



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÓNICA E AUTOGESTÃO EM DIÁLISE PERITONEAL**

Ricardo Martins Maia

Coimbra, setembro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÓNICA E AUTOGESTÃO EM DIÁLISE PERITONEAL**

Ricardo Martins Maia

Relatório realizado no âmbito do Estágio com Relatório Final do I Mestrado de
Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Pessoa em Situação Crónica, com a
orientação do Professor Doutor Pedro Sousa e coorientação do Professor Doutor
Paulo Ferreira

Coimbra, setembro de 2025

AGRADECIMENTOS

Como em qualquer conto, existem sempre vários protagonistas que, com a sua presença e contributo, dão forma ao enredo e sentido à narrativa. Esta história não é diferente. Ao longo deste percurso, muitas personagens cruzaram o meu caminho, cada uma deixando a sua marca indelével: mestres que ensinaram, colegas que partilharam, amigos que apoiaram e equipas que confiaram. Todos, à sua maneira, foram coautores desta caminhada, transformando desafios em oportunidades e obstáculos em aprendizagens.

E, como em tantas histórias, também nesta aconteceram milagres e coisas boas – momentos inesperados de apoio, de descoberta e de crescimento, que iluminaram os dias mais difíceis e deram novo alento à jornada.

Em primeiro lugar, a mais sincera gratidão à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a todos os seus professores, cujo saber e dedicação se revelaram fundamentais para a construção deste caminho. Tal como a Enfermagem, também o Ensino é, na sua essência, uma das mais nobres profissões. Entre todos, destaco o Professor Doutor Pedro Sousa, verdadeiro obreiro desta narrativa, cuja serenidade, paciência e encorajamento foram vitais para que esta história pudesse chegar ao fim, permitindo-me escrevê-la ao meu ritmo.

Ao Professor Doutor Paulo Ferreira, coorientador desta obra, agradeço igualmente o contributo inestimável. Sempre com uma palavra amiga e observações pertinentes, a sua experiência acrescentou rigor e valor ao desenvolvimento deste trabalho.

Não posso deixar de expressar reconhecimento aos meus colegas de curso, com quem partilhei não só conhecimento, mas também momentos de convívio que tornaram esta etapa mais leve e enriquecedora. Destaco um amigo especial, Alcides Pereira, com quem partilhei momentos únicos que permanecerão guardados para sempre. Não chegam palavras, nem gestos, para agradecer o quanto representas para mim, inspiração profissional, mas, acima de tudo, humana.

À colega Susana Simões, um beijinho muito especial, estejas onde estiveres. Em tão pouco tempo, aprendi contigo lições profundas sobre o verdadeiro significado da vida. O teu sorriso e a tua força permanecerão sempre comigo, recordados como uma fonte inesgotável de coragem e resiliência.

Às Enfermeiras Tutoras Sara Sequeira e Ana Cláudia, um agradecimento sentido. À primeira, pela incansável disponibilidade, apoio e orientação, que foram determinantes para alcançar cada objetivo; à segunda, pela breve mas marcante demonstração de competências técnicas e humanas que auguram um futuro de excelência.

Mas, como em todas as histórias, existem momentos inesperados de apoio, de descoberta e de crescimento, que iluminam os dias mais difíceis e dão novo alento à jornada. É nesse sentido que não poderia deixar de expressar o meu profundo agradecimento às Enfermeiras Tutoras Patrícia Assunção e Patrícia Lopo. Faltam palavras para traduzir a gratidão pela experiência vivida convosco e pela oportunidade de vos conhecer enquanto profissionais de excelência. Se existe uma verdadeira referência para mim na Enfermagem, essa referência são vocês. Muito, mas mesmo muito obrigado. Continuem a trilhar o vosso caminho, pois na arte da Enfermagem são exímias e inspiradoras. Guardarei para sempre os momentos partilhados convosco, assim como o carinho e a estima que vos dedico. Foi um privilégio imenso ter-vos encontrado neste percurso.

