálise e Transplantação Renal (EDTNA/ERCA). Estas competências, específicas da doença renal, definem as capacidades inerentes ao enfermeiro, na vertente nefrológica, nos diversos locais onde poderão atuar, como o internamento, no tratamento de hemodiálise, no tratamento de diálise peritoneal e na transplantação de dados vivo ou cadáver.

Sendo a doença renal e as técnicas de substituição da função renal de larga abrangência, e com um acompanhamento constante por parte do enfermeiro, uma das atividades desenvolvidas, para aquisição de competências de investigação e prática baseada na melhor evidência, passou pela elaboração de uma revisão “scoping” direcionada para os programas de ensino de autogestão da doença, em pessoas nos estádios iniciais da doença. Sendo uma área de interesse pessoal, e com o intuito de compreender o que poderá ser realizado para promover uma melhor gestão da doença, promovendo o autocuidado e possibilitando um adiamento na necessidade de iniciar um tratamento dialítico, desenvolvi uma revisão intitulada “*Consulta de Enfermagem: Papel do Enfermeiro na Prevenção da Progressão da Doença Renal*”.

Promovendo o autocuidado da pessoa com doença renal, optei por acompanhar a Teoria de Orem. O presente trabalho foi estruturado em três capítulos, sendo o primeiro o desenvolvimento de um quadro conceptual, abordando a doença

renal crónica as diferentes técnicas de tratamento, as competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica, a teoria de Benner e a teoria de autocuidado de Dorothea de Orem. No segundo capítulo desenvolvi as atividades realizadas nos diferentes campos de estágio, Serviço de internamento, Unidade de Hemodiálise, Unidade de Diálise Peritoneal, e o estágio Opcional, realizado numa diferente unidade de hemodiálise. O terceiro capítulo apresenta o desenvolvimento do trabalho de investigação escolhido, uma revisão “scoping”, já referida anteriormente, dando resposta às minhas necessidades e interesses pessoais.

Por fim apresento as minhas considerações finais, assim como apêndices e anexos importantes para o desenvolvimento deste trabalho.

Como resultado final, penso ter atingido os objetivos a que me propus, desenvolvendo as minhas capacidades, tanto profissionais como pessoais.

1. QUADRO CONCEPTUAL

1.1 Doença Renal Crónica

A Doença Renal Crónica (DRC) caracteriza-se por ser uma doença de longa duração, com uma progressão lenta, com perda da função renal ao longo do tempo.

O diagnóstico precoce da doença renal e a utilização de métodos de prevenção, antecipam a rápida evolução da doença, reduzindo a incidência da necessidade de técnicas dialíticas e possibilitando uma redução de custos associados à doença renal crónica terminal (DRCT) (Júnior, 2004).

Segundo o mesmo autor, as principais causas da doença renal são a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, sendo as áreas a ser acompanhadas para prevenção da evolução da doença renal.

Os principais diagnósticos da incidência da DRC são: a Nefropatia Diabética, Glomerulonefrites, Pielonefrites, Nefropatia Hipertensiva, Doença Poliquística Renal Autossómica Dominante e a Doença Renovascular (Tabinor, 2015).

A DRC é definida pela presença de alterações da estrutura ou da função do rim, presente por um período superior a três meses, com implicações na saúde, sendo classificada segundo a causa, a categoria segundo a taxa de filtrado glomerular (GFR) e a categoria de albuminúria (KDIGO, 2012).

Segundo Inker et al (2014), a doença renal crónica é definida como uma alteração da estrutura ou da função do rim, presente por mais de três meses, com implicações para a saúde. Com a existência destas alterações podem estar presentes, na pessoa com doença renal, a albuminúria, sedimento urinário anormal ou alterações dos eletrólitos.

A doença renal crónica encontra-se classificada em cinco estádios, segundo as guidelines da Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2012), estabelecidos pela presença de lesão renal, quantificada pela categoria da GFR e a categoria de albuminúria, sendo esta última referida como tendo três estádios: o primeiro estágio, de normal a ligeiramente aumentada, está classificado com uma taxa de excreção de albumina inferior a 30mg/24horas; o segundo estágio, moderadamente aumentada, está classificado com uma taxa de excreção de albumina de 30 a 300 mg/24horas; e o terceiro estágio, severamente aumentada, está classificado com uma taxa de excreção de albumina superior a 300mg/24horas.

A KDIGO (2012), relativamente à categoria segundo a GFR, refere o primeiro estágio com a presença de um valor de GFR superior a 90 ml/min/1.73m², classificado

como normal; o segundo estágio com um valor de GFR de 60 a 89 ml/min/1.73m², classificado como ligeira; o terceiro com um valor de 30 a 59 ml/min/1.73m², considerada como moderada a grave; o quarto estágio com um valor de 15 a 29 ml/min/1.73m², considerada como grave e o quinto estágio, com um valor inferior a 15 ml/min/1.73m², sendo considerada falência renal ou doença renal crônica terminal, ficando dependente de um tratamento de substituição da função renal (TSFR).

As TSFR existentes possíveis de ser realizadas são a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (TxR).

A HD consiste na depuração do sangue, através de uma membrana artificial (filtro), com a utilização de uma máquina chamada de monitor de hemodiálise, que bombeia o sangue através de tubos, o sistema extracorporeal, desde uma veia (fístula arteriovenosa) ou cateter venoso central, até ao filtro, onde é depurado, voltando novamente para a pessoa. Esta técnica é realizada em centro e unidades hospitalares (DGS, 2012). Na DP é utilizada uma membrana natural (peritôneo), sendo altamente vascularizada. É colocado um cateter na cavidade peritoneal, permitindo a entrada líquido de tratamento, que permanece durante um período de tempo, realizando a depuração do sangue, sendo posteriormente removida e colocado novo líquido de tratamento. Esta técnica é realizada pela própria pessoa no seu domicílio com o apoio de profissionais de saúde (DGS, 2012). O TxR consiste na colocação de um rim na cavidade abdominal da pessoa com doença renal crônica, proveniente de um dador vivo ou dador cadáver (DGS, 2012). Sendo um órgão vivo possui todas as funções do rim, permitindo a depuração do sangue e controlo hormonal subjacente (DGS, 2012).

Como preditores da progressão da doença, a KDIGO (2012), refere a importância da identificação de fatores associados à evolução da DRC, como as causas da DRC, o estágio da GFR, o estágio da albuminúria, a idade, o género, a etnia, a hipertensão arterial, a hiperglicemia, a dislipidemia, o tabaco, a obesidade, a história de doença cardiovascular e a exposição a agentes nefrotóxicos.

Também a KDIGO (2012), define as áreas para a gestão da progressão da DRC, referindo o controlo da tensão arterial, da ingestão de proteínas, de sal e da dieta diária, o controlo da glicémia, a gestão da anemia e de doenças ósseas, a alteração de estilos de vida, a gestão da terapêutica e a importância da prevenção da infeção. Por fim, salienta a necessidade do envolvimento da equipa multidisciplinar no apoio da pessoa com DRC na gestão da sua doença.

Neste documento é referida a importância da referenciação precoce, da pessoa com DRC, tanto para o acompanhamento de Nefrologista como pela equipa

multidisciplinar.

Segundo Bastos e Kirsztajn (2011), abordando o encaminhamento precoce, refere que as pessoas com DRC, que foram referenciadas precocemente, passavam menos dias hospitalizadas após início de tratamento dialítico, tinham menor probabilidade de necessitar de tratamento dialítico em situação de urgência, reduzindo a necessidade da utilização de um acesso provisório.

A presença de multi-comorbidades, segundo Tabinor (2015), no contexto da doença renal, está associada a diversos *outcomes* adversos, incluindo a progressão rápida da doença renal já existente, a inferior qualidade de vida, a incapacidade funcional e a mortalidade.

O atraso da progressão da DRC é em grande parte responsabilidade dos Enfermeiros Especialistas. As novas diretrizes da KDIGO (2012) permitem aos Enfermeiros Especialistas terem as bases necessárias para abordar os fatores que afetam a progressão e complicações da DRC. Os Enfermeiros Especialistas são os profissionais de primeira linha na prevenção da insuficiência renal na população com DRC e na possibilidade de prevenção de uma morte prematura (McManus, 2017).

Segundo Rainey (2019), os Enfermeiros Especialistas têm um papel chave na ajuda da identificação, na gestão de complicações e nos sintomas da DRC, melhorando a qualidade de vida da pessoa com esta doença; por isso, a Consulta de Enfermagem de Nefrologia, segundo Otero (2008), é um lugar onde o enfermeiro realiza a prevenção, promoção e reabilitação da saúde, com a participação ativa da pessoa e família, procurando o autocuidado e a independência. Esta consulta deve ocorrer em espaço próprio, com uma agenda independente, com a existência de um enfermeiro de nefrologia, com linha de contacto direto, promovendo o contato com a pessoa /família, em partilha entre enfermeiro e equipa multidisciplinar.

Segundo a mesma autora, esta consulta tem como principais objetivos: potenciar o autocuidado e autonomia; conservar por maior tempo possível a função renal; otimizar a qualidade de vida em período pré TSFR; diminuir as comorbidades; apoiar na escolha de TSFR; planificar a construção de acesso vascular ou colocação de cateter de dialise peritoneal; programar o início de TSFR escolhida; e diminuir os custos relacionados com a DRC.

Desta forma, o papel do Enfermeiro Especialista na vertente Nefrológica, revela-se de elevada importância, promovendo a melhoria da qualidade de vida, a gestão da doença, a capacidade de *empowerment* da pessoa/família e na educação direcionada para o autocuidado, prevenindo o desenvolvimento/agravamento das

comorbidades associadas à progressão da DRC, levando em último, a uma redução de custos referentes ao início e necessidade de TSFR, decorrente do atraso no início de técnicas dialíticas.

1.2 Competências do Enfermeiro Especialista e Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica

A Ordem dos Enfermeiros, devido à necessidade de consolidar e uniformizar procedimentos, definiu as competências comuns necessárias para o Enfermeiro Especialista. Estas competências são reconhecidas como a científica, a técnica e a humana para a possibilidade da prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade.

As competências comuns envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Diário da República, Regulamento n.º140/2019).

Refere ainda que as competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, Regulamento n.º140/2019).

Para a elaboração deste projeto, pretendo desenvolver as minhas competências, por forma a corresponder às competências definidas para o enfermeiro especialista, aplicando-as nos diversos locais de estágio. Estas estão divididas em quatro pontos, sendo eles: a responsabilidade profissional, ética e legal (A); a melhoria contínua da qualidade (B); a gestão dos cuidados (C); e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D). Para corresponder e atingir estas competências, cada uma tem unidades de competência e critérios de avaliação.

Relativamente às competências específicas, não estando direcionadas para a Enfermagem Nefrológica, irei basear-me nas competências definidas pela European Dialysis e Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (Chamney, 2007).

Segundo a EDTNA/ERCA (Saraiva, Richards, & Fortnum, 2018), define o Enfermeiro de Nefrologia como aquele que presta cuidados à pessoa com DRC e família, com compromisso da sua saúde e bem-estar, estando envolvido com a equipa

multidisciplinar, muitas vezes tornando-se no orientador dos cuidados prestados, assegurando o acesso aos vários serviços, à informação e à educação que a pessoa e família necessitam. O Enfermeiro de Nefrologia deve estar presente, no acompanhamento à pessoa/família, ao longo de todo o percurso de evolução da DRC. Tendo em conta o tema do meu projeto, irei centrar-me no papel do enfermeiro no estágio 2 e 3 da DRC (DRC inicial) e no estágio 4 e 5 (DRC avançada). Na DRC inicial, segundo o mesmo autor, o Enfermeiro tem como principal papel o apoio na tomada de consciência da existência da doença renal, na deteção precoce e no adiamento da progressão da DRC, através da componente farmacológica, dieta, comportamentos saudáveis e intervenções no estilo de vida. Na DRC avançada, o Enfermeiro tem como principal papel gerir a sintomatologia e complicações da DRC, colaborando com a equipa multidisciplinar, educando para as TSFR necessárias na DRC terminal.

Dando resposta a estas necessidades, através do Competency Framework (Chamney, 2007), pretendo desenvolver competências, através da construção de uma parceria com a equipa multidisciplinar, à pessoa com doença renal e os seus cuidadores/família, identificando o papel de cada. Pretendo desenvolver competências na avaliação e monitorização de uma pessoa com DRC, monitorizando um plano para a gestão de complicações e comorbidades da DRC. Pretendo desenvolver competências na capacitação da pessoa/família/cuidador na compreensão da doença e dos tratamentos possíveis da DRC, fornecendo aspetos dos diferentes TSFR, ajudando na escolha mais adequada de tratamento, possibilitando uma decisão informada e esclarecida. No âmbito do tratamento de hemodiálise, pretendo desenvolver competências na técnica de hemodiálise, compreendendo todos os aspetos da técnica desde o iniciar até ao concluir da sessão, tendo a capacidade de compreender o plano de diálise prescrito e se se adequa à pessoa, identificando as necessidades e avaliando o desenvolvimento da sessão. É também importante avaliar as perspetivas da pessoa em tratamento, conseguindo adaptar o tratamento às vivências e necessidades, possibilitando a adequação à vida diária. No âmbito do tratamento de diálise peritoneal, pretendo desenvolver competências no apoio à pessoa em tratamento, através de cuidados individualizados, tendo capacidade para avaliar e gerir comorbilidade associadas, compreender a técnica e realizá-la corretamente, dando importância aos cuidados para prevenção de possíveis infeções. Pretendo compreender e realizar as diferentes técnicas de diálise peritoneal, assim como complicações possíveis e intercorrências que podem ocorrer. Pretendo participar no ensino à pessoa/família/cuidador, que se encontra ou inicia a

técnica, compreendendo a necessidade de efetuar cuidados centrados na pessoa.

Relativamente à competência de enfermeiro gestor, pretendo observar e compreender o papel deste enfermeiro nas diferentes técnicas, e quais as suas principais competências nas diferentes áreas.

1.3 Teoria De Benner: De Iniciado a Perito

Patricia Benner desenvolveu a teoria de desenvolvimento de competências, baseado no modelo de aquisição de competências de Dreyfus, aplicando-o ao desenvolvimento e aprendizagem nos estudantes de enfermagem.

Segundo esta autora, este modelo desenvolve-se em cinco níveis de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis refletem mudanças em três aspetos de aquisição de competências: o primeiro é a passagem de princípios abstratos para a prática; a segunda é a passagem de como a pessoa se apercebe da situação, passando a ver como um todo, não como um conjunto de técnicas e princípios, dando importância aos aspetos relevantes; a terceira é a passagem de observador a executante (Benner, 2005, p.43).

Benner define os cinco níveis de competência: em iniciado, quando não existe experiência, tendo a necessidade de cumprir regras universais, sendo limitado e inflexível, com necessidade de indicações; iniciado avançado, quando existe alguma experiência, com características globais; em competente, quando já tem alguns anos de experiência, com capacidade para relacionar a sua prática com objetivos e planos a longo prazo, não tendo flexibilidade e rapidez; em proficiente, quando tem capacidade para observar como um todo e não somente as partes; e o perito, quando tem capacidade intuitiva, conseguindo direccionar os aspetos relevantes, sendo adaptativo e flexível (Benner, 2005).

Tendo em conta estes diferentes níveis, e a minha experiência profissional, considero que me integro em diferentes níveis, consoante a área de intervenção de enfermagem. Relativamente ao internamento em especialidade de Nefrologia, considero-me no nível de competente, tendo necessidade de observação de pares e conhecimento de bases científicas para poder responder às necessidades das pessoas internadas. Os anos de experiência profissional, possibilitam-me uma visão mais ampla da pessoa internada, conseguindo relacionar diferentes aspetos relevantes. Considerando os TSFR, neste caso hemodiálise e diálise peritoneal, considero-me perita, tendo capacidade de direccionar para os aspetos relevantes, sendo intuitiva, flexível e com capacidade de adaptação às alterações possíveis de

ocorrer.

Com a realização deste projeto de estágio, pretendo desenvolver as minhas competências, desenvolvendo-me nos níveis descritos por Benner, acoplando as competências de especialista, agrupando a capacidade de visão ética, legal e deontologia, no acompanhamento da pessoa com doença renal crónica.

1.4 Teoria do Autocuidado de Dorothea de Orem – Défice de Autocuidado

O papel do Enfermeiro Especialista de Nefrologia, na promoção do autocuidado da pessoa com DRC, revela-se importante na educação para a prevenção da progressão de doença.

Desta forma, a teoria de enfermagem em que me irei suportar, será a teoria do autocuidado de Orem, sendo de maior evidência para o problema, o défice do autocuidado.

Orem define autocuidado como uma contribuição contínua da pessoa na sua existência, na sua saúde e no seu bem-estar. Define cuidar de outros como uma contribuição para a saúde e bem-estar de pessoas dependentes (Orem,1985, p.84).

Segundo Orem (1985), a teoria de enfermagem do défice do autocuidado, direciona os enfermeiros na acumulação de informação sobre as pessoas e o seu ambiente, de forma a que possam realizar julgamentos e decisões sobre como podem ajudar através dos cuidados de enfermagem.

A prática de enfermagem do autocuidado é considerada atingida quando contribuí para os seguintes resultados: suporta os processos de vida e promove um normal funcionamento; manutenção de um crescimento, desenvolvimento e maturação normal; prevenção, controlo ou cura em processos de doença; prevenção ou compensação de incapacidades; e promoção do bem-estar (Orem,1985, p.88).

Orem desenvolveu o modelo conceptual de autocuidado, desenvolvendo a teoria de autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

O autocuidado “é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Taylor, 2002, p.218). Segundo a mesma autora, “o autocuidado tem de ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos” (p.218), estando associadas ao desenvolvimento, a

estádios de crescimento, à saúde, aos consumos de energia e aos fatores ambientais.

A teoria do déficit de autocuidado relaciona as necessidades e limitações da pessoa, com os cuidados de saúde e a atuação de enfermagem, fornecendo “orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no autocuidado” (Taylor, 2002, p.218). Desta forma “estabelece a razão para a pessoa poder beneficiar da enfermagem” (Taylor, 2002, p.217).

A teoria dos sistemas de enfermagem “é a teoria unificadora e inclui todos os elementos essenciais” (Taylor, 2002, p. 217), sendo os sistemas a ação formada por enfermeiros “através do exercício da sua atividade de enfermagem para pessoas com limitações de autocuidado ou cuidar dependente derivadas ou associadas à saúde” (p. 217).

Os sistemas subdividem-se em: sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro tem a ação total, substituindo a ação da pessoa; o sistema de enfermagem parcialmente compensatório, quando compensa as limitações da pessoa, tendo a pessoa capacidade para realizar o seu autocuidado de forma parcial, aceitando o cuidado e assistência do enfermeiro, quando o necessita; e o sistema de apoio e educação, quando a ação do enfermeiro direciona-se para o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado, sendo a pessoa capaz de executar o autocuidado (Taylor, 2002, p. 218). Tendo por base a teoria de déficit de autocuidado de Orem, pretendo compreender as necessidades da pessoa com DRC, em fase pré dialítica, alcançando as necessidades de enfermagem do processo de autocuidado, desenvolvendo também as necessidades de ensino para a prevenção da progressão da DRC, com o intuito de atrasar o início de TSFR.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

2.1 Estágio em Serviço de Internamento

Para local de estágio, dando resposta à necessidade de atingir objetivos relativamente ao acompanhamento da pessoa em internamento de nefrologia, optei por realizar o estágio num hospital de referência. Este tem como “missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, assim como com os Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde.

O serviço de internamento encontra-se inserido na área de gastroenterológico e nefrologia, sendo constituído por 26 camas, sendo 8 camas dedicadas à área de nefrologia, 12 camas dedicadas à área de gastroenterológico, 4 camas de cuidados intermédios e 2 camas de recobro de técnicas de gastroenterológico.

Neste serviço existe uma sala de hemodiálise, constituída por 6 postos para pessoas com serologias negativas, 4 postos para pessoas com serologias positivas e para pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Estes últimos postos isolados dos restantes.