Agradeço igualmente a todos os profissionais de saúde com quem me cruzei neste caminho, em particular aos enfermeiros, cuja partilha constante de saber enriqueceu o meu desenvolvimento.

Um reconhecimento profundo e devido à Nephrocare Portugal, pela disponibilidade, compreensão e apoio, com menção especial ao Diretor de Área Joel Almeida, ao Diretor Clínico Dr. Luís Escada e ao Enfermeiro Chefe da Nephrocare Abrantes, Benjamim Filipe, que tornaram esta jornada mais fácil, oferecendo sempre mais do que lhes era exigido.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão nos momentos em que não consegui estar tão presente como desejava, deixo a promessa de retribuir partilhando tudo o que aprendi.

Aos amigos, pelo equilíbrio que trouxeram, permitindo viver outras aventuras paralelas igualmente importantes.

Aos meus pais e irmã, expresso a minha mais profunda gratidão, não apenas pelo apoio constante ao longo deste percurso, mas sobretudo pelos valores que sempre me transmitiram. A humildade, a educação e a união que me inculcaram constituem a verdadeira base desta caminhada e sustentam cada conquista alcançada.

Mas, como em todos os grandes contos, existe sempre um fio condutor, uma essência silenciosa que sustenta a trama e dá força ao protagonista. No meu caso, essa essência tem rosto e tem nome. No desfecho desta narrativa, onde o esforço se converte em conquista, a mais profunda gratidão pertence à minha esposa, companheira incansável de todos os dias, e aos meus filhos, fonte inesgotável de amor, esperança e inspiração.

A eles dedico, em última instância, esta obra: o verdadeiro capítulo maior da minha vida.

RESUMO

As doenças crónicas representam um dos maiores desafios do século XXI. De natureza prolongada e multifatorial, comprometem a qualidade e a esperança de vida e exercem forte pressão sobre os sistemas de saúde (Center for Managing Chronic Disease, 2025; World Health Organization, 2024). O aumento da sua prevalência e da multimorbilidade exige cuidados diferenciados, nos quais a enfermagem especializada assume um papel fundamental.

Neste enquadramento insere-se o presente relatório, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, correspondente à unidade curricular Estágio com Relatório Final. O documento reflete o percurso formativo desenvolvido pelo seu autor, evidenciando crescimento profissional, consolidação de conhecimentos e aquisição de competências especializadas para a prestação de cuidados à pessoa em situação crónica.

A primeira parte centra-se na análise reflexiva das experiências de ensino clínico, destacando as competências comuns e específicas do EE e a sua aplicação em dois contextos de estágio: um serviço de internamento de cardiologia e uma unidade de diálise peritoneal.

A segunda parte corresponde à vertente de investigação, materializada numa scoping review intitulada “A autogestão da pessoa em diálise peritoneal: uma scoping review”. Conduzida segundo o Joanna Briggs Institute e estruturada pela estratégia PCC, incluiu 18 estudos. Os resultados demonstram que a autogestão é influenciada por conhecimento, competências, autoeficácia e apoio familiar, sendo sustentada por modelos como Orem, KAP, IMB e Bandura, que fundamentam intervenções educativas promotoras da adesão terapêutica. Conclui-se que a autogestão é multidimensional e dinâmica, podendo ser organizada em três eixos: determinantes, modelos/estratégias e relação com a adesão.

Em síntese, a experiência formativa constituiu não apenas um processo de aquisição de competências técnicas e científicas, mas também um percurso de transformação pessoal e profissional.

Palavras chave: Doença Renal Crónica, Diálise Peritoneal, Autogestão, Enfermagem

ABSTRACT

Chronic diseases represent one of the greatest challenges of the 21st century. With a prolonged and multifactorial nature, they compromise quality of life and life expectancy while exerting significant pressure on healthcare systems (Center for Managing Chronic Disease, 2025; World Health Organization, 2024). The increasing prevalence and multimorbidity demand differentiated care, in which specialized nursing plays a fundamental role.

Within this framework lies the present report, prepared as part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialization in Nursing Care for the Person in Chronic Condition, corresponding to the curricular unit Internship with Final Report. The document reflects the formative pathway developed by its author, highlighting professional growth, the consolidation of theoretical knowledge, and the acquisition of specialized skills for the provision of nursing care to people in chronic condition.

The first part focuses on a reflective analysis of the clinical training experiences, emphasizing the common and specific competencies of the specialist nurse and their application in two internship contexts: a cardiology inpatient unit and a peritoneal dialysis unit.

The second part corresponds to the research component, materialized in a scoping review entitled "Self-management of the person undergoing peritoneal dialysis: a scoping review". Conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology and structured through the PCC strategy, it included 18 studies. The findings show that self-management is influenced by knowledge, practical skills, self-efficacy, and family support, and is underpinned by models such as Orem, KAP, IMB, and Bandura, which support educational interventions that foster therapeutic adherence. It is concluded that self-management is multidimensional and dynamic, structured into three axes: determinants, models/strategies, and its relationship with adherence.

In summary, this formative experience was not only a process of acquiring technical and scientific skills but also a pathway of personal and professional transformation.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Peritoneal Dialysis, Self-management, Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APIR - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

CMCD - Center for Managing Chronic Disease

DECI - Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Diálise Peritoneal

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

DNT - Doenças Não Transmissíveis

EDTNA - European Dialysis and Transplant Nurses Association

EPI'S – Equipamentos de Proteção Individual

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESENFEC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ERCA - European Renal Care Association

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HD - Hemodiálise

HER - Health Event and Risk Management

IMB - Modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais

IC - Insuficiência Cardíaca

ISPD - Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal

KPA - Conhecimento-Crença-Prática

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos médicos

OMS - Organização Mundial da Saúde

OS - Orifício de Saída do Cateter de DP

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC - Pessoa em Situação Crónica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARS-CoV-2 - Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

TR - Transplante Renal

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UHCIV - Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular

ULS - Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: PRISMA 2020 - flow diagram da estratégia de busca.....	74
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais resultados obtidos por eixos estruturantes	79
--	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
------------------	----

PARTE I – ANÁLISE REFLEXIVA DAS EXPERIÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DOS ENSINOS CLÍNICOS	14
--	----

1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLINICOS	15
---	----

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE CARDIOLOGIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO	15
--	----

1.2. SERVIÇO DE NEFROLOGIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO – UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL	17
---	----

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
--	----

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	20
--	----

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	27
--	----

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	31
---	----

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	35
--	----

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	38
---	----

3.1. CUIDA DA PESSOA E FAMÍLIA / CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA	38
--	----

3.1.1. Identificação das necessidades da Pessoa, família e cuidadores	39
---	----

3.1.2. Promoção de Intervenções Especializadas	40
--	----

3.1.3. Liderança no Desenvolvimento de Procedimentos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção	45
---	----

3.1.4. Avaliação dos Resultados	48
---------------------------------------	----

3.2. MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA	50
--	----

3.2.1. Gestão dos Processos Terapêuticos em Resposta à Transição Situacional e Adaptação à Doença Crónica	50
---	----

3.2.2. Gestão das Circunstâncias Ambientais que Potenciam a Ocorrência de Eventos Adversos	51
--	----

3.2.3. Estratégias Inovadoras de Prevenção do Risco Clínico e Não Clínico	54
---	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	64
---	----

4. A AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL: UMA SCOPING REVIEW	65
---	----

CONCLUSÃO	97
------------------------	-----------

ANEXOS

ANEXO 1 – CURSO DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA EM NEFROLOGIA

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE 2 – PROPOSTA DO ESTUDO E DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR DO RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

APÊNDICE 3 – CONSULTA DE NEFROLOGIA: ESCLARECIMENTO MULTIDISCIPLINAR

APÊNDICE 4 – ACOLHIMENTO EM DP

APÊNDICE 5 - ARTIGOS CIENTIFICOS: PLATAFORMA SHARESOURCE

APÊNDICE 6 – RESULTADOS DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: TERMOS DE PESQUISA