Neste serviço existe uma sala de pequena cirurgia, onde são implantados cateter para a realização de tratamento dialítico, tanto de curta duração como de longa duração. São, também, realizadas biopsias renais nesta sala, para diagnóstico da patologia renal, dando resposta ao tratamento direccionado à patologia de base.

Neste serviço é realizado o acompanhamento à pessoa em tratamento dialítico através da dialise peritoneal, tendo um gabinete próprio para a sua realização, com enfermeira dedicada.

No mesmo sector existe a área de técnicas de gastroenterológico, com equipa própria, sendo o acompanhamento após o recobro, quando necessário, realizado nas camas estipuladas no serviço.

O estágio decorreu do período de 23 de setembro de 2019 a 18 de outubro de 2019, por horário rotativo com acompanhamento de enfermeira do serviço, tendo contato com as duas áreas existentes no serviço, a nefrologia e a gastroenterológico.

Este serviço, assim como em todo o hospital, o processo é informatizado, podendo ser acedido por qualquer serviço onde a pessoa esteja internada, utilizando o programa Sorian. Através deste programa podem aceder ao processo, assim como aos exames realizados, terapêutica prescrita e administrada, e análises clínicas efetuadas.

Com o objetivo de dar resposta ao desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, estabeleci integrar a equipa, conhecendo as normas, rotinas e práticas do serviço, contribuindo para o trabalho efetivo da equipa multidisciplinar renal, prestando cuidados de enfermagem centrados na pessoa, apoiando a pessoa com cuidados individualizados; desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, participando na construção de tomada de decisão com a equipa.

Dando resposta ao desenvolvimento de competências do domínio da melhoria continua da qualidade, garantindo uma prática com um ambiente terapêutico e seguro, satisfazendo as necessidades pessoais da pessoa, envolvendo a família.

Relativamente ao desenvolvimento de competências do domínio da gestão de cuidados, estabeleci o desenvolvimento da gestão de cuidados, otimizando a articulação e resposta da equipa, adaptando a capacidade de liderança, promovendo um bom clima de trabalho.

Para o desenvolvimento de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, optei por desenvolver o autoconhecimento, tendo consciência de mim como pessoa e como profissional, desenvolvendo a minha capacidade interpessoal com a pessoa e família.

Para além de patologias de foro gastrológico, neste serviço pude observar que as patologias existentes, do foro de nefrologia, direcionavam-se a insuficiência renal crónica agudizada, com necessidade de início de TSFR; síndrome nefrótica; patologias renais com necessidade de realização de biopsia renal para confirmação de diagnóstico e infeção com ponto de partida de um cateter tunelizado. Pude, também, observar a existência de pessoas internadas do foro gastrológico, mas com patologia renal associada, maioritariamente com doença renal crónica em estágio terminal, já a realizar TSFR, nomeadamente a hemodiálise, com patologia de neoplasias esofágica e por existência de varizes esofágicas com necessidade de tratamento por endoscopia alta, com laqueação por elásticos, ou para realização de mucosectomia.

As pessoas internadas na área de patologia nefrológica, maioritariamente realizavam TSFR, através da HD, não tendo pessoas a realizar DP, indo ao encontro dos dados do Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2019), onde refere uma maior prevalência de pessoas em HD do que em DP. Estas pessoas tinham associado à insuficiência renal crónica, a hipertensão arterial (HTA) e/ou diabetes mellitus (DM), corroborando o

referido pela SPN (2019), referindo como doença primária a DM e a HTA.

Maioritariamente as pessoas em HD, internadas neste serviço, tinham como acesso vascular a fistula arteriovenosa (FAV), mas, na necessidade de início de tratamento dialítico por agravamento da função renal, o acesso optado foi o cateter de curta duração e o cateter tunelizado. Esta caracterização vai ao encontro dos dados fornecidos pela SPN (2019), onde refere que o cateter tunelizado é utilizado com maior percentagem nos doentes incidentes e a FAV nos doentes prevalentes.

Durante o período de estagio pude acompanhar a enfermeira responsável, considerada a segundo elemento do serviço, podendo observar a gestão do serviço realizado por si. É da sua competência a distribuição de doentes pela equipa de enfermagem, equilibrando o seu conhecimento dos enfermeiros da equipa e os doentes internados, alocando as necessidades de cuidados de enfermagem aos enfermeiros competentes, melhorando os cuidados direccionados e centrados na pessoa, possibilitando a interajuda entre os diferentes elementos e promovendo o desenvolvimento de conhecimentos dos elementos mais recentes da equipa.

É também da sua competência a gestão do material do serviço, realizando pedidos de material/medicação em falta, pedir a reparação de material ou equipamento, assim como a sua manutenção sempre que necessário.

Para além da gestão de material e de pessoal de enfermagem, é da sua competência ser o elo de ligação entre a equipa de enfermagem com a equipa médica, organizando necessidades dos doentes, ou dúvidas pontuais, desempenhando um papel de consultor sobre os cuidados, sempre que necessário, assegurando o respeito e a segurança da pessoa internada. Para atingir a sua capacidade de elo da equipa, tem a necessidade de conhecer aprofundadamente os doentes internados, tanto a nível clínico como pessoal, compreendendo os seus direitos e a sua dignidade.

É também da sua competência ajudar os elementos de equipa nos diferentes cuidados de enfermagem realizados, dando apoio nos diversos setores do serviço, sempre que necessário.

Tive a oportunidade de presenciar a necessidade de um colega, da sala de hemodiálise, ter de se ausentar do serviço, por razões pessoais, tendo o segundo elemento reorganizado a equipa, por forma a suprir a redução de elementos, permitindo que um colega, da enfermaria, com maior competência na hemodiálise pudesse assegurar os cuidados aos doentes em tratamento. Desta forma, o segundo elemento, assegurou o sector da diálise peritoneal, conseguindo equilibrar a continuidade dos cuidados. Assim, demonstrou um conhecimento da sua equipa e da

capacidade para a liderar, otimizando-a e mantendo um ambiente positivo e favorável à prática, motivando a equipa.

Durante este estágio, pude participar nas rotinas do serviço, tais como o acompanhamento nos cuidados de higiene, a avaliação de sinais vitais, na administração de terapêutica prescrita, na elaboração de pensos, na preparação para exames de diagnóstico, entre outros. Estas rotinas inseridas e, muitas vezes, automatizadas, vão para além de prestação de cuidados técnicos. Nestes momentos é de extrema importância o contato com a pessoa internada, conhecendo-a, compreendendo as suas necessidades, dúvidas existentes, promovendo o ensino, sempre que necessário, e possibilitando a realização de cuidados direcionados, assim como desenvolver os cuidados centrados na pessoa.

Sendo a pequena cirurgia uma das valências deste serviço, tive a possibilidade de acompanhar a realização de procedimentos técnicos neste sector.

Tive a possibilidade de acompanhar um doente internado para início de tratamento dialítico, neste caso hemodiálise.

Este apresentava uma fístula arteriovenosa no membro superior esquerdo, úmero-basílica, com necessidade de superficialização, com frémito e pulso.

Por esta razão, e tendo necessidade de indução dialítica por agravamento da função renal, este doente foi enviado para a pequena cirurgia para implantação de cateter tunelizado. Foi deslocado em cama e posteriormente transferido para a marquesa da pequena cirurgia. Devido a dúvidas do funcionamento do acesso vascular no membro superior esquerdo, tive a possibilidade de abordar o doente, conversando com o mesmo, compreendendo os seus conhecimentos sobre os cuidados inerentes à FAV e promover alguns ensinamentos sobre estes cuidados, nomeadamente a higiene do membro, a avaliação diária de frémito, vigilância de sinais inflamatórios e o não permitir a avaliação de tensão arterial, assim como a colheita ou punção de veias periféricas nesse membro.

Pude também constatar que o doente não tinha conhecimento da técnica que iria realizar, nem do funcionamento do tratamento de hemodiálise. Optei por manter o ensino, explicado a técnica de colocação de cateter, a utilização de anestesia local, a possibilidade de sentir alguma dor poder ser colmatada com a impregnação de nova anestesia, bastando referir o seu desconforto. Realizei algum ensino sobre os cuidados com o cateter tunelizado, neste caso a presença de um penso de proteção que se deve manter limpo e seco. Visto a existência de uma FAV, informei de futuramente, a quando da utilização da FAV para a realização de tratamento, o cateter

tunelizado seria removido, sendo um acesso temporário até a possibilidade de utilização da mesma.

O procedimento decorreu sem incidentes, sendo o doente vigiado durante todo o procedimento pela enfermeira, valorizando as suas queixas e dúvidas pontuais do procedimento.

O procedimento é realizado por dois médicos, com técnica asséptica, com apoio de controlo ecográfico, minimizando a possibilidade punção da artéria.

No final do procedimento, o doente foi novamente transferido para a cama, seguindo para o seu quarto, aguardando pela realização de Rx de controlo de colocação de cateter.

Durante este momento aproveitei para acompanhar o doente, possibilitando a remoção de dúvidas sobre os cuidados com o cateter e sobre a realização do tratamento de hemodiálise.

Na pequena cirurgia pude também observar a substituição de um cateter venoso central, através de inserção de fio guia, por um cateter de hemodiálise de curta duração. A doente com um diagnóstico médico de síndrome nefrótica, apesar de todas as medidas realizadas, neste caso o tratamento de sintomas como a proteinúria, a hipoalbuminémia, o edema e a dislipidemia, ocorreu um agravamento das lesões glomerulares, conduzindo a insuficiência renal, com necessidade de indução dialítica, neste caso hemodiálise (Bodin, 2017); (Thomas, 2002).

Para a realização deste procedimento, a doente foi encaminhada para a pequena cirurgia de cama, com apoio da assistente operacional e enfermeira, tendo sido transferida para a marquesa da pequena cirurgia. Durante este momento foi explicado o procedimento a ser realizado, a realização de anestesia local para a substituição e os cuidados durante o procedimento, como não contaminar o campo cirúrgico, e verbalizar sempre que sinta alguma alteração ou dor. A doente mostrou-se bastante colaborante, permitindo a realização do procedimento sem intercorrências.

Para este procedimento não é necessário o controlo através de ecógrafo, uma vez que na veia jugular interna já se encontra o cateter venoso central. Para esta substituição é inserido um fio guia através do lúmen distal do cateter venoso, sendo removido e colocado o cateter de curta duração através do fio guia.

Após a substituição é realizado um Rx de controlo para confirmação da colocação correta do cateter de curta duração. Este cateter é provisório, sendo posteriormente substituído por um cateter de tunelizado, se o doente necessitar de

continuar a realizar a técnica dialítica.

Após este procedimento, foi explicado à doente os cuidados com o cateter, nomeadamente com penso de proteção, e a necessidade de manter a posição correta do cateter. Devido à posição natural do cateter, este provoca algum incomodo e desconforto no doente.

Na pequena cirurgia, tive a oportunidade de observar a realização de uma biopsia renal de rim nativo, para realização de diagnóstico e possibilidade de realizar tratamento dirigido à doença.

Segundo Thomas (2002), é indicação para realização de biopsia renal, "doentes enviados à consulta de nefrologia com proteinúria, hematúria ou disfunção renal sem causa óbvia" (pág.175). Neste caso, a doente foi internada em situação de urgência, com diagnóstico inicial de síndrome nefrótico, sem melhoria após tratamento de sintomatologia.

Segundo a mesma autora (Thomas, 2002), são contraindicações para a realização de biopsia renal rins pequenos, rim único, obesidade marcada, hipertensão não controlada, má adesão do doente, diagnóstico óbvio, anemia grave e coagulopatia não controlada. Devido à possibilidade de má adesão, com hipertensão associada, foi explicado o procedimento à doente, com necessidade de se manter imóvel na posição e, por indicação médica, administrada terapêutica para redução da ansiedade.

A doente foi colocada na marquesa, em decúbito ventral, com apoio na abdominal, expondo e facilitando a abordagem ao rim nativo esquerdo. A realização da biopsia é apoiada por controlo ecográfico, sendo identificado o local de punção com apoio de caneta dérmica. É utilizada técnica asséptica, com utilização de anestesia local. Para a colheita de amostra renal é utilizada uma agulha de colheita, neste caso uma pistola automática, que recolhe a amostra de rim. A amostra colhida foi colocada em formol e encaminhada para laboratório.

Após o procedimento é realizada compressão local e aplicado penso compressivo. É explicado à doente os cuidados pós biopsia renal, nomeadamente o repouso durante as primeiras 24h, a necessidade de controlo da diurese, para despiste de complicações, nomeadamente a hematúria, despistando a possibilidade de hemorragia renal. Segundo Thomas (2002), após a realização do procedimento deverá avaliar-se a tensão arterial e pulso, de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas, depois de 30 em 30 minutos das seguintes 2 horas e posteriormente de hora a hora, nas seguintes 4 horas. Este controlo permite identificar a possibilidade de hemorragia interna, sendo identificada por "descida ou subida da tensão arterial e uma dor surda,

tipo visceral no abdómen, costas ou ombro” (Thomas, 2002).

Após a realização da biópsia renal e ensino dos cuidados, a doente foi transferida para a sua cama e retomou ao seu quarto.

Durante o estágio pude também observar os cuidados realizados aos doentes em tratamento de hemodiálise, nomeadamente, a realização do penso de cateter provisório e cateter tunelizado. Durante esta observação denotei algumas dificuldades pontuais na sua realização, assim como algumas dúvidas por parte da equipa. Para os cuidados ao cateter de hemodiálise, a Centers of Disease Control and Prevention (CDC) refere que deve realizar-se técnica asséptica na conexão, desconexão e na realização de penso de proteção, indicando a utilização de um antisséptico de clorexidina de base alcoólica (superior a 0,5%) para a técnica de inserção de cateter e troca de penso de base. Refere a possibilidade de iodopovidona de base alcoólica ou álcool a 70% para doente com intolerância à clorexidina. Para a realização de penso de cateter de hemodiálise deve se ter atenção aos cuidados de prevenção de infeção, sendo necessário a utilização de equipamento proteção individual (EPI), como o avental ou bata de proteção, máscara e óculos de proteção ou máscara com viseira e utilização de luvas. A utilização de luvas não impede a higienização das mãos.

Para a realização primeiramente deve-se reunir todo o material necessário, ou seja, luvas esterilizadas, penso de proteção e penso com bolsa esterilizados, compressas esterilizadas, desinfetante apropriado, e prepará-lo sobre um campo esterilizado. Deverá utilizar-se EPI apropriado, higienizar as mãos e colocar um par de luvas limpas, para a remoção do penso de base. Após a remoção deverá avaliar o local de inserção do cateter por forma a identificar possíveis sinais inflamatórios. Posteriormente remove-se as luvas limpas, realiza-se a higienização das mãos. Deve aplicar o desinfetante apropriado, colocar luvas esterilizadas e realizar a limpeza do cateter com as compressas, deixando secar o desinfetante na totalidade e posteriormente aplicando o penso de proteção e bolsa para proteção dos lúmens do cateter. Deve-se registar em processo do doente o procedimento realizado e as características do local de inserção ou alterações da integridade do cateter (DGS, 2015).

Para promover estes cuidados, elaborei um panfleto simples sobre os cuidados a ter na elaboração de penso de cateter, que se encontra em anexo.

Após a realização deste período de estágio, senti que tenho algumas dificuldades na área de internamento, uma vez que a minha área de trabalho diário se

foca nas pessoas em tratamento dialítico. Senti algumas dificuldades na integração de rotinas da enfermagem, pela minha dificuldade na necessidade de manter rigidez nas rotinas, como a hora da higiene, a hora da avaliação dos sinais vitais e a hora da administração da terapêutica prescrita. Senti dificuldade porque não concordo com a exigência de horários para a pessoa internada, uma vez que a necessidade de internamento já provoca uma alteração da sua vida diária, o cumprir as horas estipuladas do serviço para cada momento despersonaliza a pessoa como indivíduo com capacidade. Apesar desta minha dificuldade, compreendo a necessidade da existência de rotinas e horários a cumprir, facilitando responder às necessidades, características e organização do trabalho do serviço.

Segundo a teoria do défice de autocuidado de Orem, pude constatar que a atuação por parte dos enfermeiros, maioritariamente incide na necessidade de agir ou fazer pelo outro, assim como na necessidade de apoiar e guiar, uma vez que estes utentes se encontram internados, maioritariamente devido a uma fase aguda da doença. Os cuidados prestados foram ao encontro das necessidades, realizando-se as atividades a nível totalmente compensatório e parcialmente compensatório. Denotei que, o apoio e educação, foi um pouco desvalorizado, sendo necessário promover o autocuidado e conhecimento dos utentes, mas devido à existência de rotinas e necessidades prioritárias, o ensino acaba por ser remetido para segundo plano. Observando o acompanhamento dos utentes, por parte dos enfermeiros, seria necessário disseminar pela equipa a necessidade de priorizar o apoio e educação, facilitando o internamento dos utentes, que já se sentem descaracterizados devido ao internamento, à necessidade de utilização de pijamas hospitalares e à existência de regras dentro do serviço que têm de cumprir, valorizar a sua capacidade de aprendizagem e autonomia permite uma melhoria no seu próprio estado de saúde, com o sentimento de ser um elemento ativo no seu tratamento.

Com base na teoria de Benner: de iniciado a perito, considero que me encontro no nível de competente, uma vez que sinto ter o conhecimento teórico, mas ainda com necessidade de desenvolver a minha rapidez e flexibilidade nesta área.

2.2 Estágio em Unidade de Hemodiálise

Para a concretização de estágio onde se executa tratamento de hemodialise optei por realizar em um hospital central, com uma unidade de referência na área desta técnica dialítica. Este estágio foi realizado no período de 21 de outubro a 15 de novembro de 2019.

Esta unidade encontra-se em funcionamento desde os anos 80, dando apoio, atualmente, a utentes internados em 5 hospitais periféricos, para além dos internados no próprio hospital, e a centros de hemodiálise extra-hospitalares na área geográfica.

A unidade de hemodiálise é constituída por quatro salas, com um total de 15 postos. Na sala A e B, com cinco postos em cada sala, encontram-se os utentes com serologias negativas, na sala C existem quatro postos, com possibilidade de um posto de isolamento de contato, para utentes com serologias positivas para HIV e a sala D com a existência de um posto, isolado da restante unidade, para utentes com serologias positivas para a infeção por hepatite B. Os utentes com serologias para hepatite C positivas, realizam tratamento em posto próprio, com monitor dedicado, na sala A, onde após cada tratamento é realizada uma desinfeção térmica com desinfetante apropriado, recomendado pelo fabricante, para a máquina de hemodiálise.

Nas salas A e B, com presença de 5 postos de hemodiálise em cada sala, estão atribuídos dois enfermeiros por sala, com um rácio de 2 a 3 utentes por turno, na sala C encontra-se atribuído um enfermeiro, com um rácio de 3 a 4 utentes por turno e, na sala D encontra-se um enfermeiro atribuído, com um rácio de um utente, uma vez que se encontra dedicado a esta sala, sendo onde os utentes portadores de VHB realizam tratamento, de forma isolada da restante unidade. Estes rácios vão ao encontro das indicações estipuladas pelo Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos (Médicos, 2017), onde é recomendada um rácio de 4 a 5 utentes por Enfermeiro, e a presença de Enfermeiro dedicado, em sala dedicada, com utentes portadores de VHB. Também a Ordem dos Enfermeiros (Melo, et al., 2016), referindo a Norma das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, publicada no Diário da República n.º 233 de 2 de dezembro de 2014, define o rácio de 4 a 5 utentes por enfermeiro, sendo “ponderado o cálculo do número de enfermeiros para tratamento de utentes com necessidades especiais (...)” (Melo, et al., 2016, p. 19).

Nesta unidade existe uma sala de pequena cirurgia, onde são realizados procedimentos como a colocação de cateteres de curta duração e biopsias renais, procedimentos realizados pela equipa médica com apoio de enfermeiro dedicado. A

realização de angiografias, mapeamentos e colocação de cateteres de longa duração com necessidade de controlo angiográfico, são realizados em outro hospital, em sala própria.

No momento da realização deste estágio, a unidade dava resposta a cerca de 87 utentes, estando 31 utentes internados no próprio hospital, 6 em hospitais externos e 50 em regime de ambulatório. Destes utentes 36 são mulheres e 51 são homens.

Na unidade estão presentes cerca de 17 utentes com serologias positivas para HIV, 3 utentes portadores de VHB, um utente portador de HCV e dois utentes com isolamento por presença de KPC positivo, com necessidade de isolamento.

A nível de acessos para hemodiálise, no momento de estágio, existiam 25 utentes com FAV, 3 utentes com prótese, 51 utentes com cateter de longa duração e 8 utentes com cateter de curta duração. Os utentes com cateter de curta duração encontravam-se em período de indução dialítica ou por falência do acesso vascular.

Estes dados vão ao encontro dos dados fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, referentes aos dados de 2018. Estes dados referem maior número de homens a realizar tratamento de substituição da função renal, do que mulheres. Refere, também, que da população em tratamento por hemodiálise, 94,27% tem estado viral negativo e 5,73% tem estado viral positivo para HCV, HBS e HIV. Estes dados vão ao encontro dos utentes desta unidade, onde cerca de 76% da população tem estado viral negativo.

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia refere que, nos utentes prevalentes em hemodiálise, 73,5% realizam tratamento através de FAV, 17,3% por cateter de longa duração, 9% por prótese e 0,2% por cateter de curta duração. Estes dados não correspondem à população desta unidade, onde cerca de 58,62% realiza tratamento através de um cateter de longa duração, cerca de 28,73% por FAV, 9,19% por cateter de curta duração e 3,44% por prótese. Devemos ter em atenção que esta população se encontra em regime hospitalar, sendo a falência de acessos vasculares uma das possibilidades para se encontrarem neste regime.

A presença de cateteres de curta duração é referente a utentes em indução dialítica e falência de acesso vascular. Estes dados não vão ao encontro dos dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, onde refere que apenas 7,3% iniciam a técnica através de cateter provisório. Devemos ter em conta, novamente, que se trata de um contexto hospitalar, onde recebem situações de necessidade de indução dialítica urgente e não programada, assim como situações agudas de agravamento da função renal, sem ser previamente acompanhados.

Por forma a desenvolver competências, relativas às Competências do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, optei por conhecer as normas, rotinas e práticas do serviço, possibilitando contribuir para o trabalho efetivo da equipa multidisciplinar renal, e apoiar a pessoa com doença renal crónica em tratamento de hemodiálise, prestando cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

Para desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, optei por promover a importância dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa, promovendo a importância do autocuidado durante o tratamento de hemodiálise.

Para desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, optei por participar nas diversas técnicas realizadas na sala de hemodiálise e/ou asseguradas pelos enfermeiros, tentando atuar como enfermeiro de referência no cuidado à pessoa com doença renal crónica.

Por forma a desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tive como objetivos monitorizar, avaliar e corrigir o tratamento de diálise, monitorizar e avaliar se o tratamento corresponde às necessidades esperadas pela pessoa em tratamento, gerir competências e capacidade de priorizar cuidados, e realizar o tratamento de diálise a uma pessoa em hemodiálise.

Durante este período de estágio tive a possibilidade de realizar o tratamento de hemodiálise a diversos utentes, desde o início até ao final do mesmo, ou iniciando ou terminando o tratamento.

Nesta unidade são utilizadas duas máquinas diferentes, levando à necessidade de desenvolver competências no manuseamento de ambas.

Durante o período de estágio tive a possibilidade de receber dois utentes, em alturas distintas, com necessidade de indução dialítica. Um deles, por agravamento da sua função renal, já com conhecimento da existência de doença renal crónica, em acompanhamento em consulta que, após necessidade de internamento por uma infeção respiratória, agravou os valores de taxa de ultrafiltração glomerular, com necessidade de iniciar tratamento de hemodiálise. Este utente apresentava uma FAV no membro superior esquerdo, funcionante, mas pouco desenvolvida, não sendo possível realizar punção da mesma. O outro utente deveu-se a uma situação aguda, sem conhecimento prévio de doença renal, após um período de desidratação prolongada, com toma de reforços proteicos e realização de exercício físico intenso.

Para início de tratamento dialítico foi necessário realizar a colocação de um

cateter de curta duração na jugular interna direita, por onde iniciaram o tratamento. Inicialmente foram recebidos na unidade, explicando o tratamento que iriam realizar e se já tinha conhecimento de como se efetuava. Realizou-se ensino sobre os cuidados a ter com a FAV, que deveria manter, e os cuidados com o novo acesso na jugular.

Inicialmente foi avaliada a sua tensão arterial, a presença de edemas periféricos e periorbitais. Uma vez que, estes utentes se encontravam pontualmente acamados, estes parâmetros são importantes para compreender a possibilidade e necessidade de remoção de líquidos em excesso no organismo. Os sinais vitais e o peso do utente são importantes para a avaliação pré dialítica, sendo também importante a avaliação de parâmetros como a tensão arterial, o pulso, a temperatura, presença ou ausência de edemas, sinais de hemorragia, queixas de dores e cansaço (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 182).

Para a realização da técnica de penso de cateter, foi utilizada técnica asséptica, com material esterilizado, utilizando um penso oclusivo permeável. Para a desinfecção do cateter é utilizado clorexidina alcoólica a 2%, sendo aplicada limpeza mecânica e espera para secagem total do produto.

Esta prática é descrita pela American Nephrology Nurses Association (ANNA), onde refere, como recomendações do Centers for Disease Control and Prevention, a utilização de compressa esterilizada ou a utilização de penso esterilizado, transparente ou semipermeável para a proteção do local de inserção (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 355). Refere, também, que o penso de cateter deve ser realizado em cada tratamento de hemodiálise, com a limpeza da pele com clorexidina de base alcoólica, respeitando o tempo de ação do desinfetante, podendo-se realizar antes do início do tratamento ou o mais precocemente possível, por forma a identificar sinais e sintomas de infeção.

Após a preparação do cateter, é removida a heparina presente nos ramos e testado o cateter, através da realização de flush com soro fisiológico em ambos os ramos. Somente depois é realizada a conexão às linhas da máquina de hemodiálise, conectando o ramo arterial à linha arterial e o ramo venoso à linha venosa, se o cateter assim o possibilitar, iniciando com uma bomba de sangue baixa, entre 180 a 200ml/min.

O tratamento prescrito para início correspondeu a duas horas e meia de hemodiálise, com um filtro de baixa área, com um fluxo de dialisante coocorrente, com velocidade de bomba de sangue de 200ml/min, com administração de 100ml de manitol a 20% durante a primeira hora. Esta indicação vai ao encontro da literatura,

que refere que a dose de hemodiálise de com utente crónico difere da de um utente em início de tratamento, sendo para estes utentes utilizado um tratamento de curta duração, com uma velocidade de bomba de sangue mais lenta, um fluxo de dialisante coocorrente e a utilização de um dialisador com baixa eficiência (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 178).

Para controlo hemodinâmico, na unidade, a avaliada da tensão arterial é realizada de 30 em 30 minutos ou sempre que necessário. A avaliação dos sinais vitais e dos parâmetros da máquina deve ser realizada periodicamente, sendo baseada no estado do utente, podendo variar desde 10 a 15 minutos, ou tão frequentemente quanto necessário em situações de instabilidade, ou com intervalos de 30 minutos em utentes estáveis e crónicos (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 184).

No final do tratamento de hemodiálise o sangue é restabelecido ao utente, com soro fisiológico, até a cor das linhas seja rosada. No final é avaliada a tensão arterial, antes da infusão de sangue do circuito, não sendo avaliada no final ou/e em posição de sentado. Os sinais vitais e tensão arterial deverão ser avaliadas no final da sessão com o utente sentado e, posteriormente, após levantar (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 184)

No final da sessão, o cateter é desinfetado com clorexidina alcoólica a 2%, preparado com o campo esterilizado das luvas todo o material para encerrar o cateter, ou seja, duas seringas de 5ml, compressas, tampas, agulhas de diluição e penso com bolsa. Para a realização de flush do cateter são utilizadas duas seringas de 20ml, previamente preenchidas com soro fisiológico de um balão de soro de 500ml, utilizado para todos os utentes. Seguidamente, utilizando técnica asséptica, são preparadas as seringas de 5ml com a heparina com o volume indicado para cada ramo, são limpos os ramos com compressas embebidas com clorexidina alcoólica a 2%, e realizado flush de ambos os ramos com as seringas de 20ml de soro. Posteriormente é aplicada a heparina em cada ramo e colocadas as tampas, protegendo o cateter com o penso com bolsa. A utilização das seringas pré preenchidas, uma vez que não se encontram estéreis, apesar da aplicação de desinfetante sobre as mesmas antes de serem manuseadas com as luvas esterilizadas, quebram a assepsia pretendida. Uma possibilidade seria a utilização de ampolas individuais de SF, sendo realizada a aspiração de soro antes da sua administração, mantendo assim a técnica asséptica pretendida.

Segunda a ANNA, após a infusão do circuito de sangue, os cuidados ao cateter

deveram ser realizados com técnica asséptica rigorosa, sendo aplicada heparina prescrita em cada ramo, encerrados os clamps dos ramos e colocadas as tampas de proteção (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 184).

Durante este estágio, tive a possibilidade de observar a avaliação de acessos vasculares, maioritariamente fistulas arteriovenosas. Pude observar como o acesso é avaliado pré diálise, sendo realizada observação da pele do acesso, avaliado o seu frémito e pulso. É também avaliado o fluxo de sangue ao longo do acesso, a presença de possíveis estenoses e os melhores locais para a colocação das agulhas para realização de hemodiálise. A avaliação do acesso vascular avalia o seu funcionamento, identificando precocemente problemas e antecipa comorbilidade.

A avaliação requer uma observação do membro do acesso e do circuito vascular: o inflow, o corpo do acesso e o outflow. Deverá ouvir o sopro, com o apoio de um estetoscópio, estando presente desde a anastomose e ao longo de todo o acesso. O frémito deverá ser sentido, por palpação de todo o acesso vascular. Antes da punção do acesso vascular deverá observar-se as punções anteriores, a presença de hemorragias, hematomas, aneurismas, leões da pele e drenagem dos locais das punções antigas. Estas áreas deveram ser evitadas. (American Nephrology Nurses Association, 2017, pp. 324-325)

Apesar de ser uma prática necessária para a manutenção do acesso vascular, este cuidado nem sempre é realizado, uma vez que a necessidade de realizar tratamento de hemodiálise a um número elevado de utentes, leva à dificuldade de realizar uma correta avaliação do acesso, promovendo a utilização da punção em área, possibilitando a formação de locais aneurismáticos do acesso. Os aneurismas são áreas frágeis da veia que distendem, contendo sangue, ocorrendo devido a trauma, como a punção repetida no mesmo local (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 328).

Uma correta avaliação do acesso permite a avaliação do melhor local para a colocação das agulhas, permitindo a preservação do acesso vascular. Este momento é importante, exigindo tempo para a sua realização.

Assim como nos acessos vasculares, a avaliação do cateter de hemodiálise, seja de longa ou curta duração, é também importante para a preservação do acesso. A sua avaliação passa pela observação do local de saída do cateter, do túnel até à inserção na veia, e da pele circundante. Após a remoção do penso de proteção deverá observar-se: as condições externas do cateter, se se encontra intacto, limpo, com presença de sangue nos lumens; examinar o local de inserção, a pele circundante, se

se encontra limpo, ferido, com drenagem, edema ou saída de sangue; e a área do túnel do cateter, se apresenta rubor, calor ou edema (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 354).

Esta avaliação permite identificar possíveis infecções atempadamente, permitindo a sua resolução em um estágio precoce, promovendo e adiando a possível necessidade de remoção do acesso. Esta avaliação, durante o período de estágio, foi observada por diversas vezes, tendo sido necessário, e possível, prevenir a evolução da infecção de cateter de longa duração em dois utentes da unidade.

Para além da observação, é importante o registo correto do acesso observado, permitindo a todos os elementos compararem as alterações entre sessões dialíticas. Denotei que nos registos não existia um local próprio para esta observação, levando a que em registo livre existisse pouca informação sobre a avaliação do acesso, apesar deste ser realizado. Seria importante a descrição, mas devido ao elevado número de utentes, esta descrição era descorada. Durante o estágio tentei promover a necessidade deste registo, através da verbalização desta necessidade e de dar importância da realização dos meus registos, com apoio do Enfermeiro Orientador, da avaliação do acesso que observava.

Durante as sessões de hemodiálise diversas intercorrências dialíticas podem ocorrer. Pude observar, maioritariamente, a existência de hipotensões. Visto a grande parte dos utentes se encontram em regime de internamento, tanto no próprio hospital como de outros hospitais que a unidade dá apoio, esta intercorrência torna--se comum devido à instabilidade hemodinâmica dos utentes. Estes encontram-se em uma fase aguda de saúde, seja devido à doença renal ou outras doenças associadas, que causaram a necessidade de internamento.

Como sintomatologia da hipotensão pude observar: o bocejo evidente do utente, queixas de cansaço, referência a náuseas, mal-estar inespecífico, referência a sensação de lipotimia, com observação de palidez cutânea e sudorese intensa.

A presença de hipotensão intradialítica é caracterizada por uma redução da tensão arterial igual ou superior a 30mmHg relativamente à tensão inicial. Como estratégias de controlo da hipotensão deverá ter se conhecimento dos sinais e sintomas associados, como sentimento de calor, caibrãs, alterações da visão ou náuseas. Como formas de corrigir a hipotensão poderá reduzir-se a ultrafiltração estabelecida, se necessário até uma ultrafiltração de zero, até estabilização da tensão arterial. Poderá ser necessário a administração de soro fisiológico para a reversão da hipotensão, de forma rápida através do circuito extracorporeal (American Nephrology

Nurses Association, 2017, p. 192).

Para a resolução, desta intercorrência intradialítica, pude realizar diferentes intervenções de enfermagem: a redução da ultrafiltração horária, a redução da bomba de sangue, a administração de soro para reposição de volémia e, numa situação de hipotensão grave, a infusão total do circuito de sangue com necessidade de término de terapia.

Após esta intercorrência e sua resolução é necessário a avaliação da tensão arterial em diferentes decúbitos, compreendendo a regressão da hipotensão. É importante o registo da intercorrência no processo do utente, possibilitando que, na seguinte sessão, o Enfermeiro que o irá acompanhar possa prevenir a possibilidade de nova hipotensão, assim como a equipa médica possa reavaliar o utente alterando a prescrição de tratamento, se necessário.

Durante este estágio, uma vez que acompanhava um Enfermeiro Orientador com competências para a gestão do serviço, pude acompanhar a gestão de um turno na sala de hemodiálise. Esta gestão passa pelo conhecimento da equipa de enfermagem presente, dos utentes em tratamento e dos que virão realizar tratamento, assim como da disponibilidade das unidades da sala e seus tempos de ocupação. Uma vez que a unidade de hemodiálise se encontrava a dar apoio a um grande número de utentes internados, esta gestão tornou-se importante para um bom ritmo de trabalho, conseguindo a realização de tratamentos com uma prestação de cuidados corretos e dirigidos às necessidades dos utentes, apesar da tecnicidade do tratamento. Demonstrou ser importante o conhecimento das capacidades da equipa presente, possibilitando a distribuição dos utentes, consoante estes conhecimentos e capacidades dos elementos, e as necessidades específicas dos utentes.

Durante este estágio, tive a possibilidade de observar os cuidados pós transplante renal de um utente, através de dador vivo. O utente, após recobro na unidade pós-anestésica, é transferido para a unidade de transplante renal, onde existe uma unidade de cuidados intermédios. À chegada encontrava-se consciente, orientado, apesar de adormecido. Apresentava-se com drogas de suporte por cateter venoso central, por forma a aumentar o débito de sangue de chegada ao rim transplantado, promovendo uma melhor irrigação renal. Durante o período inicial, é realizada uma avaliação do balanço hídrico com intervalos de 15 minutos, com avaliação do volume de diurese e volume de aportes infundidos, mantendo um balanço positivo. Esta avaliação é observada pelo médico assistente, que prescreve maior ou menor volume de infusão de líquidos intravasculares se necessário.

Inicialmente apresentou volumes de diurese baixos, cerca de 150ml, com presença de uma tensão arterial baixa. Ao longo do turno o volume de diurese aumentou, levando a uma redução das drogas de suporte, já com uma presença de tensão arterial mais estável. Inicialmente o balanço foi realizado de 15 em 15 minutos, espaçando-se com a resposta renal, com um aumento de 150ml de diurese horária para um volume de cerca de 500ml horário. É importante o conhecimento do enfermeiro que acompanha o utente, uma vez que deve ter conhecimento sobre o equilíbrio correto do balanço hídrico, mantendo a estabilidade e aporte renal, assim como prevenir possíveis complicações. Durante este período é também administrada terapêutica imunossupressora consoante protocolo do serviço e indicação médica. A vigilância pós transplante mantém-se durante cerca de 48 a 72h na unidade, passando posteriormente para a enfermaria. Os ensinamentos são iniciados ainda na unidade, com os cuidados com o cumprimento do horário de terapêutica imunossupressora, e os cuidados com a prevenção de possíveis infeções.

Durante este estágio tive a possibilidade de observar o transplante de renal através de dador cadáver. Previamente são seguidas as rotinas do serviço, nos cuidados pré transplante, com a colheita de análises clínicas de sangue, realização de Rx de tórax e eletrocardiograma, são realizadas colheitas de zaragatoas para despiste de MRSA e KPC, o utente realiza micro clisteres para limpeza intestinal e banho com clorexidina. É iniciada terapêutica imunossupressora. Neste caso o utente realizava hemodiálise, tendo realizado previamente hemodiálise antes da realização da cirurgia por apresentar alterações dos níveis de potássio nas análises, tendo realizado cerca de duas horas de tratamento, sem remoção de líquidos, mantendo o aporte hídrico possibilitando a resposta do rim transplantado após colocação.

O rim para transplante é preparado, na sala de cirurgia, pelos dois cirurgiões presentes sendo identificadas a veia, artéria e ureter. São realizadas colheitas de rim, artéria e líquido de conservação do rim para laboratório de patologia. O procedimento de algaliação do utente é realizado pelo cirurgião, com algalia de triplo lúmen, iniciando-se o treino da bexiga, com infusão de baixos volumes de soro com permanências de 10min. Durante a cirurgia é administrado imunossupressores, seguindo protocolo do serviço, com tempos definidos relativamente ao início da imunossupressão na enfermaria. Após o início de aporte de sangue ao rim transplantado, este inicia a depuração do sangue, respondendo com formação de urina.

No final deste estágio, apesar de a minha prática diária ser nesta área da hemodiálise, pude aprender novas visões da técnica dialítica, da avaliação do acesso vascular e o contacto com o utente.

A observação de uma realidade, diferente da minha, permite avaliar a minha própria prática diária, assim como o contato com o utente. Desta forma permite desenvolver as minhas capacidades, avaliando-as e melhorando-as.

Nesta unidade de hemodiálise pude constatar que, a teoria de autocuidado de Orem, corresponde aos cuidados prestados. Existe a preocupação constante em conhecer o utente a quem prestam cuidados, utilizando o sistema totalmente compensatório na realização da técnica, mas utilizam o sistema de apoio e ensino com muita frequência, nomeadamente no ensino dos cuidados com o acesso vascular, conhecendo o seu funcionamento, sinais de alerta e quando deve recorrer aos cuidados de saúde, assim como o ensino sobre os cuidados com a dieta e a ingesta hídrica. Existe a preocupação com o desenvolvimento do autocuidado e autogestão do tratamento, que tem continuidade no domicílio, como a gestão da terapêutica farmacológica, controlo de tensão arterial e glicémia. O apoio ao utente é uma constante, tanto a nível de ensino como o apoio a nível psicológico, uma vez que a DRC tem uma carga na vida diária do utente, podendo condicionar o seu dia a dia, assim como a sua atividade laboral. Este apoio promove autonomia e o empoderamento do utente.

Assim, segundo Benner, com base no modelo de Dreyfus, considero-me com competências de enfermeira perita na área da hemodiálise, uma vez que considero ter competências no “domínio intuitivo da situação e ser capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas”, (Tomey & Alligood, 2002, p. 193), tendo como aspetos chave o “domínio clínico e uma prática baseada na investigação, know-how incorporado, ver a situação no seu todo e ver o inesperado” (Tomey & Alligood, 2002, p. 193).