APÊNDICE 7 – RESULTADOS DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: ESTRATÉGIA DE PESQUISA

APÊNDICE 8 – RESULTADOS DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

APÊNDICE 9 – APRESENTAÇÃO PARA ATO PÚBLICO DE DEFESA

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas representam atualmente um dos maiores desafios para a saúde. O Center for Managing Chronic Disease (2025) da Universidade do Michigan define-as como condições de longa duração que, na maioria dos casos, podem ser controladas, mas não curadas. Estas exigem da pessoa uma gestão diária de sintomas que comprometem a sua qualidade de vida e, não raras vezes, originam episódios de agudização com reinternamentos hospitalares e complicações capazes de reduzir a esperança média de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça esta perspetiva, identificando as doenças não transmissíveis (DNT), também conhecidas como doenças crónicas, como resultantes de uma interação multifatorial que envolve determinantes genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. A sua evolução tende a ser prolongada e progressiva, estando associada a uma elevada mortalidade e morbilidade. Só em 2021, estas doenças foram responsáveis por cerca de 43 milhões de mortes em todo o mundo, o que corresponde a 75% de todos os óbitos globais (World Health Organization, 2024).

As DNT afetam indivíduos de todas as idades, desde crianças a idosos, e encontram-se fortemente associadas à presença de fatores de risco modificáveis, nomeadamente dietas pouco saudáveis, sedentarismo, consumo nocivo de álcool, tabagismo e poluição atmosférica. A redução destes fatores constitui, por isso, um eixo fundamental das estratégias de prevenção e controlo, permitindo não só mitigar a incidência e a gravidade das doenças, mas também promover ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas que delas padecem (World Health Organization, 2024). A epidemia das DNT, segundo a OMS, acarreta consequências devastadoras para a saúde de indivíduos, famílias e comunidades, representando uma ameaça também à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Neste enquadramento, a OMS (World Health Organization, 2024) defende a necessidade de transformações paradigmáticas nos serviços de saúde, centrando o processo de cuidado na pessoa e promovendo uma colaboração eficaz entre esta e os profissionais de saúde.

Em Portugal, a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) representa um marco relevante na reconfiguração do sistema de saúde, procurando colocar a pessoa no centro dos cuidados e eliminar barreiras entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Este modelo visa assegurar um atendimento contínuo, integrado e personalizado, promovendo a participação ativa nas decisões em saúde, a autonomia e o autocuidado (Goes et al., 2024). Esta reestruturação privilegia a prevenção e a promoção da saúde, materializadas, por exemplo, em sessões de educação para a saúde e em programas que incentivam a estilos de vida saudáveis, com potencial para reduzir a incidência de doenças crónicas e aliviar, a longo prazo, a pressão sobre o sistema de saúde.

Também a evolução da enfermagem especializada tem acompanhado esta transformação, refletindo uma orientação crescente para modelos de cuidados centrados na pessoa e adaptados à complexidade dos processos crónicos. No âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, cuja abrangência é ampla e multifacetada, evidencia-se a necessidade de delimitar competências específicas de acordo com os contextos de intervenção e as características das pessoas destinatárias dos cuidados. Neste contexto, ganha relevância a área de especialização em Enfermagem à PSC, prevista no Regulamento n.º 429/2018, que assume um papel central em serviços onde a presença de processos prolongados de doença exige intervenções contínuas, integradas e orientadas para a promoção da autonomia e da qualidade de vida. Foi precisamente neste enquadramento que o enfermeiro em formação desenvolveu as suas competências especializadas, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final. A primeira componente clínica decorreu num serviço de internamento de cardiologia de uma ULS da região centro, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Ferreira e tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A segunda componente teve lugar numa unidade de diálise peritoneal (DP) de um serviço de nefrologia de uma ULS da região centro, sob a supervisão do Professor Doutor Pedro Sousa e tutoria de duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Embora integrados em estruturas organizacionais distintas, ambos os serviços convergem na resposta à pessoa com multimorbilidade, entendida como a coexistência de, pelo menos, uma doença crónica com outra condição de saúde (aguda ou crónica), frequentemente associada a fatores biopsicossociais e somáticos que aumentam a complexidade dos cuidados (Goes et al., 2024).