2.3 Estágio em Diálise Peritoneal

Para a realização deste estágio de diálise, em tratamento de diálise peritoneal, optei por realizar em um hospital central, em uma unidade de referência na área desta técnica dialítica. Este estágio foi realizado no período de 18 de novembro a 18 de dezembro de 2019.

Esta unidade iniciou a sua atividade em 1981, sendo pioneira na região sul do país, tendo atualmente um dos maiores programas de diálise peritoneal do país.

Durante o período de estágio o programa, desta unidade, era constituído por

75 utentes, estando 56 em técnica de diálise peritoneal contínua ambulatoria e 18 em técnica de diálise peritoneal automatizada. Os utentes são maioritariamente do sexo masculino, com proveniência da consulta médica de nefrologia, após falência de rim transplantado, por falência de acessos vasculares para hemodiálise e por opção após início urgente de hemodiálise. A maioria dos utentes são autónomos, realizando o tratamento a si próprios, existindo utentes que, por se encontrarem dependentes nas atividades de vida diária, o seu tratamento é assegurado por terceiros, nestes casos por familiares próximos, como os pais ou filhos dos utentes.

A equipa da diálise peritoneal é constituída por 3 médicos nefrologistas, 2 enfermeiros especialistas, sendo um especialista em enfermagem médico-cirúrgica com vertente nefrológica e o outro em enfermagem comunitária, uma assistente social e uma nutricionista. A unidade, atualmente, encontra-se inserida na consulta externa do hospital.

Os enfermeiros da unidade estão dedicados a este setor, colmatando falhas que possam existir noutros setores de consulta de enfermagem quando necessário. O oposto não ocorre, devido à especificidade da técnica.

É da competência dos enfermeiros da unidade o acompanhamento do utente em diálise peritoneal, desde o momento que antecede a colocação do cateter de diálise peritoneal até ao início e continuidade do tratamento.

O enfermeiro em diálise peritoneal realiza os ensinamentos da técnica inerente ao tratamento de diálise peritoneal, seja a técnica manual ou automatizada, realiza ensinamentos sobre os cuidados com o orifício de inserção do cateter, e todos os cuidados sobre as particularidades do tratamento, possibilitando a autonomia do utente no seu tratamento.

É, também, da competência do enfermeiro da unidade de diálise peritoneal a realização da consulta de opções. Esta é realizada uma vez por semana, à quarta-feira, sendo uma consulta de seguimento após uma consulta de opções realizada pelo médico nefrologista. Nesta consulta são explicadas as diferentes técnicas dialíticas existentes e as suas especificidades, assim como o tratamento médico conservador. Sendo uma consulta de seguimento, o utente já tem alguma informação prévia, possibilitando direcionar a consulta para a opção que o utente escolheu, podendo aprofundar a técnica de substituição da função renal optada.

A existência desta consulta, permite ao utente, uma escolha informada da técnica dialítica que melhor se adapta à sua vida, permitindo a possibilidade de manter a sua atividade de vida diária.

Nesta unidade de diálise peritoneal, são utilizados dois sistemas de tratamento diferentes, o sistema da Baxter e o sistema da Fresenius. Os dois sistemas diferem no material utilizado, assim como nas soluções utilizadas. Para a utilização destes sistemas é necessário que os enfermeiros da unidade conheçam o manuseamento correto de ambas, assim como a resolução de problemas que possam ocorrer nos diferentes sistemas, e formas de resolução.

A opção da utilização de um sistema de tratamento para o utente que inicia tratamento, segundo a unidade, é estabelecida pela alternância de sistemas, possibilitando uma distribuição equitativa dos sistemas. Para além desta forma de escolha, a unidade dá preferência que, os utentes com diabetes mellitus e os utentes com doença cardíaca, realizem tratamento com o sistema da Baxter, uma vez que as soluções utilizadas apresentam menor concentração de glucose e a existência da solução extraneal, com icodextrina, permitindo longos períodos de permanência com possibilidade de ultrafiltração mais elevada.

Durante este período de estágio, pude acompanhar dois utentes em início de técnica, nos dois sistemas existentes.

Um dos utentes, após consulta de opções, sendo já acompanhado em consulta médica de nefrologia, optou pela técnica de diálise peritoneal. O utente, tendo 72 anos e analfabeto, era acompanhado pelos filhos, que apoiaram a decisão, optando por serem eles a realizar a técnica de diálise. Uma vez que, devido à alteração dos valores analíticos, previa-se uma necessidade a curto prazo de iniciar tratamento dialítico, o utente colocou cateter de diálise peritoneal.

Antes da implantação do cateter, é tido em conta o vestuário do utente, avaliando o melhor local para a saída do cateter, a atividade sexual, a ocupação, e a atividade laboral. É também tido em conta se o utente é dextro ou esquerdino, facilitando o manuseamento do cateter, a existência de cirurgias abdominais prévias e patologias existentes. Todos os cuidados descritos, e realizados nesta unidade, vão ao encontro das guidelines e recomendações descritas pela Internacional Society for Peritoneal Dialysis (Crabtree, et al., 2019, p. 3).

Para antever o ensino, ao utente, é avaliada a existência de alterações da acuidade visual e auditiva, assim como motoras.

No momento pré-operatório são realizadas análises sanguíneas, Rx de tórax e eletrocardiograma. É fornecido ao utente um micro clister para preparação intestinal, e o utente realiza um banho com clorexidina na véspera e no dia da cirurgia. É, também, realizado ensino sobre os cuidados pós-operatórios.

Como cuidados pós-operatórios é dada importância ao repouso absoluto, nas primeiras 24h, e moderado esforço nos seguintes, é dada indicação para não realizar banho total, não molhando o penso e local de inserção, promovendo a cicatrização da pele. A realização e ensinamentos referidos na unidade vão ao encontro da literatura, nomeadamente Contemporary Nephrology Nursing (Bodin, 2017, p. 366) e a Society for Peritoneal Dialysis (Crabtree, et al., 2019, p. 5)

O penso do cateter de diálise peritoneal é mantido até ao quinto dia, após a colocação cirúrgica, sendo refeito em caso de necessidade. O penso é realizado pelo enfermeiro da unidade de diálise peritoneal, sendo refeito com intervalo de 3 a 4 dias, com técnica asséptica. Após a remoção dos pontos cirúrgicos, é iniciado o ensino da realização de penso ao utente, sendo constituído por um momento de contato, onde o enfermeiro demonstra a realização do penso e a explicação de todos os passos necessários, desde a forma e os momentos corretos de higienização das mãos, assim como a técnica em si. Para além da técnica, são realizados ensinamentos sobre os cuidados com o cateter, nomeadamente a estabilização do cateter, sinais e sintomas que o utente deve ter em conta na observação do orifício de saída do cateter, prevenindo o surgimento de infeções do mesmo e, no caso de infeção, o início de tratamento precoce, evitando complicação que poderão colocar em risco a permanência do cateter.

Durante as primeiras 4 semanas, o penso é elaborado com aplicação de iodopovidona dérmica, sendo posteriormente realizado com soro fisiológico em ampolas individuais. Se o orifício se encontrar com boa evolução cicatricial, é realizado ensino ao utente sobre os cuidados para o banho total, nomeadamente a realização de banho de chuveiro, a não utilização de esponjas, a remoção do penso após o banho e a elaboração de novo penso.

Após este período é iniciado o ensino da técnica de diálise peritoneal manual. O ensino tem a duração de uma semana, dependendo da evolução da aprendizagem, este tempo pode ser adaptado. O ensino é adaptado consoante a aprendizagem do utente ou cuidador, possibilitando uma melhor aprendizagem da técnica.

Nos dois utentes em que pude acompanhar o ensino, o período de aprendizagem teve a duração de uma semana, tendo posteriormente iniciado tratamento no domicílio.

A um dos utentes o ensino foi realizado ao próprio, estando o companheiro presente em algumas sessões, possibilitando conhecer a técnica e as suas particularidades, podendo no domicílio apoiar e acompanhar o utente sempre que

necessário, levando a uma cooperação da família no tratamento que é iniciado. O utente tornou-se autónomo na técnica após uma semana de ensino diário, com a realização de diversos momentos de ensino durante o dia.

Ao outro utente, a família optou por realizar a técnica, sendo o ensino realizado aos dois filhos do utente, possibilitando a partilha por dois cuidadores reduzindo a possibilidade de existir uma falha na técnica, devido à impossibilidade de um dos cuidadores não poder estar presente. O ensino teve a duração de uma semana, estando o utente dependente dos cuidadores para a realização da técnica.

No último dia de ensino, inicia-se o tratamento, realizando a primeira troca do dia no serviço de diálise peritoneal, sendo a troca seguinte realizada no domicílio com o acompanhamento do enfermeiro da empresa respetiva (Baxter ou Fresenius). Este enfermeiro, após contato com o enfermeiro da unidade, recebe informação sobre o utente, e acompanha o primeiro tratamento de diálise peritoneal manual no domicílio. A presença deste enfermeiro permite a remoção de dúvidas e resoluções de dificuldades que possam ocorrer no domicílio, uma vez que o ensino realizado em meio hospitalar não contempla todas as possíveis dificuldades no domicílio ou presença de fatores que possam dificultar a técnica, como por exemplo a lavagem das mãos na casa de banho e a deslocação até ao local onde irá realizar a troca, sem que exista uma contaminação das mãos ou fatores que possam dificultar a técnica, como a luz reduzida no local da realização do tratamento.

Sobre o ensino realizado, visto já ter contato a nível laboral com a diálise peritoneal, realizei uma reflexão sobre o mesmo, estando esta em anexo ao relatório. Com esta reflexão, pude constatar que, diferentes formas de ensino podem ser realizadas para atingir o mesmo objetivo, neste caso a promoção da autonomia do utente/cuidador na realização da técnica, promovendo a realização dos passos de forma correta, para que a técnica seja segura para o utente.

A promoção do autocuidado, pelos enfermeiros da diálise peritoneal, é uma constante em todos os momentos de contato entre enfermeiro e utente. O utente sente segurança para expor as suas dúvidas e dificuldades, podendo o enfermeiro realizar o ensino direcionado para o desenvolvimento da autonomia do utente, promovendo uma adaptação à técnica, possibilitando que mantenha a sua vida diária próxima da que realizava antes de a ter necessidade de realizar uma técnica de substituição da função renal.

Durante este estágio, pude acompanhar as consultas de rotina realizadas aos utentes já em técnica dialítica, onde é avaliada a tensão arterial, o peso, a avaliação

da bio impedância e a avaliação do orifício de saída do cateter de diálise peritoneal, antes da consulta médica.

Este momento possibilita a interação utente-enfermeiro, permitindo realização de retreino, sempre que necessário, podendo o enfermeiro avaliar a correta realização da técnica realizada no domicílio. O retreino deverá ser realizado sem um intuito crítico, mas sim de promoção da continuidade da correta execução da técnica. Para a realização do retreino uma boa interação enfermeiro-utente é essencial, por forma a existir uma relação de confiança, permitindo ao utente expor as suas dúvidas e dificuldades, de forma aberta e sem medo de ser repreendido.

Durante este período de estágio pude observar a realização do teste de equilíbrio peritoneal (PET). O PET é realizado por forma a compreender a eficácia dialítica do peritoneu, compreendendo a variação da concentração de ureia, creatinina e glicose, no líquido de diálise, ao longo de 4 horas de permanência. Este teste permite compreender o funcionamento do peritoneu, havendo a possibilidade de otimizar o tratamento realizado pelo o utente.

Para a realização deste teste é infundido um líquido de diálise hipertónico (3,86% no sistema Baxter ou 4,25% no sistema Fresenius) que permanece em contato com o peritoneu durante 4 horas.

Inicialmente é avaliada a tensão arterial, o peso e realizado o teste de bio impedância (BCM) ao utente e colhidas análises de sangue. O utente realiza a colheita no domicílio, durante um período de 24h, de urina e de líquido do tratamento de diálise. Inicialmente é colhida uma amostra do saco de tratamento antes da infusão ao utente, sendo considerado o tempo zero, sendo posteriormente infundido o líquido no peritoneu do utente.

Após 2 horas, é realizada colheita de líquido do peritoneu, através da drenagem de 100cc de líquido para um copo de colheita esterilizado, sendo utilizada técnica asséptica, através da abertura do cateter. É, também, colhida nova amostra de sangue ao utente.

Após 4 horas de permanência, é realizada drenagem total do líquido presente no peritoneu, sendo pesada a drenagem total, e colhida uma amostra deste.

Segundo Kelman e Watson (Bodin, 2017, p. 219), para a realização do PET deverá realizar-se a infusão de 2 litros de líquido hipertónico (2,5%), durante 10 minutos, rodando o utente a cada 400 ml, realizando posteriormente uma drenagem de cerca de 200ml para o saco de drenagem, colhendo uma amostra de cerca de 10ml, reinfundindo o restante líquido novamente. Após 2 horas, repete-se novamente

os mesmos passos, colhendo nova amostra e realizando-se uma colheita de sangue, para avaliação de ureia, creatinina e glucose. Após 4 horas, realiza-se a drenagem total do líquido, colhendo-se nova amostra do líquido. As amostras devem seguir para laboratório, para análise de ureia, creatinina e glucose.

Com os resultados destas colheitas, através de um programa próprio existente, é identificado o tipo de transportador, podendo ser baixo, médio ou alto transportador.

Com estes resultados, o tratamento realizado pelo o utente, é reavaliado podendo responder de uma forma mais eficaz às necessidades de diálise do utente.

Pode observar que a realização do PET, nesta unidade, demonstra ser uma variação do PET estandardizado por Twardowski.

A técnica de tratamento com diálise peritoneal, sendo realizada pelo próprio utente ou família, implica um ensino continuo ao utente-família, com necessidade de adaptações constantes, sendo um ensino flexível e direcionado à pessoa.

Durante este estágio tive a possibilidade de observar e participar numa formação sobre diálise peritoneal, realizada pelos enfermeiros do serviço aos enfermeiros do serviço de internamento de nefrologia. Foram abordados diversos conteúdos, desde a teoria e funcionamento da diálise peritoneal, até aos aspetos práticos da técnica. Visto ter experiência laboral neste setor, tive a possibilidade de ajudar no ensino aos colegas, da forma correta de realizar a técnica, promovendo uma realização correta e uniforme no internamento do serviço de nefrologia.

O utente/família, nesta técnica de tratamento, torna-se autónomo no seu tratamento. O papel do enfermeiro passa por, inicialmente, intervir diretamente, realizando a técnica e os cuidados inerentes à mesma, utilizando o sistema totalmente compensatório, segundo a teoria dos sistemas de Orem, passando posteriormente, a uma intervenção de apoiar o outro, promovendo o desenvolvimento do conhecimento, inicialmente com um sistema parcialmente compensatório e, posteriormente, através do apoio e educação, através do ensino sobre a técnica e as complicações inerentes à mesma.

Com o objetivo de tornar o utente/família autónomo no seu autocuidado, o ensino/educação é o sistema com maior presença da técnica de diálise peritoneal, tanto a nível da técnica em si, como na adaptação à alteração de vida que ocorre. O enfermeiro desenvolve um papel de apoio constante, desenvolvendo uma relação terapêutica e de confiança com o utente/família.

Segundo a teoria de Patricia Benner, de iniciado a perito, considero-me perita, visto esta ser uma das minhas áreas de trabalho diário. Considero que necessito de

aprender e compreender novas técnicas e atualizações existentes, a nível de conhecimento teórico e prático. A possibilidade de acompanhar enfermeiros com competências na área, permitiu aprender e assimilar novas formas de realizar o ensino ao utente, promovendo a sua autonomia, de forma flexível e centrada na pessoa/família.

2.4 Estágio Opcional

Para a realização do estágio opcional, optei por realizar em um hospital central, com urgência aberta ao público durante 24h, tendo a possibilidade de observar diversas técnicas e situações de urgência. Esta unidade é considerada de referência para a área de Lisboa e Vale do Tejo, sendo também unidade de retaguarda para Mafra, Lourinhã, Torres Vedras, Loures, Odivelas, Amadora, Sintra e Algarve (Nolasco, et al., 2017).

A unidade escolhida recebe utentes com doença renal crónica em TSFR das diferentes técnicas dialíticas, por morbilidades associadas e por alterações associadas à DRC (p.e. falência de acesso vascular), em situação pré dialítica, em situação de doença renal crónica agudizada com necessidade de TSFR, assim como situações de urgência vindas dos locais de referenciação ou fora do mesmo. Este estágio foi realizado no período de 7 de janeiro a 7 de fevereiro de 2020.

Esta unidade de diálise está dividida em três setores, nomeadamente a unidade de diálise peritoneal, a unidade de hemodiálise e a pequena cirurgia.

A unidade de diálise peritoneal labora no período da manhã, com a presença de um enfermeiro dedicado ao setor, assim como a pequena cirurgia, também com um enfermeiro dedicado. Durante o período da manhã estes setores realizam procedimentos previamente agendados, recebendo, com bastante frequência situações não agendadas. Após o período da manhã, estes setores encerram passando os enfermeiros da unidade de hemodiálise a dar resposta às necessidades dos utentes, referentes a estes setores, em situação de urgência.

A unidade de hemodiálise é constituída por duas salas, a sala A e a sala B. A sala A é composta por 13 postos, sendo um deles uma unidade de isolamento, e mantendo um posto, para situações de urgência, livre. Nesta sala são realizadas sessões de tratamento de hemodiálise a utentes com virologias negativas, sendo o último posto da unidade utilizado para utentes com hepatite C positiva, em máquina de hemodiálise própria, sempre que necessário.

A sala B, sendo uma sala dedicada aos utentes com virologias positivas a hepatite B e HIV, encontra-se estruturalmente separa, tendo porta de entrada direta

da rua, vestiários e casa de banho própria. A existência desta sala separada, vai ao encontro do estipulado pelo Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica, com a necessidade de sala de tratamento, vestiários e sanitários dedicados (Médicos, 2017, p. 66).

Esta sala é composta por 5 postos de hemodiálise, mantendo-se um posto livre para situações de urgência. Esta sala tem um enfermeiro dedicado por turno. Existem máquinas estipuladas para virologia B positiva e HIV positiva, assim como máquinas com múltiplas virologias positivas, como por exemplo HIV e hepatite C positiva, devido às necessidades e utentes a quem são prestados cuidados.

Na sala A o rácio enfermeiro/ utente varia entre 3 a 4 postos por enfermeiro. Durante o turno da manhã encontram-se 5 enfermeiros na sala, sendo o sexto enfermeiro o responsável de turno, não ficando com utentes atribuídos, visto a necessidade de gestão de toda a unidade de diálise, assim como a gestão de recursos materiais. No turno da tarde encontram-se 4 enfermeiros na unidade de hemodiálise, sendo um deles o responsável do turno, realizando a gestão de utentes na sala, tendo ao seu cargo utentes. No período da noite encontram-se 2 enfermeiros, sendo um deles responsável de turno.

Aparentemente, segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25), o número de enfermeiros por turno vai ao encontro do estipulado, mas devido à afluência existente, durante o período de estágio, devido às necessidades, exigência e risco daí associados, este número de enfermeiros não conseguiu dar resposta de forma eficaz e adequada às necessidades complexas dos utentes, denotando-se um excesso de trabalho com algumas verbalizações de cansaço e esgotamento.

Para além do apoio à unidade de diálise peritoneal e pequena cirurgia, fora do período da manhã, os enfermeiros da unidade de hemodiálise dão apoio às unidades de cuidados intensivos do hospital relativamente ao tratamento dialítico veno-venoso contínuo, e realizando hemodialise convencional nas unidades, com apoio de uma unidade de tratamento de água portátil. Este apoio, nas unidades de cuidados intensivos, pode ser realizado de forma programada ou em situações de urgência, havendo a necessidade de um enfermeiro da sala de hemodialise se deslocar para a realização dos tratamentos.

Durante este período de estágio, integrando a equipa da sala de hemodiálise, tive a possibilidade de realizar tratamento de hemodiálise, desde o início até à sua

finalização. Esta integração e acompanhamento dos utentes durante o momento da sessão de hemodiálise permitiu acompanhar situações de intercorrências intra-dialíticas, como por exemplo a ocorrência de hipotensão, caimbras e náuseas/vômitos, com a resolução das mesmas. As complicações mais comuns no tratamento de hemodiálise são a hipotensão, as caimbras, as náuseas e vômitos e cefaleias (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 185)

A situação de maior frequência, devido à complexidade e instabilidade dos utentes, foi a ocorrência de hipotensão intra-dialítica. A avaliação do utente no momento pré diálise é de extrema importância, podendo-se reduzir esta situação, mas a instabilidade existente nem sempre permite evitar a sua ocorrência. Para a resolução e prevenção da mesma pode realizar diferentes atitudes terapêuticas, nomeadamente, a utilização de perfis de sódio, a redução da temperatura estipulada na máquina de hemodiálise, a utilização de perfis de ultrafiltração, a redução da ultrafiltração estipulada, a infusão de soro fisiológico e, em último caso, a infusão do circuito de sangue com necessidade de término do tratamento. Estas atitudes terapêuticas realizadas, vão ao encontro do descrito, dando importância, como medidas preventivas, a avaliação e controlo do peso seco do utente, o ensino ao utente sobre os cuidados com a restrição hídrica e conhecer a sintomatologia da hipotensão, e a possibilidade da utilização de perfis de ultrafiltração e utilização da redução da temperatura do dialisante (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 186).

Sendo um estágio na minha área laboral atual, este estágio permitiu desenvolver competências, em situações em quais tenho menos contato e menor experiência, nomeadamente a realização da técnica de plasmaférese.

O termo aférese refere-se a um procedimento de separação de conteúdos do sangue. Na plasmaférese, ou troca terapêutica de plasma, é removido o plasma do utente e reposto, na mesma quantidade, através de fluidos de reposição, enquanto os restantes componentes sanguíneos retomam ao utente. Esta reposição pode ser realizada através da administração de plasma fresco congelado e/ou albumina humana a 5%. A utilização desta técnica é realizada, de forma reconhecida, para a remoção de anticorpos envolvidos na patogénese de problemas autoimunes (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 668).

Durante este período de estágio, tive a possibilidade de assistir e participar no acompanhamento de dois utentes com necessidade de realizar plasmaférese, devido a um diagnóstico de vasculite e trombocitopenia trombótica púrpura. A compreensão

do mecanismo da doença, permitiu compreender a necessidade da realização desta técnica.

Para a realização da plasmaférese é utilizada a máquina de prisma, com necessidade de colocação de uma cateter central provisório ao utente, para acesso ao fluxo sanguíneo do mesmo. Com a utilização de filtro próprio para a plasmaférese, é removido o plasma sanguíneo e seus componentes, sendo substituído por plasma fresco congelado ou albumina humana a 5%. Durante a duração da sessão de plasmaférese, o utente é monitorizado havendo um controlo da tensão arterial, ritmo cardíaco e temperatura timpânica. Também, durante a sessão, são avaliadas sintomatologias associadas à realização da plasmaférese, devido a remoção de grande volume de plasma sanguíneo, como por exemplo náuseas, vômitos, hipotensão, aumento ou redução da temperatura timpânica, e alterações cardíacas (American Nephrology Nurses Association, 2017, pp. 670-672). As sessões realizadas variaram entre sessões diárias e sessões em dias alternados, variando consoante o diagnóstico terapêutico e protocolo existente.

Durante este período de estágio tive a possibilidade de colaborar no início de um utente em técnica de hemodiálise, devido a um agravamento da função renal, com necessidade de realizar indução dialítica. Este utente era acompanhado em consulta médica de nefrologia, sendo a sua indução programada. O utente apresentava uma fistula arteriovenosa no membro superior esquerdo, construída há cerca de 8 meses, com boa evolução da mesma. Em regime de ambulatório, o utente foi recebido pelo enfermeiro, explicando a técnica que iria ser realizada, podendo retirar dúvidas, ao utente e familiar que o acompanhava, possibilitando um início em ambiente calmo e confortável. Foi realizada uma avaliação inicial do acesso vascular, explicando ao utente cada passo a ser realizado, e realizada punção do acesso com agulhas de menor calibre, visto ser a primeira punção.

A indução dialítica é realizada de forma gradual, ocorrendo em 3 dias consecutivos, inicialmente com um tempo de tratamento de cerca de 2 horas, com uma velocidade de bomba de sangue baixa, cerca de 200ml/min e com uma ultrafiltração reduzida. Ao longo dos 3 dias o protocolo é alterado, existindo um aumento do tempo de tratamento, da velocidade de bomba de sangue e, se necessário, um aumento da ultrafiltração. A dose de diálise, de um utente em início da técnica, deve ser realizada com períodos curtos de tratamento, com uma velocidade de bomba de sangue baixa, com banho coocorrente e com um filtro de baixa eficácia (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 178)

A possibilidade de realizar um início de tratamento de forma programada, permite ao utente e família uma melhor adaptação à técnica, assim como conseguir adaptar a sua vida diária a um novo tratamento necessário para a melhoria da sua qualidade de vida. O acompanhamento de enfermagem no período pré diálise permite uma melhor aceitação da doença, compreendendo os sinais e sintomas da mesma, assim como formas de adiar a necessidade de início de tratamento dialítico.

Durante o estágio, tive a possibilidade de colaborar na indução dialítica de um utente, de forma urgente e não programada, com necessidade de colocação de um cateter central provisório na jugular interna direita. Este procedimento, visto ser em carácter de urgência, foi realizado na sala de hemodiálise, com apoio ecográfico. A técnica de colocação é realizada com técnica asséptica pelo médico com apoio do enfermeiro. Estando o utente consciente, o enfermeiro presta apoio ao utente, explicando o procedimento que irá ser realizado, assim como todos os passos para a colocação do cateter provisório. Antes da colocação, o enfermeiro realiza o acolhimento ao utente, compreendendo o conhecimento do utente relativamente à necessidade de realizar hemodiálise, podendo direccionar o acompanhamento que irá realizar durante a colocação do cateter e durante a sessão de hemodiálise.

Ao relacionar as duas situações de necessidade de indução dialítica, pude constatar que o utente que já era acompanhado em consulta, tendo o seu início de forma programada e acordada, teve uma aceitação progressiva da doença, permitindo uma aceitação e compreensão da necessidade de tratamento. O utente que iniciou de forma urgente, não tendo acompanhamento anterior, inicialmente considerou que seria uma situação pontual e que não teria futuramente de continuar a técnica dialítica, dificultando a adaptação à doença.

Durante este estágio, tive a possibilidade de acompanhar utentes em diálise peritoneal, neste caso um utente que se encontrava internado devido a complicações a nível vascular, tendo a necessidade de realizar a técnica de diálise peritoneal manual. Estando internado, apesar de no domicílio ser autónomo na técnica, devido ao seu problema vascular com necessidade de amputação do membro inferior direito, tornou-se dependente, sendo os enfermeiros da sala de hemodiálise a realizar o apoio, fora do horário do sector da diálise peritoneal.

Visto ser uma área em que trabalho diariamente, tive a possibilidade de prestar cuidados ao utente, realizando a diálise peritoneal manual e cuidados ao orifício de saída do cateter. O meu conhecimento da técnica permitiu realizar formação informal aos colegas com menos conhecimentos, possibilitando um momento de

aprendizagem para mim, como estudante, e para os colegas com menor conhecimento dos cuidados inerentes à técnica. Esta possibilidade permitiu repensar a forma como realizo a técnica diariamente, assim como realizar formação informal permitindo uma troca de conhecimentos sobre a área. Assim houve a possibilidade de passar conhecimento aos colegas e realizar ensino sobre a técnica de diálise peritoneal manual e a realizar/avaliação do orifício de saída do cateter de diálise peritoneal, com o apoio do utente e dos seus conhecimentos, visto ser um utente de outra unidade de diálise peritoneal, com algumas diferenças pontuais da técnica.

Houve, também, a possibilidade de acompanhar 3 utentes de diálise peritoneal, aos quais foi colocado cateter de diálise peritoneal para possível início de técnica. Colaborei nos cuidados de enfermagem pós colocação de cateter, nomeadamente o teste do cateter e avaliação dos pontos de suturas, assim como os ensinamentos realizados sobre os cuidados a ter no domicílio, como o repouso, a necessidade de manter o trânsito intestinal, o controlo da dor pós cirurgia, a avaliação dos pontos de sutura e a necessidade de recorrer à unidade na ocorrência de alterações.

Durante este estágio, houve a possibilidade de colaborar na necessidade de um utente em diálise peritoneal ser transferido para a técnica de hemodiálise, devido a infeções de orifício de saída do cateter recorrentes e falência do peritонеu. Este utente, após conversação com a equipa da unidade de diálise peritoneal, acordou o início da transferência para a hemodiálise. Não tendo um acesso vascular construído, e devido à necessidade de passar para hemodiálise devido ao risco de peritonite, acordou com a colocação de um cateter de hemodiálise permanente, iniciando hemodiálise, sendo posteriormente avaliado pela equipa de cirurgia vascular para construção de acesso vascular. Realizou duas sessões de hemodiálise a nível hospitalar, passando para uma clínica perto da residência.

Uma vez que, o enfermeiro orientador que acompanhei, tem competências na gestão da sala, houve a possibilidade de observar e compreender a gestão realizada na sala de hemodiálise nos diferentes turnos da unidade. Durante o turno da manhã, é da competência do enfermeiro responsável gerir os utentes programados em lista para realizar hemodiálise nesse dia, assim como utentes que possam surgir em situações de urgência ou fora da programação. É da sua competência gerir os enfermeiros presentes, assim como os assistentes operacionais, conseguindo organizar a sala sabendo as competências dos seus enfermeiros e as características dos utentes, conseguindo equilibrar a necessidade de cada utente com os conhecimentos e capacidades de cada enfermeiro. Por vezes este equilíbrio não é

conseguido, devido a diversas situações, mas notei que a equipa se entreaajuda bastante, apoiando-se em todos os momentos. É, também, da competência do responsável de sala realizar a gestão material do serviço, compreendendo as necessidades do mesmo realizando um pedido de material para as sessões de diálise, assim como de medicação do serviço de farmácia que seja necessário para o funcionamento de todo o serviço. É também da sua competência gerir os utentes com os médicos da unidade, compreendendo as necessidades dos utentes, alterações que possam ocorrer, assim como gerir a entrada de utentes em situações de urgência, seja na sala de hemodiálise como em outros serviços, nomeadamente em unidades de cuidados intensivos. A necessidade de prestar apoio a unidades de cuidados intensivos, tanto a nível de diálise convencional, como diálise continua ou plasmaférese, implica a saída de um elemento de enfermagem da sala de hemodiálise. Esta saída é também gerida pelo enfermeiro responsável, compreendendo o grau de urgência, a afluência de utentes à sala de hemodiálise e o número de enfermeiros presentes. Durante o turno da tarde e o turno da noite existe um enfermeiro responsável que gere os restantes utentes programados e urgências que possam ocorrer. É da sua competência conhecer a sua equipa de enfermeiros e geri-la consoante os utentes existentes. Em algumas situações, para além dos utentes para realizar sessão de hemodiálise, existe a necessidade de gerir com a existência de utentes de diálise peritoneal que se encontrem internados fora do serviço de internamento de nefrologia, dando apoio às necessidades que possam ocorrer, programadas ou não. É, também, da sua competência resolver situações/intercorrências que possam ocorrer relativamente a equipamento ou material necessário.

Como responsável de sala, o enfermeiro tem a necessidade de conhecer a sua equipa, tendo em conta os seus conhecimentos, capacidades e dificuldades, assim como conhecer os utentes a quem irão prestar cuidados. Este conhecimento permite o bom funcionamento da sala, assim como a possibilidade de uma boa prestação de cuidados de enfermagem aos utentes e a evolução e aprendizagem dos elementos da equipa de enfermagem.

A equipa de enfermagem, com que colaborei, tem uma variação de idades elevada, existem enfermeiros com mais de vinte anos de prática e enfermeiros com 2 a 3 anos de prática. Esta variação permite uma partilha de conhecimentos entre os enfermeiros, com aprendizagem de parte a parte, sendo possível observar diferentes enfermeiros a diferentes níveis da teoria de Benner: de iniciado a perito, baseado no

modelo de Dreyfus, podendo observar enfermeiros com grande capacidade na técnica de diálise, mas ainda a desenvolver as suas competências para além da técnica. Os enfermeiros com mais anos de prática demonstram um know-how que os enfermeiros com menos tempo de prática não apresentam, mas que têm a possibilidade de aprender entre a equipa.

No momento em que realizei o estágio, a afluência de utentes à unidade era elevada, encontrando-se a receber entre 60 a 70 utentes por dia, havendo também a necessidade da saída de enfermeiros para tratamento em unidades de cuidados intensivos, assim como a existência de número de enfermeiros abaixo do estipulado devido a baixas médicas no serviço. Este elevado número de utentes, agregado à redução do número de enfermeiros, levou a uma sobrecarga da equipa, tendo notado uma maior concentração da equipa na realização da técnica dialítica e menos disponibilidade para uma prestação de cuidados centrada no utente.

Apesar das dificuldades sentidas, devido à existência de uma sobrecarga de trabalho, existe preocupação por parte da equipa de desenvolver uma relação terapêutica e de confiança com o utente que realiza tratamento de diálise na sala.

Sendo a técnica de hemodiálise uma intervenção em que o enfermeiro intervém de forma totalmente compensatória, o utente tem capacidade para desenvolver alguma autonomia e possibilidade de autogestão da doença. Nos momentos possíveis, pude observar que a equipa tem a preocupação de abordar os utentes, compreendendo as suas dificuldades, dúvidas e fragilidades, tentando colmatar com o apoio e ensino sobre as diferentes necessidades abordadas.

Referindo a teoria dos sistemas de Orem, o apoio e educação, está presente constantemente na equipa, realizando maioritariamente ensinamentos aos utentes em regime ambulatorio, uma vez que demonstram maior dificuldade na gestão da dieta, ingestão de líquidos e compreensão da própria doença renal. O controlo do regime farmacológico é também uma dificuldade encontrada, sendo uma área de ensino recorrentemente abordada.

Segundo a teoria de Patricia Benner, de iniciado a perito, considero-me perita, uma vez que a minha prática diária se encontra nesta área, mas considero que, apesar de todo o meu conhecimento, ainda necessito de aprender e assimilar novas técnicas e atualizações que ocorrem, tanto através de conhecimento teórico como prático. A possibilidade de acompanhar enfermeiros com competências na área de gestão e administração do serviço, permitiu adquirir novos conhecimentos e perspetivas da prática, podendo desenvolver e consolidar a minha prática diária.

3. REVISÃO “SCOPING”

3.1 Consulta de Enfermagem: Papel do Enfermeiro na Prevenção da Progressão da Doença Renal – revisão “scoping”

Andreia Oliveira Batista^{1*}

¹ Enfermeira no CHLN: Serviço Nefrologia - Unidade de Diálise, Hospital de Santa Maria;

*Mestrando do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

3.1.1 Sumário

Background: A doença renal crónica (DRC) tem uma evolução lenta e assintomática. O acompanhamento precoce e o ensino direcionado para a autogestão da doença, proporciona um atraso na progressão da doença, protelando a necessidade de início de um tratamento de substituição da função renal (TSFR). O desenvolvimento de programas de ensino, para a autogestão da doença, possibilita o empoderamento da pessoa/família, promovendo e apoiando na evolução da doença nos seus diferentes estádios. Torna-se necessário conhecer a eficácia destes programas e a forma como devem ser realizados.

CrITÉRIOS de Inclusão

Tipo de Participantes

Esta revisão “scoping” considerou todos os estudos relacionados com o ensino à pessoa com DRC, com idade igual ou superior a 18 anos, com DRC nos diferentes estádios, não tendo iniciado nenhum TSFR.

Conceito

Esta revisão “scoping” considerou todos os tipos de programas de ensino, relacionado com a educação para a saúde da pessoa/família com DRC e/ou educação da gestão do autocuidado da pessoa /família com DRC.

Contexto

Esta revisão “scoping” considerou os diferentes estádios da DRC, ainda sem necessidade de TSFR, sendo acompanhados em clínica, meio hospitalar ou em cuidados de saúde primários.

Tipos de Fontes

Esta revisão “scoping” considerou todos os tipos de estudos existentes, com o intuito de criar a maior abrangência possível.

Estratégia de Pesquisa

Para esta revisão foi realizada uma pesquisa inicial em literatura cinzenta e posteriormente nas bases de dados MEDLINE complete e CINAHL complete, com a utilização de termos indexados. Foi limitada a artigos em inglês, português e espanhol, no espaço temporal de 2010 e 2019.

Apresentação dos Resultados

Foram identificados 36 artigos nas bases MEDLINE complete e CINAHL complete, e 3 artigos em literatura cinzenta, ficando selecionados 7 artigos direcionadas para a temática escolhida. Foi identificada a importância do ensino à pessoa com DRC, demonstrando melhoria nos marcadores da função renal, qualidade de vida, autogestão e autocuidado da doença.

Conclusão

A identificação de melhoria na autogestão da doença renal e atraso na sua evolução, revela a importância do ensino precoce e direcionado aos diferentes estádios da DRC, possibilitando o protelar da necessidade de TSFR. O Enfermeiro tem um papel importante no ensino à pessoa com DRC, sendo necessário compreender e desenvolver intervenções de enfermagem direcionadas para o ensino à pessoa com DRC, nos seus diferentes estádios.

Implicações para a pesquisa

Com o aumento do número de pessoas com DRC, é necessário desenvolver o papel do Enfermeiro no ensino sobre a doença renal, possibilitando um papel mais ativo e direcionado da Enfermagem na DRC. Desenvolver programas de autogestão da doença, pode ser uma área a fortalecer, promovendo o atraso na necessidade de TSFR, reduzindo o número de pessoas com necessidade de técnicas dialíticas de forma repentina e não programa.

Palavras-Chave: Self Care; Self Management; Patient Education; Outcomes of Education; Kidney Failure, Chronic

3.1.2 Background

A Doença Renal Crónica (DRC) é caracterizada por ser uma doença de longa duração, com uma progressão lenta e assintomática, até alcançar a doença renal crónica terminal (DRCT). Devido à sua lenta evolução, torna-se uma sobrecarga para a pessoa, família e sociedade¹. Esta sobrecarga é particularmente alta na DRCT, devido à necessidade de iniciar um tratamento de substituição da função renal (TSFR), sendo estes tratamentos dispendiosos e prolongados no tempo.² A intervenção precoce, nos estádios iniciais da DRC, é essencial para deter a evolução da progressão da doença.³ A Global Burden of Disease (GBD), estima que, em 2015, cerca de 1.2 milhões de pessoas faleceram de falência renal, apresentando um aumento de 32% desde 2005⁴. Estima, também, que 5 a 10 milhões de pessoas venham a falecer anualmente de doença renal.⁴ A DRC está associada a uma sobrecarga económica e social. Geralmente ocupa cerca de 2% a 3% do orçamento referente à saúde, nos países com maior rendimento, referentes ao tratamento da DRCT e TSFR, mesmo que represente somente 0,03% da população total⁴. Em 2010, cerca de 2,62 milhões de pessoas, a nível mundial, receberam tratamento dialítico projetando-se que, em 2030, serão o dobro das pessoas⁴. A prevalência global de adultos com DRC encontra-se estimada entre 10 a 16%, maioritariamente devido ao aumento da prevalência da hipertensão e diabetes⁵. O maior número destes adultos encontra-se entre os estádios 3 a 5 da DRC, criando um significativo impacto na saúde física, no bem-estar psicológico e na vida social, contribuindo para uma qualidade de vida inferior. O empoderamento da pessoa, através do fornecimento de simples informações, melhora o conhecimento e a confiança da pessoa, permitindo uma melhor gestão da doença crónica, melhorando o bem-estar e a saúde física, sendo que, na DRC, diminui a progressão da doença⁵. Desta forma, oferecer educação para a saúde irá permitir uma melhor gestão da doença, levando à prevenção de complicações, atrasando a progressão da doença, melhorando, também, o conhecimento das diferentes TSFR existentes⁶. O tratamento da DRC, nos estádios 1 a 4, tem como principal objetivo desacelerar a progressão para a DRCT, adiando a necessidade de TSFR, através do controlo dos fatores de risco, como a hipertensão arterial (HTA), o controlo da glicémia, da obesidade, do tabagismo⁷ e reduzindo o número de hospitalizações⁸. No ensino para a saúde e acompanhamento na gestão da doença, o enfermeiro encontra-se numa posição ideal para promover o apoio necessário à pessoa e família, complementando o acompanhamento pelo nefrologista⁷. Este acompanhamento desenvolve e melhora o autocuidado e a autogestão, por parte da pessoa/família,

estando associado a uma adesão a estilos de vida saudáveis, melhoria do filtrado glomerular, um melhor controlo da tensão arterial, melhoria na adesão à terapêutica, a uma redução da proteinúria e a redução da necessidade de hospitalizações^{8,9}.

Desta forma, o intuito da realização desta revisão “scoping”, será compreender a importância e eficácia do acompanhamento da pessoa/família com DRC, nos estádios 1 a 5, na possibilidade de promover um adiamento da progressão da doença, atrasando a necessidade de TSFR, através da promoção do autocuidado e autogestão da doença.

Esta revisão “scoping” baseia-se na metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs, com a intenção de mapear e compreender as atividades já realizadas noutros países, com a possibilidade de desenvolver uma forma de adaptar, futuramente, para o nosso sistema de acompanhamento da pessoa com DRC.

Para a realização desta revisão “scoping”, realizou-se, inicialmente, uma pesquisa pela literatura cinzenta e, posteriormente, uma pesquisa nas bases de dados da MEDLINE e CINAHL, primeiramente com termos naturais e seguidamente com termos indexados.

3.1.3 Objetivos

Com o intuito de compreender o conhecimento existente, sobre a importância da educação na gestão do autocuidado à pessoa com DRC, antes da necessidade de TSFR, desenvolvi a seguinte questão: *Qual a importância do ensino, na gestão do autocuidado na pessoa/família com DRC, na evolução da doença?*

Desta forma, pretendo compreender as intervenções que são realizadas e a sua eficácia.

3.1.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

População

Para esta revisão “scoping” considere os estudos realizados com pessoas com DRC, nos estádios iniciais à DRCT, com idade superior a 18 anos. Uma vez que, o foco da revisão se direciona para as intervenções realizadas à pessoa com DRC, com intuito de compreender a forma de atrasar o início de TSFR. Todos os artigos unicamente com pessoas em TSFR, ou que realizaram um TSFR, foram excluídos, assim como os artigos direcionados somente para o controlo de comorbilidades, como a diabetes ou a HTA.

Conceito

Para esta revisão “scoping” foram considerados os artigos direcionados para a educação para a saúde da pessoa/família com DRC e/ou educação da gestão do autocuidado da pessoa /família com DRC.

Tem como principal intuito compreender as intervenções possíveis de realizar, a nível do papel do Enfermeiro, para o desenvolvimento da educação para a gestão do autocuidado, promovendo a autonomia e autogestão da doença pela pessoa/família com DRC.

Contexto

Para esta revisão “scoping” foram considerados os diferentes estádios da DRC, ainda sem necessidade de TSFR, sendo acompanhados em clínica, meio hospitalar ou em cuidados de saúde primários.

Tipos de Fonte

Para a realização desta revisão “scoping” foram incluídos estudos encontrados em literatura cinzenta, estudos primários publicados e não publicados, qualitativos, quantitativos, revisões integrativas e sistemáticas da literatura, teses e documentos organizacionais.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi direcionada para todos os tipos de estudos existentes, com o intuito de criar a maior abrangência possível, identificando a melhor evidência presente e disponível.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa em literatura cinzenta, com pesquisas em motores de busca informáticos universais, direcionados para a autogestão da doença renal, identificando possíveis palavra-chave para uma pesquisa mais direcionada em bases de dados.

Posteriormente foram realizadas pesquisas em bases de dados, inicialmente com termos naturais e, posteriormente, com termos indexados.

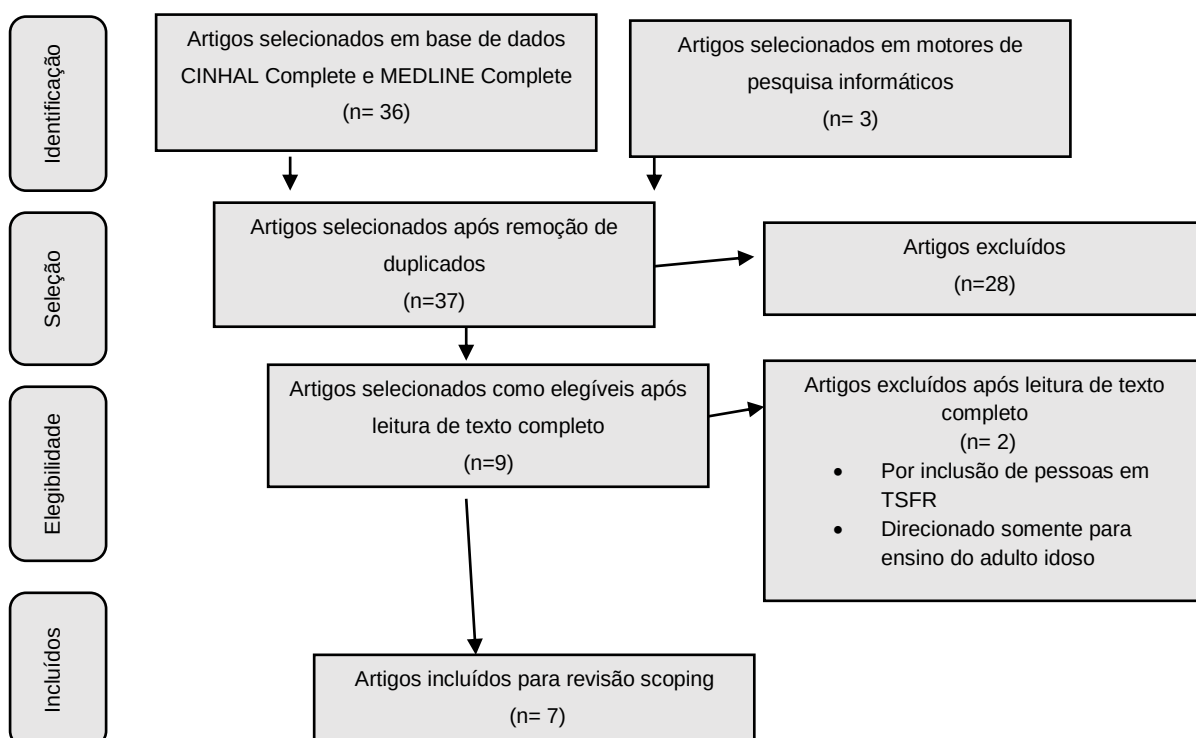
As bases de dados utilizadas foram CINAHL Complete e MEDLINE Complete, com um horizonte temporal de 2010 a 2019; artigos com texto integral; em inglês, espanhol ou português; pessoas adultas, com idade superior ou igual a 18 anos.

Foram utilizadas os seguintes termos indexados e estratégia: [("Self Care" OR "SelfManagement") OR ("Education" OR "Patient Education" OR "Outcomes of Education")] AND "Kidney Failure,Chronic".

Após a pesquisa, todos os artigos obtidos foram avaliados pelo título e leitura do resumo, sendo incluídos se cumpriam os critérios de inclusão e correspondiam à necessidade de pesquisa procurada.

3.1.5 Resultados

Após a pesquisa na base de dados CINAHL Complete, foram obtidos 179 artigos, e na base de dados MEDLINE Complete, foram obtidos 83 artigos. Após leitura de título e resumo, por não inclusão dos critérios e não correspondência com o procurado, foram obtidos 4 artigos da base de dados MEDLINE Complete e 2 artigos da base de dados CINAHL Complete. Após leitura total dos artigos, um artigo da base MEDLINE foi removido, por incluir pessoas em TSFR, neste caso em hemodiálise, e um artigo da base CINAHL Complete foi removido por se encontrar direcionado para o ensino do adulto idoso. Por correspondência com o procurado, foram incluídos 3 artigos com origem em pesquisa em literatura cinzenta, obtidos em motores de busca informáticos. Dos artigos escolhidos um foi conduzido na Nova Zelândia, um na Coreia, dois na Austrália, dois nos Estados Unidos da América e um no Canadá. Os artigos incluídos apresentam um espaço temporal de 2008 a 2017, onde demonstram a importância do ensino e autogestão da pessoa com DRC, na sua evolução e na sua escolha do TSFR.



3.1.6 Discussão

O propósito desta revisão “scoping” direcionou-se para a compreensão da importância da educação e ensino da pessoa com DRC, na autogestão e autocuidado da doença, ao longo da sua evolução.

Para responder a esta questão, foram incluídos 5 artigos originários das bases de dados da MEDLINE Complete e CINHALL Complete. Através da leitura de artigos, obtidos por pesquisa em literatura cinzenta, por se mostrarem serem importantes, apesar de se encontrarem fora do espaço temporal inicialmente proposto, foram incluídos 3 artigos direcionados para esta temática.

A DRC tem uma evolução lenta ao longo dos diferentes estádios, com um início assintomático, sendo inicialmente identificada através de exames laboratoriais de rotina. Sendo a doença assintomática dificulta a perceção da cronicidade da mesma, assim como a necessidade da sua gestão¹⁰. A perceção da doença a longo termo demonstra ser importante para a adesão na gestão da doença, motivando ao envolvimento ativo no autocuidado e gestão da doença.¹⁰ O reconhecimento da doença favorece a necessidade de um conhecimento da doença e sua evolução, por parte da pessoa/família, levando a uma melhor adesão aos cuidados necessários para reduzir a evolução da mesma, promovendo o autocuidado e autogestão da doença¹⁰. Para um início de acompanhamento e ensino atempado, torna-se importante a referenciação precoce, por parte dos profissionais de saúde de cuidados primários, para o médico nefrologista e equipa de profissionais de saúde especializados na área^{11,12}. O início atempado possibilita o empoderamento da pessoa com DRC, facilitando a escolha de TSFR que melhor se adapta a si¹². Para além do diagnóstico precoce, as pessoas em estádios iniciais referem a necessidade de educação específica sobre a doença, com o apoio e colaboração da equipa de saúde, de forma a realizar uma autogestão da doença bem-sucedida, principalmente devido à sua natureza assintomática¹⁰. As pessoas, nos estádios iniciais da doença, após a compreensão da doença, encontram-se mais recetivos ao ensino, e referem a necessidade de informação direcionada para o ensino de comportamentos de autogestão da doença, levando a um adiamento na evolução da mesma^{10,13}.

As preferências para o tipo de ensino realizado variam consoante as necessidades das pessoas envolvidas. O grupo de população com atividade laboral prefere o ensino em horário pós-laboral, podendo mesmo ocorrer durante o fim de semana, enquanto que as pessoas, que não laboram, dão preferência a um horário entre as 9h e as 17h, de segunda a sexta¹³. É também reportado diferentes tipos de ensino, seja a nível

individual, em grupo ou um mix de ambos¹³. Há também referência sobre a possibilidade de acompanhamento de um familiar ou amigo para as sessões de ensino¹³. Para além do ensino cara-a-cara, é referido a possibilidade da utilização de modos informatizados, como as aplicações para smartphones, webinars, material e tutoriais online, assim como a possibilidade de realizar acompanhamento via telefone¹³. A presença de uma equipa multidisciplinar no ensino favorece a adesão, facilitando a compreensão dos diversos temas a serem abordados ^{10,12,13}.

O Enfermeiro tem um papel direcionado para o cuidado à pessoa/família, tendo a capacidade para uma avaliação holística e centrada na pessoa, assim como no ensino e apoio direcionado, com aptidão para reconhecer as necessidades, deficits de conhecimento, capacidades, personalidade e estilo de vida, conseguindo fornecer a informação necessária e adaptada a cada pessoa/família^{10,11,12}. Demonstra ser um membro importante na equipa multidisciplinar de saúde, apesar de por vezes o seu papel não ser compreendido por algumas pessoas¹³, promovendo a educação e empoderamento, capacitando-as para escolhas esclarecidas e adequadas para o seu estilo de vida¹².

A utilização de programas de ensino para autogestão da doença, referenciados pelos artigos selecionados, referem a necessidade do ensino direcionado para a compreensão da função renal, a evolução da doença renal, o conhecimento dos sintomas associados à evolução da doença renal, o ensino da gestão da doença, como o controlo da TA, diabetes, medicação prescrita, controlo da alimentação, e conhecimento dos diferentes TSFR^{14,15,16}. É também referida a importância do desenvolvimento de capacidades para a autogestão, na resolução de problemas, no desenvolvimento de planos de atuação com estabelecimento de objetivos, utilizando uma cooperação entre a pessoa/família com os profissionais de saúde e a utilização correta dos recursos disponíveis, promovendo uma melhor adesão à autogestão da doença e melhoria na confiança em relação à doença¹⁴.

A utilização de programas de ensino para a autogestão demonstrou melhorias no autocuidado ao longo do tempo, melhoria no conhecimento da doença, na adesão à medicação e alteração do estilo de vida, com alterações dos hábitos de vida diários relativos à saúde^{11,14,15}.

É, também, referida melhoria no controlo da TA e diabetes, assim como uma ligeira melhoria nos marcadores renais, neste caso, foram referenciados a ureia nitrogenada no sangue, creatinina, sódio, potássio, cálcio, fosfato, proteinúria, assim

como na hemoglobina, na taxa de filtração glomerular e no risco absoluto para doença cardiovascular em 5 anos^{11,15}.

Com a adesão à autogestão da doença é referenciado uma melhoria da qualidade de vida, na preocupação com realização de exercício, com a condição de saúde, uma redução nas hospitalizações e melhorar utilização dos recursos disponíveis, neste caso os profissionais de saúde^{11,14,16}.

3.1.7 Conclusão

A realização desta revisão “scoping” esteve direcionada para programas de ensino à pessoa com DRC, nos estádios prévios à necessidade de realizar TSFR, compreendendo a sua eficácia no atraso da evolução da doença, promovendo a autogestão da mesma.

Através desta revisão “scoping”, podemos perceber a reduzida existência de evidência direcionada para o ensino à pessoa com o DRC.

Observando os diferentes artigos selecionados, podemos compreender alguma existência de melhoria na gestão da doença e na sua evolução, possibilitando um atraso na necessidade de iniciar TSFR.

Será necessário compreender qual a melhor forma de realizar e administrar este ensino, por forma a uniformizar possibilidades de ensino, assim como as intervenções direcionadas para as necessidades das pessoas nos diferentes estádios da doença.

Os benefícios do ensino para a gestão da doença são possíveis de ser observados, com melhorias em diferentes fatores, podendo atrasar o início da TSFR, com a possibilidade de uma redução a nível de gastos monetários com os TSFR. Este fator seria uma possibilidade a ser avaliada, justificando uma maior importância para o ensino.

Nos artigos selecionados, é referenciado as melhorias na autogestão da doença e no autocuidado, áreas que implicam o ensino à pessoa/família com DRC, sendo uma aérea direcionada para o papel do Enfermeiro. É referida a importância de desenvolver um cuidado compreensivo, colaborativo e multidisciplinar, sendo essencial desenvolver o papel do Enfermeiro. É assim necessário desenvolver o papel do Enfermeiro na DRC em estádios iniciais, avaliando a eficácia desse papel na autogestão da doença, nos resultados de saúde obtidos e na progressão da própria doença^{10,14}.

Após a avaliação dos artigos, visto o reduzido número, será importante o relato da evidência dos programas de ensino a serem utilizados, promovendo uma prática baseada na melhor evidência, nos futuros programas a serem iniciados.

3.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO “SCOPING”

1. McManus, M. S., & Wynter-Minott, S. (2017). Guidelines for Chronic Kidney Disease: Defining, Staging, and Managing in Primary Care. *Journal for Nurse Practitioners*, 13(6), 400–410.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.04.017>
2. Havas, K., Douglas, C., & Bonner, A. (2018). Meeting patients where they are: improving outcomes in early chronic kidney disease with tailored self-management support (the CKD-SMS study). *BMC Nephrology*, 19(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/s12882-018-1075-2>
3. Bodin, S. M. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing* (3^a ed.). New Jersey: American Nephrology Nurses Association
4. Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(6), 414–422C.
<https://doi.org/10.2471/BLT.17.206441>
5. Nguyen, N. T., Douglas, C., Bonner, A. (2018). Effectiveness of self-management programme in people with chronic kidney disease: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 652–664.
<https://doi.org/10.1111/jan.13924>
6. Enworom, C. D., & Tabi, M. (2015). Evaluation of Kidney Disease Education on Clinical Outcomes and Knowledge of Self-Management Behaviors of Patients with Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 42(4), 363–372.
7. Zala, P., Rütli, G., Arampatzis, S., & Spichiger, E. (2017). Experiences of Patients with Chronic Kidney Disease and Their Family Members in an Advanced Practice Nurse-Led Counseling Service. *Nephrology Nursing Journal*, 44(6), 521–543.
8. Walker, R., Marshall, M. R., Polaschek, N. (2013). Improving self-management in chronic kidney disease: A pilot study. *Renal Society of Australasia Journal*, 9(3), 116–125.
9. Welch, J. L., Bartlett Ellis, R. J., Perkins, S. M., Johnson, C. S., Zimmerman, L. M., Russell, C. L., Richards, C., Guise, D. M., Decker, B. S. (2016). Knowledge and Awareness Among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 43(6), 513–519

10. Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 35(2), 147–155.
11. Walker, R. C., Marshall, M. R., & Polaschek, N. R. (2014). A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report. *BMC Family Practice*, 15, 155. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-155>
12. Key, S. M. (2008). Optimizing dialysis modality choices around the world: a review of literature concerning the role of enhanced early pre-ESRD education in choice of renal replacement therapy modality. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 35(4), 387–394.
13. Havas, K., Douglas, C., & Bonner, A. (2017). Person-centred care in chronic kidney disease: a cross-sectional study of patients' desires for self-management support. *BMC Nephrology*, 18(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0416-2>
14. Johnson, M. L., Zimmerman, L., Welch, J. L., Hertzog, M., Pozehl, B., & Plumb, T. (2016). Patient activation with knowledge, self-management and confidence in chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, 42(1), 15–22. <https://doi.org/10.1111/jorc.12142>
15. Choi, E., Lee, A. (2012). Effects of a Face-to-face Self-management Program on Knowledge, Self-care Practice and Kidney Function in Patients with Chronic Kidney Disease before the Renal Replacement Therapy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1070–1079. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.1070>
16. Bonner, A., Havas, K., Douglas, C., Thepha, T., Bennett, P., & Clark, R. (2014). Self-management programmes in stages 1-4 chronic kidney disease: a literature review. *Journal of Renal Care*, 40(3), 194–204. <https://doi.org/10.1111/jorc.12058>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório de estágio descreveu as atividades, e aprendizagem desenvolvida, para atingir as competências requeridas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a atribuição de grau de Mestre na mesma área.

A possibilidade de realizar esta nova aprendizagem, permitiu desenvolver as minhas competências e conhecimentos, com a possibilidade de observar formas diferentes de contato com os utentes, assim como técnicas e acompanhamentos que não tinha conhecimento, ou com as quais tenho menor contato.

A possibilidade de conhecer uma cultura hospitalar diferente, permitiu compreender a minha própria cultura hospitalar, podendo avaliar a minha atuação diária, permitindo realizar uma reflexão crítica do meu método de trabalho, conseguindo melhorar, e adquirir novas competências, na forma de interação com as pessoas com quem contato diariamente, seja a pessoa/família a quem presto cuidados ou à relação com a equipa multidisciplinar em qual me insiro. Desta forma considero que desenvolvi uma forma de estar melhorada e crítica, aperfeiçoando as minhas capacidades técnicas e interrelacionais, tentando não me acomodar à rotina diária.

O desenvolvimento das minhas capacidades de pesquisa permitiu fortalecer a minha vontade pela busca de nova informação e da melhor evidência, conseguindo avaliar de forma crítica a informação disponibilizada, podendo integrar os novos conhecimentos na minha prática diária, permitindo uma melhoria nos cuidados prestados e responder a uma necessidade constante de busca pela melhor evidência existente.

Esta necessidade, futuramente, irá possibilitar a realização de novas investigações e pesquisas de diferentes temáticas na área, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas áreas possíveis a desenvolver no meu local de trabalho, melhorando os cuidados prestados e outcomes da pessoa a quem são prestados estes cuidados.

A escolha da temática abordada, na pesquisa realizada, foi ao encontro da minha motivação e curiosidade sobre o ensino ao utente em fase pré dialítica, com a possibilidade de poder adiar, de forma controlada e acompanhada, a necessidade de iniciar TSFR.

O estudo desta temática permitiu a possibilidade de, futuramente, desenvolver uma consulta de enfermagem direcionada para pessoas nos estádios iniciais da

doença, promovendo a autogestão, o autocuidado e o empoderamento da pessoa com DRC, possibilitando uma melhor aceitação da doença e do desenvolver da mesma, direcionando a pessoa para uma escolha esclarecida da TSFR que poderá iniciar.

Com esta experiência pude desenvolver capacidades a nível da gestão, compreendendo o papel do enfermeiro na gestão das diferentes áreas da nefrologia, neste caso no serviço de internamento, na diálise peritoneal e na hemodiálise. Compreendi que a gestão vai para além da organização de recursos materiais e humanos, existe a necessidade de conhecer, de forma aprofundada, as atividades desenvolvidas nos diferentes sectores, compreendendo as necessidades de materiais adequados, os utentes que recebem os cuidados em cada sector e suas características, assim como ter um conhecimento aprofundado da equipa de enfermagem, compreendendo as suas capacidades e dificuldades. A possibilidade de desenvolver as competências da equipa, através da realização de formação ou através do acompanhamento de enfermeiros com menor experiência por enfermeiros peritos nas diferentes áreas, possibilita o desenvolvimento de conhecimentos técnicos e teóricos de toda a equipa, melhorando a prestação dos cuidados de enfermagem por parte de toda a equipa.

A Teoria de Orem demonstrou ser a que melhor se adapta ao acompanhamento da pessoa com DRC nos diferentes estádios, promovendo o autocuidado da pessoa e família, havendo a possibilidade de substituir, quando necessário, mas mais importante, ensinar para promover o autocuidado e autogestão da doença, de forma eficaz e direcionada para as necessidades existentes. Esta importância foi observada em todos os locais de estágio, nos diferentes estádios da doença, onde o acompanhamento por parte dos enfermeiros vai ao encontro da Teoria de Orem, nas suas diferentes necessidades.

Pude constatar que, o défice de autocuidado, é avaliado frequentemente pelos enfermeiros, sendo o sistema mais comumente utilizado o apoio e educação da pessoa com DRC. As pessoas com DRC, nas diferentes técnicas dialíticas, têm a capacidade de apreender os cuidados inerentes aos diferentes TSFR.

O ensino promove a autonomia e o empoderamento da pessoa, passando a ser um elemento ativo na sua saúde, possibilitando uma melhor adesão ao tratamento e ajudando no desenvolvimento da relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa/família, dando espaço para a verbalização de dúvidas e preocupações que possam ocorrer. Esta possibilidade melhora o conhecimento da doença, sendo capaz

de recorrer ao enfermeiro sempre que necessitar, resolvendo precocemente dificuldades, desconfortos ou handicaps que possam ocorrer.

No final deste trabalho, segundo a teoria de Benner, considero-me perita na área de hemodiálise e diálise peritoneal, com necessidade constante de adquirir novos conhecimentos, de desenvolver e melhorar a minha prática diária. Na área de serviço de internamento considero-me no nível de competente, com necessidade de desenvolver os meus conhecimentos, o meu desembaraço e a minha flexibilidade nesta área.

Com o culminar deste relatório, considero ter atingindo os objetivos estabelecidos, indo ao encontro das competências para Enfermeiro Especialista, e correspondendo à minha necessidade de compreender o que é, atualmente, realizado sobre a temática escolhida para a revisão “scoping”, em todo o mundo, assim como as mais valias que poderão ocorrer com a possibilidade de desenvolver uma consulta de enfermagem nesta área.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Nephrology Nurses Association. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing* (3 ed.). (S. M. Bodin, Ed.) New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Bastos, Marcus Gomes, & Kirsztajn, Gianna Mastroianni. (2011). Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*, 33(1), 93-108. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>
- Benner, P., Queirós, A., Lourenço, B., & Dias, A. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bodin, S. M. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing* (3ª ed.). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Chamney, M. (2007). *Competency Framework*. Suécia: European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care.
- Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 35(2), 147–155. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18472683&ang=pt-pt&site=ehost-live>
- Crabtree, J. H., Shrestha, B. M., Chow, K.-M., Figueiredo, A. E., Povlsen, J. V., Wilkie, M., . . . Dor, F. J. (26 de Abril de 2019). ISPD Guidelines/Recommendations: Creating and maintainig optimal peritoneal dialysis access in the adult patient: 2019 update. (I. S. Dialysis, Ed.) *Peritoneal Dialysis International in Press*, 1-23. doi:<https://doi.org/10.3747/pdi.2018.00232>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde N.º 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012)*, 1–35
- Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., . . . Brunier, G. (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 36, 592-605. doi:<https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>
- Green, J. A., Ephraim, P. L., Hill-Briggs, F. F., Browne, T., Strigo, T. S., Hauer, C. L., ... Boulware, L. E. (2018). Putting patients at the center of kidney care

transitions: PREPARE NOW, a cluster randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 73, 98–110. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.09.004>

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. (12 de Maio de 2016). <http://hff.min-saude.pt/hospital/institucional/>. Obtido em 11 de Outubro de 2019, de <http://hff.min-saude.pt/>: <http://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/Regulamento-Interno-12.05.2016-1-1.pdf>

Inker, L. A., Astor, B. C., Fox, C. H., Isakova, T., Lash, J. P., Peralta, C. A., ... Feldman, H. I. (2014). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *American Journal Of Kidney Diseases: The Official Journal Of The National Kidney Foundation*, 63(5), 713–735. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.01.416>

Júnior, R. (2004). Doença Renal Crónica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, XXVI, pp. 1-3. Obtido em março de 2019, de <http://www.bjn.org.br/artigo/detalhes/1183>

Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., ... Perkovic, V. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet (London, England)*, 385(9981), 1975–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)

McCormack, B., & McCance, T. (14 de Abril de 2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Nursing Theory and Concept Development or Analysis*, pp. 472-477.

McManus, M. S., & Wynter-Minott, S. (2017). Guidelines for Chronic Kidney Disease: Defining, Staging, and Managing in Primary Care. *Journal for Nurse Practitioners*, 13(6), 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.04.017>

Médicos, C. d. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica*. Lisboa: Ordem dos Médicos. Obtido em 10 de novembro de 2019, de http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf

Melo, J. M., Dias, A. S., Vilares, F. L., Matos, J. F., Sousa, M. F., & Pinheiro, R. M. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 30 de outubro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

- Neyhart, C. D., McCoy, L., Rodegast, B., Gilet, C. A., Roberts, C., & Downes, K. (2010). A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: the UNC Kidney Center Nephrology Nursing Initiative. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 37(2), 121–130. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=20462072&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J. D., Sá, H. O., . . . Matias, A. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Nefrologia*. Lisboa: República Portuguesa - Saúde. Obtido em 15 de Janeiro de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3ª Edição). Maryland: McGraw-Hill Book Company.
- Otero, E., Monros, A. & Paz, M. (2008). Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrologia*, 53-56. Retrieved from <http://www.revistanefrologia.com/es-enfermera-en-la-consulta-de-enfermedad-renal-cronica-avanzada-erca--articulo-x0211699508032297>
- Peters, Micah, Godfrey, Christina, McInerney, Patricia, Soares, Cassia, Khalil, Hanan and Parker, Deborah (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI "scoping" Reviews*. Adelaide, SA Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Rainey, H. (2019). Preventing complications and managing symptoms of CKD. *Practice Nursing*, 30(6), 276–281. <https://doi.org/10.12968/pnur.2019.30.6.276>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (n.º 26, de 2019-02-06), 4744-4750.
- Saraiva, M., Richards, M., & Fortnum, D. (2018). *The profile of Nephrology Nursing - The Fundamental Roles of Nephrology*. Suécia: European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care.
- Tabinor, M. (2015). Multi-morbidity and Chronic Kidney Disease: a Toxic Combination. In N. Thomas (Ed.), *Care of Patients with Kidney Disease who Have Other Long Term Conditions A Guide to Clinical Practice* (pp. 31-51). Madrid: European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).

Taylor, S. (2002). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Alligood, M., Tomey, A. (2004). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (p. 211-225). Loures: Lusociência.

Thomas, N. (2002). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

[illegible]

**APÊNDICE II – FOLHETO “CUIDADOS NA ELABORAÇÃO DE
PENSO DE CATETER DE HEMODIÁLISE”**



Utilização de EPI's na prevenção da infecção

Importante!

- Avaliar o local de inserção e túnel (cateteres de longa duração) e registar as suas características;
- Realizar ensino, direcionados aos cuidados com o penso de cateter, ao doente e família;
- Prevenir a infeção, segundo as recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

Especialidades Médicas

Documentos orientadores:

- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-bona-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>

Elaborado por:

Andreia Oliveira Batista

Aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem
– Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Ramo de Enfermagem Nefrológica

**CATETER DE
HEMODIÁLISE –
CUIDADOS NA
ELABORAÇÃO DE
PENSO**



CATETER DE HEMODIÁLISE

Cuidados na elaboração de penso

Quando realizar o penso de cateter?

O penso do local de inserção deve ser trocado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário a observação do local de inserção;

Cuidados na realização do penso de cateter

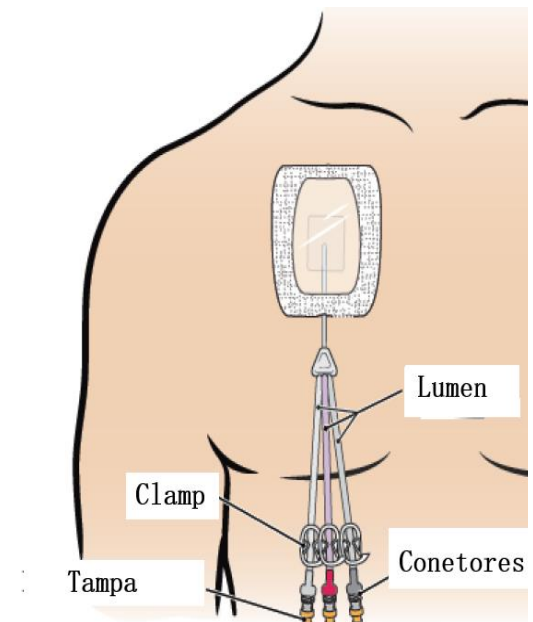
- A utilização de equipamento de proteção individual reduz a possibilidade de infeção cruzada;
- Deve-se utilizar técnica correta de higienização das mãos, através da lavagem ou desinfecção com solução de base alcoólica, antes e após a palpação do local de inserção, assim como antes e após a realização de penso de proteção;
- A utilização de luvas limpas para a remoção do penso de base, não substitui a necessidade de higienizar as mãos;

- Deve-se manter a técnica asséptica durante os cuidados ao cateter;

Realização do penso de cateter

- Colocar EPI's e máscara cirúrgica (enfermeiro e doente);
- Preparar material necessário (luvas esterilizadas, compressas, penso base e bolsa protetora, desinfetante adequado, campo esterilizado);
- Preparar todo o material sobre o campo esterilizado;
- Higienizar as mãos, colocar luvas limpas e remover penso de cateter;
- Observar o local de inserção e túnel (quando cateter de longa duração);
- Descartar as luvas limpas e higienizar as mãos;
- Aplicar desinfetante adequado no local de inserção e cateter;
- Colocar luvas esterilizadas e realizar limpeza de local de inserção e cateter;

- Deixar secar o desinfetante utilizado;
- Aplicar penso esterilizado com compressa ou penso transparente no local de inserção;
- Proteger os lumens com bolsa protetora;
- Descartar material utilizado;
- Remover luvas e EPI'S;
- Higienizar as mãos.



**APÊNDICE III – REFLEXÃO CRÍTICA – ENSINO EM DIÁLISE
PERITONEAL**

Reflexão Crítica – Ensino em Diálise Peritoneal

O ensino ao doente sempre demonstrou ser um desafio.

Existem diversas teorias que abordam as diferentes formas de ensino possíveis, neste caso, dirigidas ao adulto, devendo ser aplicadas no programa de ensino (Figueiredo, et al., 2016, p. 593).

O adulto, ao contrário da criança, tem métodos de aprendizagem diferentes, tendo como principal base a sua própria vontade de aprender e conhecer novos saberes, tendo em conta o seu background e conhecimentos existentes.

Segundo Figueiredo, et al, (2016, p. 593), existem seis princípios referentes ao ensino do adulto: o adulto está internamente motivado e dirigido; o adulto traz o seu conhecimento e experiência de vida para o ensino; o adulto está orientado para o objetivo; o adulto está orientado para a pertinência; o adulto é prático; e o adulto gosta de ser respeitado.

Várias teorias descrevem o ensino de adultos e as diversas formas de ensino, através da escrita, visualização, audição e através da prática (Figueiredo, et al., 2016, p. 594) (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 262)

Durante este período de estágio, pude observar que o ensino é uma área de extrema importância da enfermagem.

Pertence ao enfermeiro o papel de educador, com a necessidade de realizar ensino ao doente, família e pares. O papel do enfermeiro, na educação do doente, é vital para o sucesso do programa de diálise peritoneal (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 232).

Para um melhor desenvolvimento deste papel, deverá existir uma avaliação prévia da situação presente, um planeamento da ação, desenvolvimento das intervenções a realizar e uma avaliação da evolução do ensino realizado. O enfermeiro da diálise peritoneal irá demonstrar e supervisionar todo o procedimento, fornecendo feedback imediato durante o ensino, realizando uma avaliação dos resultados da aprendizagem e ajustando o programa de ensino elaborado. A compreensão do estilo de aprendizagem do doente, por parte do enfermeiro, permite a uma melhor adaptação na forma de realizar o ensino (Figueiredo, et al., 2016, p. 594).

Durante este período de estágio, tive a possibilidade de observar diversos momentos de ensino, sobre diversas temáticas relacionadas com a diálise peritoneal.

Tendo já contacto com outras unidades de diálise peritoneal, observei diversas formas de ensino para a realização do mesmo procedimento.

Nestas unidades de diálise peritoneal, pude observar o ensino ao doente em início de diálise peritoneal manual (diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA)). Esta inicia-se cerca de duas semanas após a implantação cirúrgica do cateter de diálise peritoneal, apresentando uma boa cicatrização e havendo a necessidade de iniciar tratamento dialítico no domicílio.

O programa/protocolo de ensino, destas unidades, estipula um período entre três a cinco dias, preferencialmente seguidos, com vários momentos de ensino por dia. Durante estes dias, para além da técnica da DPCA, são introduzidos conceitos necessários para a compreensão da técnica e as complicações possíveis e forma de resolução/atuação.

Segundo Figueiredo, as sessões de treino deveram ser realizadas em dias consecutivos, facilitando a imersão no decurso da aprendizagem, com interrupções de aprendizagem não superiores a dois dias, com sessões de ensino diárias de uma a duas horas de duração. Refere, também, que a média de dias de ensino deverá ser cinco dias por semana (Figueiredo, et al., 2016, p. 595).

Os objetivos mínimos a atingir deveram ser: o doente/cuidador consegue realizar o procedimento de diálise peritoneal de forma segura, utilizando técnica asséptica para a conexão; o doente/cuidador reconhece a contaminação e verbaliza a forma de atuação correta; o doente/cuidador identifica alterações do balanço de fluidos e a sua relação com hipertensão/hipotensão; o doente/cuidador consegue detetar, reportar e gerir potenciais complicações, utilizando os recursos disponíveis; e compreende quando e como comunicar com a unidade de diálise peritoneal (Figueiredo, et al., 2016, p. 594)

Seguidamente, irei apresentar uma tabela com os passos da técnica de DPCA, ensinados em duas unidades distintas.

Técnica de DPCA	
Unidade A	Unidade B
Reunir material necessário: máscara; 2 pinças/clampes; desinfetante alcoólico das mãos; tampa de cateter; saco de tratamento; pano de proteção de cateter; Colocar a máscara;	Reunir o material necessário: máscara; 2 pinças/clampes; desinfetante alcoólico das mãos; tampa de cateter; saco de tratamento; Colocar a máscara; Abrir o invólucro do saco de

Abrir o invólucro do saco de tratamento; Lavar as mãos com técnica de lavagem das mãos; Pendurar o saco de tratamento; Desenrolar as linhas e saco de drenagem; Colocar uma pinça na linha de infusão e uma pinça na linha de drenagem; Quebrar o selo do saco de tratamento, permitindo a mistura do líquido de tratamento; Colocar o campo de proteção de cateter; Desinfetar as mãos com técnica de desinfecção das mãos; Realizar a conexão das linhas do saco de tratamento ao cateter de diálise peritoneal, removendo primeiro a tampa das linhas e posteriormente a tampa do cateter; Remover a pinça da linha de drenagem; Abrir o cateter permitindo a drenagem do conteúdo do peritoneu; No final da drenagem, fechar o cateter e colocar a pinça, da linha de infusão, na linha de drenagem; Quebrar o selo da linha de infusão; Abrir a pinça da linha de drenagem durante 5 segundos, permitindo a saída de ar presente na linha de infusão para o saco de drenagem e voltar a colocar a pinça;	tratamento; Pendurar o saco de tratamento e quebrar o selo do saco, permitindo a mistura do líquido de tratamento; Lavar as mãos com técnica de lavagem das mãos; Desenrolar as linhas e saco de drenagem; Desinfetar as mãos com técnica de desinfecção das mãos; Colocar a ponta do cateter e das linhas na mão não dominante, deixando espaço entre ambas; Remover a tampa das linhas e posteriormente a tampa do cateter; Realizar a conexão das linhas do saco de tratamento ao cateter de diálise peritoneal; Manter a conexão afastada da roupa ou objetos; Abrir o cateter permitindo a drenagem do conteúdo do peritoneu; Fechar o cateter; Colocar uma pinça na linha de drenagem; Quebrar o selo da linha de infusão; Abrir a pinça da linha de drenagem durante 3 segundos, permitindo a saída de ar presente na linha de infusão para o saco de drenagem e voltar a pinça; Abrir o cateter de diálise, permitindo a entrada de líquido de tratamento para o peritoneu; Fechar o cateter de diálise; Colocar a outra pinça na linha de
---	---

Abrir o cateter de diálise, permitindo a entrada de líquido de tratamento para o peritoneu; Fechar o cateter de diálise; Colocar a outra pinça na linha de infusão; Abrir a nova tampa de cateter; Desinfetar as mãos com técnica de desinfecção das mãos; Desconectar as linhas do cateter de diálise; Colocar nova tampa no cateter; Descartar o material utilizado;	infusão; Abrir a nova tampa de cateter; Desinfetar as mãos com técnica de desinfecção das mãos; Desconectar as linhas do cateter de diálise; Colocar a nova tampa no cateter; Descartar o material utilizado;
--	---

Perante esta descrição, do procedimento, pude observar que existem algumas diferenças na realização da mesma técnica.

Estas diferenças são pontuais, não alterando a técnica no seu todo.

Apesar das diferenças, estas contemplam os pontos essenciais da técnica, ou seja, o material necessário para a realização da mesma, assim como a necessidade de ser realizada em um local específico com limpeza e fechado, não permitindo a possibilidade de contaminação por deslocamento de fragmentos ou poeiras que possam infectar o cateter, a necessidade de utilização de máscara, os momentos corretos da lavagem e desinfecção das mãos e os pontos relacionados com a correta realização da técnica, como por exemplo a remoção do ar das linhas (American Nephrology Nurses Association, 2017, pp. 230-231)

O papel do enfermeiro, na educação do doente, é valioso para o sucesso do programa. A aplicação dos princípios do ensino do adulto no ensino do doente, família e cuidadores no domicílio é reconhecido como primordial no desenvolvimento dos melhores resultados para a diálise peritoneal (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 232).

Apesar das diferenças nas unidades, o papel do enfermeiro na unidade é equivalente em ambas. Nas duas unidades o envolvimento do enfermeiro no ensino é essencial, sendo demonstrado pelas suas capacidades adaptativas em relação às capacidades/dificuldades de cada doente, promovendo diversas técnicas, baseadas no ensino ao adulto, para atingir o objetivo de ensinar e educar o doente para se tornar autónomo na técnica, podendo realiza-la no domicílio com segurança, diminuindo os

possíveis riscos de infecção.

O enfermeiro nesta área tem a necessidade de se manter em constante aprendizagem, possibilitando uma melhoria nos cuidados prestados, promovendo o melhor ensino ao doente e melhoria da técnica. (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 262).

O contacto com o doente/família/cuidador é mantido durante todo o momento da técnica, seja no ensino, realizado em ambiente hospitalar, seja no domicílio, ajudando o doente na sua adaptação diária à técnica, podendo manter uma qualidade de vida próxima do que tinha antes da sua necessidade de realizar um tratamento de substituição da função renal.

Este contacto é realizado em ambiente hospitalar, quando o doente se dirige à unidade, no domicílio, quando o enfermeiro se desloca até ao doente, ou mesmo através de contacto telefónico. (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 232). Este contacto constante promove uma proximidade que facilita a confiança com o doente, promovendo a autonomia do mesmo, e a possibilidade de desenvolver uma relação terapêutica que perdura mesmo quando o doente tem necessidade de abandonar a técnica. (American Nephrology Nurses Association, 2017, p. 262)

Apesar de todas as diferenças que possam existir, o cuidado com as precauções básicas é mantido nas unidades, assim como o papel do enfermeiro, que demonstra ser de elevada importância na equipa da unidade da diálise peritoneal.

A compreensão da importância do papel do enfermeiro na diálise peritoneal, permitiu identificar este papel para além do enfermeiro prestador de uma técnica ou procedimento, mas como uma peça de extrema importância para o bom desenvolvimento e adaptação do doente a uma nova fase da sua vida.

Referências

- American Nephrology Nurses Association. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing* (3 ed.). (S. M. Bodin, Ed.) New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Bodin, S. M. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing* (3ª ed.). New Jersey: American Nephrology Nurses Association.
- Chamney, M. (2007). *Competency Framework*. Suécia: European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care.
- Crabtree, J. H., Shrestha, B. M., Chow, K.-M., Figueiredo, A. E., Povlsen, J. V., Wilkie, M., . . . Dor, F. J. (26 de Abril de 2019). ISPD Guidelines/Recommendations: Creating and maintainig optimal peritoneal dialysis access in the adult patient:

- 2019 update. (I. S. Dialysis, Ed.) *Peritoneal Dialysis International in Press*, 1-23. doi:<https://doi.org/10.3747/pdi.2018.00232>
- Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., . . . Brunier, G. (2016). A Syllabus for Teaching Peritoneal Dialysis to Patients and Caregivers. *Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 36, 592-605. doi:<https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. (12 de Maio de 2016). <http://hff.min-saude.pt/hospital/institucional/>. Obtido em 11 de Outubro de 2019, de <http://hff.min-saude.pt/>: <http://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/Regulamento-Interno-12.05.2016-1-1.pdf>
- Júnior, R. (1 de Agosto de 2004). Doença Renal Crónica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, XXVI, pp. 1-3. Obtido em março de 2019, de <http://www.bjn.org.br/artigo/detalhes/1183>
- McCormack, B., & McCance, T. (14 de Abril de 2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Nursing Theory and Concept Development or Analysis*, pp. 472-477.
- Médicos, C. d. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica*. Lisboa: Ordem dos Médicos. Obtido em 10 de novembro de 2019, de http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf
- Melo, J. M., Dias, A. S., Vilares, F. L., Matos, J. F., Sousa, M. F., & Pinheiro, R. M. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 30 de outubro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J. D., Sá, H. O., . . . Matias, A. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Nefrologia*. Lisboa: República Portuguesa - Saúde. Obtido em 15 de Janeiro de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Saraiva, M., Richards, M., & Fortnum, D. (2018). *The profile of Nephrology Nursing - The Fundamental Roles of Nephrology*. Suécia: European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care.
- Thomas, N. (2002). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICE IV – ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Pesquisa Inicial (com linguagem natural em motores de busca e em literatura cinzenta)

Realizada pesquisa em motor de busca com os termos “ensino pré diálise”, “selfmanagement”, “education”, “kidney disease”, “empowerment”, “delay in chronic kidney disease”, com ocorrência de diversos artigos direcionados, tendo selecionado 3 artigos de interesse para a pesquisa:

1. Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 35(2), 147–155.
2. Key, S. M. (2008). Optimizing dialysis modality choices around the world: a review of literature concerning the role of enhanced early pre-ESRD education in choice of renal replacement therapy modality. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 35(4), 387–394.
3. Bonner, A., Havas, K., Douglas, C., Thepha, T., Bennett, P., & Clark, R. (2014). Self-management programmes in stages 1-4 chronic kidney disease: a literature review. *Journal of Renal Care*, 40(3), 194–204.
<https://doi.org/10.1111/jorc.12058>

Pesquisa Secundária (Linguagem Indexada)

Pesquisa em base de dados MEDLINE Complete

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Última Execução Por	Resultados
S11	S3 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20080101- 20181231; Resumo Disponível; Relacionados com a Idade: Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45 + years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over, All	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14

		Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase		
S10	S3 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20080101- 20181231; Resumo Disponível; Relacionados com a Idade: Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45 + years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over, All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14
S9	S3 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral; Resumo Disponível; Relacionados com a Idade: Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45 + years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over, All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	17

		pesquisa - Booleana/Frase		
S8	S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	263,806
S7	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	117,715
S6	(MM "Patient Participation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,813
S5	(MH "Education") OR (MM "Education, Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	45,030
S4	(MH "Preventive Health Services/ST/MT") OR (MH "Primary Prevention/ED/EC/MT/OG") OR (MH "Secondary Prevention/ED/IS/MT/OG") OR "preventing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e	204,329

		pesquisa - Booleana/Frase	Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S3	(MH "Renal Insufficiency, Chronic+/CL/DI/DH/DT/EC/NU/PC/TH") OR (MM "Kidney Diseases/CO/DI/DH/DT/NU/PC/TH") OR "chronic kidney disease"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	145,947
S2	(MM "Self-Management/ED") OR (MM "Patient Care") OR "self-care"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	50,363
S1	(MH "Models, Nursing+") or (MM "Self- Management/ED") or "self-care" or (MM "Patient Care") or (MH "Patient Care Planning") or (MH "Patient-Centered Care+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	117,715

Após leitura de título e abstract resultam em 4 artigos. Após leitura total dos
artigos – 3 artigos

Pesquisa em base de dados CINHALL Complete

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Última Execução Por	Resultados
S10	S3 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral;	Interface - EBSCOhost	22

		Data de Publicação: 20100101- 20201231; Faixas Etárias: Adult: 19- 44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S9	S3 AND S7 AND S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	107
S8	S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	93,247
S7	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,169
S6	(MM "Consumer Participation") OR (MM "Patient Education")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	37,247

			Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S5	(MH "Outcomes of Education/UT/ED/ST") OR (MM "Education") OR (MM "Patient Education") OR (MH "Health Education/AM/ED/PC") OR (MH "Education, Nursing, Theory-Based") OR (MH "Education, Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	79,043
S4	(MH "Preventive Health Care/ED/MT/PC")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,039
S3	(MM "Kidney Failure, Chronic/CL/DI/DH/DT/ED/NU/PC") OR (MH "Chronic Disease")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	67,184
S2	(MM "Self-Management/HI/ED/MT/NU")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	95

S1	(MM "Self Care/ED/ES/CL/MT/NU/TD/UT") OR (MM "Orem Self-Care Model")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,075
----	---	---	--	-------

São removidos 2 artigos repetidos, resultando em 20 artigos. Após leitura de título e abstract resultam em 2 artigos.

**APENDICE V – DOCUMENTO DE EXTRAÇÃO DE
RESULTADOS**

Autor(s), ano, Local	Objetivos	Desenho do Estudo	População em estudo e amostra	Contexto	Conceito relevant to the review question	Características da Intervenção	Resultados Obtidos
Walker <i>et al</i> , 2014, Nova Zelândia	Demonstrar o potencial clínico do modelo de cuidado (Papel do Enfermeiro Especialista de Nefrologia em cuidados saúde primários)	Ensaio clínico prospetivo; Estudo de melhoria da qualidade não-controlado, com comparação pré e pós intervenção, para testar viabilidade e potencial eficácia	Pessoas com alto risco de progressão da doença renal crónica (inicialmente mais de 500, tendo identificado 56 com baixa adesão, com avaliação pré e pós ficaram 36)	Cuidados de saúde primários	Prevenção da progressão do rim crónico	Acompanhamento por Enfermeiro Nefrologista com apoio de Enfermeiro Generalista; Período inicial: com avaliação física e laboratorial, colheita de história clínica e avaliação da autogestão; durante 12 semanas, acompanhados quinzenalmente com ensino e desenvolvimento de plano de cuidados individualizados sobre PA, DM, estilos de vida saudáveis, adesão à terapêutica, cessão tabágica e controlo da dieta. Acompanhamento posterior, a pedido da pessoa ou marcação de consulta, com duração de 15min, com espaçamento máximo de 3 meses.	Melhoria na proteinúria, na taxa de filtrado glomerular, melhoria no risco de doença cardiovascular, na PA, colesterol total, hemoglobina glicada; adesão a estilos de vida saudáveis, redução dos fumadores ativos, melhoria da autogestão; Não houve alterações significativas no IMC
Choi & Lee, 2012, Coreia	Examinar os efeitos de um programa educacional para a autogestão, presencial, em pessoas diagnosticadas com DRC, antes de iniciar TSFR,	Aplicação a grupo de controlo não equivalente e não sincronizado	Pessoas diagnosticadas com DRC, que não iniciaram TSFR (61 – 30 no grupo de controlo e 31 no grupo experimental)	Em ambulatório	Efeitos de programa educacional para a autogestão - Escala de conhecimento da DRC; - Escala da prática de autocuidado para	Grupo de controlo: T0-realizado pré teste (avaliação de conhecimento da DRC e prática do autocuidado) e avaliação de indicadores da função renal; T1- após 4 semanas novo teste; T2- após 8 semanas realizado novo teste e avaliação de	Melhoria do conhecimento sobre DRC, melhorando com o reforço de ensino; melhoria na prática de autocuidado; indicadores da função renal com pequena melhoria, sem significado estatístico.

	no conhecimento, prática do autocuidado e função renal				doentes com DRC; - Indicadores fisiológicos da função renal	indicadores da função renal; Grupo experimental: T0- realizado pré teste e avaliação de indicadores da função renal; receberam 3 semanas de ensino e consultas individualizadas; T1- após 4 semanas novo teste e reforço do ensino e consulta; T2- após 8 semanas novo teste e avaliação de indicadores da função renal; Tipo de ensino: Individual e em grupo (3 a 5 pessoas) Conhecer e gerir a DRC, gestão da dieta, diferentes TSFR; Médico, Nutricionista e Enfermeiro Tempo: 90min em grupo + 20min individual	
Havas, Douglas & Bonner, 2017, Austrália	Que pessoas com DRC desejam receber apoio, em 10 áreas gerais de autogestão (Havas <i>et al</i> , 2016), e outras identificadas, e como desejam receber este apoio	Estudo transversal, com inquérito autoadministrado	Pessoas diagnosticadas com DRC, em qualquer estágio da doença (97)	Clinica de cuidados primários; Via online através de páginas de apoio à DRC	Conhecer as necessidades/ desejos da pessoa com DRC relativamente ao apoio na autogestão	Aplicação de inquérito cara-a-cara e via online; - Identificação demográfica; - Tempo desde o diagnóstico; - “até que ponto gostaria de saber mais sobre...” 10 áreas de identificadas de autogestão (Havas <i>et al</i> , 2016); - “Como gostaria de receber o apoio sobre autogestão?” (quando na	Preferências no suporte para a autogestão: - Desejam suporte nas 10 áreas de autogestão, com maior importância para “manter uma atitude positiva e cuidar da saúde mental e física”, “participar ativamente nos cuidados de saúde”, “conhecimento específico da DRC”, “reconhecer e tratar

						semana, onde, individual ou em grupo, acompanhado por familiar/amigo, quem deve realizar o apoio)	sinais e sintomas”; - Identificaram necessidade de suporte na saúde sexual e libido, fertilidade, aprender a monitorar a saúde, gerir a DRC quando vivem afastados de apoio, formas de utilizar nova tecnologia, opções para descanso, gerir férias e viagens, gerir dias de folga, identificar quando é necessário recorrer aos serviços de saúde. Preferências com o apoio: - Não trabalhadores: durante a semana em horário laboral (das 9h às 17h, segunda a sexta); - Trabalhadores: horário pós-laboral ou aos fins de semana; - Maioria em ambiente clínico; - Em formato individual ou em grupo, ou em formato misto; - Maioria prefere levar um acompanhante; - Gostariam de receber suporte do nefrologista ou de um especialista em autogestão fora do seu sistema de saúde; - Identificado a
--	--	--	--	--	--	--	--

							necessidade de apoio online ou app's de smartphone, através de visualização de vídeos, sessões via telefone, através de um hospital local; - Identificada a necessidade de um programa de suporte para a autogestão na fase inicial da doença.
Johnson <i>et al</i> , 2016, EUA	Explorar a ativação da pessoa e HRQoL (qualidade de vida relacionada com a saúde) em pessoas com DRC, incluído as com falência renal; examinar a existência de diferenças entre a ativação da pessoa, HRQoL, conhecimento, autogestão e confiança ao longo dos estádios da DRC	Estudo descritivo correlacional	Pessoas diagnosticadas com DRC, DM, HTA (85)	Clínicas de cuidados primários, clínicas de nefrologia e centros de diálise	Diferenças na ativação da pessoa e qualidade de vida relacionada com a saúde, conhecimento, autogestão e confiança com a gestão da doença crónica - Avaliação da ativação da pessoa (13 itens); - PROMIS (patients reported outcomes measurement information systems) (29 itens); - Inquérito de conhecimento do rim (KIKs -18 itens), Escala de	Realização de entrevistas via telefone e cara a cara, em pessoas a realizar sessões de hemodiálise; Duração de entrevistas de 45 a 60 min	Ativação da pessoa – maior ativação nos estádios 3 e 4, com declínio no estágio 5, possivelmente devido foco ao longo dos estádios variar; HRQoL – ansiedade teve maior incidência nos estádios iniciais; Conhecimento – baixo em relação a outros estudos, as pessoas têm conhecimento limitado sobre sintomas de doença renal e fatores de risco; não é reconhecida a importância do controlo da PA e comorbilidade; - Importância de assistir na evolução da confiança na autogestão da saúde, melhorando as capacidades para a autogestão e Auto

					conhecimento da PA (BPKS – 11 itens) - Escala de autocuidado da PA (BPSCS – 10 itens) - Escala de autogestão da DRC (15 itens) - Escala de auto-eficácia para a gestão da doença crónica (SEMCDS – 6 itens)		monitorização, com o intuito de proteção da função renal; - os enfermeiros tem um papel importante no ensino e educação, definindo objetivos e reforçando a necessidade de desenvolver as capacidades para a autogestão
Bonner <i>et al</i> , 2014, Austrália	Sintetizar, e avaliar de forma crítica, as intervenções de autogestão para adultos com DRC nos estádios 1 a 4 e aferir se estas intervenções melhoram a adesão, conhecimento, progressão da DRC, literacia para a saúde, autoeficácia, qualidade de vida relacionada com a saúde e hospitalizações	Revisão de literatura	Adultos nos estádios 1 a 4, receberam intervenção sobre autogestão ou ensino dirigido à DRC, com pelo menos um dos seguintes resultados: adesão, conhecimento, função renal, hospitalizações, autoeficácia, literacia da saúde e/ou HRQoL (5 estudos)	DRC nos estádios 1 a 4	Programas de autogestão	Utilizando as guidelines da Joanna Briggs, pesquisa em bases de dados eletrónicas realizada em março de 2013, com espaço temporal de 1 de janeiro de 2003 a 28 de fevereiro de 2013; resultado inicial de 2,045 estudos, sendo incluídos 5 estudos	Aumenta o conhecimento específico para a DRC; Necessidade de avaliar os programas de autogestão de forma rotineira, assim como os resultados obtidos na pessoa com DRC, devendo ser relatados na literatura;
Key, 2008, EUA	Aumentar a consciência para	Revisão da literatura	Pessoas com DRC	Em ensino pré-DRCT	Ensino pré-DRCT e	Comparação de estudos recentes, de clínicas renais	Relevância para a Enfermagem;

	programas de educação pré-DRCT, barreiras para a educação pré-DRCT de forma precoce, e programas projetados para a diminuição da referência tardia para enfermeiros e outros profissionais de saúde. Explicar como a educação precoce pré-DRCT pode melhorar a escolha pelo autocuidado pelo doente; Discutir as formas como os enfermeiros podem fornecer educação pré-DRCT aos doentes; Identificar barreiras à educação pré-DRCT e a capacidade para oferecer múltiplas modalidades de diálise;				modalidade TSFR e autocuidado nas TSFR	em todo o mundo, em relação ao início precoce de educação pré-DRCT e o nível de autocuidado escolhido pelos doentes	Tempo para a referência em relação ao ensino pré-DRCT e a escolha pelo autocuidado; Uma solução criativa para aumentar a referência precoce; Descrições para aumentar os programas de ensino pré-DRCT e o seu efeito na escolha do autocuidado; Oferecer uma extensa variedade de modalidades de TSFR apoia a escolha pelo autocuidado; Barreiras económicas para a oferta de múltiplas modalidades de diálise; Aplicação para a prática e gestão de sistemas de saúde; Educação;
--	--	--	--	--	--	---	--

	Descrever a educação pré-DRCT de uma forma global; Discutir soluções e procurar recomendações para fornecer a educação pré-DRCT e as varias modalidades de TSFR.						
Costantini <i>et al</i> , 2008, Canadá	Explorar, descrever e estimular o interesse nas experiências de autogestão de doentes com DRC médio a moderado	Estudo qualitativo, parte de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, examinando as variáveis psicossociais e comportamentos de saúde em pessoas com DRC médio a moderado	Adultos com biopsia renal comprovante da DRC, acompanhados há um ano ou mais, com taxa de filtração glomerular de 30ml/min ou superior, sem outras doenças crónicas associadas (14)	Clínicas de nefrologia de Toronto	Compreender a percepção de saúde, a doença renal, gestão da doença e suporte necessário para a autogestão	Entrevista semiestruturada, cara-a-cara	Descobrir a Doença Renal; Reconhecendo que a doença renal é para sempre; Aprender a viver com a doença renal; Gerir a doença; Cuidar de si mesmo; A necessidade de informação específica da doença

ANEXOS

**ANEXO I – “REUNIÃO NACIONAL DE ENFERMEIROS DIÁLISE
PERITONEAL – BAXTER – VOLTAR AO INÍCIO**

Baxter

REUNIÃO NACIONAL
DE ENFERMEIROS
DIÁLISE PERITONEAL
BAXTER

VOLTAR AO INÍCIO

25 E 26 OUTUBRO 2019
DOLCE CAMPOREAL TORRES VEDRAS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

ANDREIA
OLIVEIRA



Sofia Pestana
Renal Care Portugal

PROGRAMA

25 DE OUTUBRO

17h00
Receção dos participantes
20h00
Jantar

26 DE OUTUBRO

09h30
Boas Vindas
Sofia Pestana
09h45
**Mitos urbanos e prática
clínica em DP**
Paula Carmo
11h00
Intervalo para café

11h30
Procedimentos
Higiene e lavagem mãos
Arminda Tavares

13h00
Almoço

14h00
Procedimentos
Troca manual passo a passo
Paula Carmo

15h30
Intervalo para café

16h00
Voltar a casa
Apoio Domiciliário
Carlos Torgal

18h00
Lanche - Encerramento