O presente relatório assume-se, assim, como um marco relevante no percurso de aprendizagem do futuro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crónica. Mobiliza os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos ao longo da formação e reflete a aprendizagem desenvolvida durante a unidade curricular Estágio com Relatório Final, na qual o enfermeiro em formação aprofundou competências para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a colaboração no tratamento, com vista à recuperação da pessoa e da família.

A estrutura do relatório inicia-se com esta introdução, prossegue com a descrição dos contextos clínicos, apresenta depois uma análise crítica das atividades desenvolvidas e do contributo destas para a aquisição de competências especializadas. Segue-se a componente de investigação, centrada no estudo intitulado “A autogestão da pessoa em diálise peritoneal: uma scoping review”, no qual o autor procura aprofundar a compreensão do conceito de autogestão da pessoa em DP no domicílio, com especial enfoque nas suas características, nos modelos de intervenção, nos fatores facilitadores e nas barreiras, bem como no papel das

intervenções de enfermagem na sua promoção. Face ao aumento da prevalência das doenças crónicas e ao impacto significativo que estas representam na vida das pessoas e nos sistemas de saúde, a autogestão assume-se como uma competência essencial da PSC. A relevância deste estudo decorre não só da complexidade associada à vivência com a DRCT, como também das exigências particulares da modalidade domiciliária da DP, nomeadamente um elevado grau de autonomia, domínio técnico e capacidade de autocuidado, não apenas da pessoa, mas também da sua rede de apoio.

Ao reunir e mapear a evidência existente, esta scoping review pretende informar e sustentar a prática do EEEMC-PSC, conferindo-lhe ferramentas teóricas e práticas que orientem intervenções promotoras da capacitação da pessoa, da família e dos cuidadores. Assim, reforça-se o papel do EE como agente facilitador da autogestão, contribuindo para uma abordagem mais centrada na pessoa, baseada na evidência e ajustada aos desafios atuais dos cuidados de saúde, em contexto domiciliário.

Por fim, o relatório encerra com uma reflexão global sobre as competências adquiridas e a forma como estas se interligam, sublinhando o papel da prática e da investigação na construção da identidade profissional do EE.

PARTE I – ANÁLISE REFLEXIVA DAS EXPERIÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DOS ENSINOS CLÍNICOS

1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Mais do que descrever as características dos contextos clínicos, este capítulo centra-se nas experiências vivenciadas e no perfil das pessoas com quem foram desenvolvidas as competências clínicas: pessoas com doença cardiovascular em internamento hospitalar, muitas vezes em fase de agudização, e pessoas com DRCT acompanhadas em ambulatório na unidade de DP. Esta abordagem permite refletir sobre a especificidade dos cuidados, a diversidade dos contextos de intervenção e a complexidade da prática de enfermagem especializada à PSC.

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE CARDIOLOGIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO

A primeira componente clínica foi desenvolvida num serviço de internamento de cardiologia de uma ULS da região centro. Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia (Ministério da Saúde, 2023), este serviço encontra-se classificado como tipologia B1 – Centro Regional, distinguindo-se pela existência de um laboratório de hemodinâmica e pela capacidade para a realização de técnicas não invasivas e de estimulação cardíaca (Pacing), bem como de unidades de cuidados intensivos dedicadas à cardiologia. O serviço está organizado em três áreas interligadas: a Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV), a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) e a Unidade de Internamento de Cardiologia.

A UHICV realiza procedimentos invasivos como cateterismos e intervenções endovasculares, contando com tecnologia de ponta e uma equipa multidisciplinar especializada e a UCIC assegura cuidados intensivos à PSC com patologia cardíaca aguda e monitorização pós-intervenção de alto risco. O internamento, serviço onde o autor desenvolveu o seu percurso formativo, dispõe de 17 camas, 6 destinadas a internamentos eletivos para procedimentos diagnósticos e terapêuticos que funcionam num espaço amplo designado por hospital de dia, 2 correspondentes à unidade de investigação e outras 9 para pessoas vindas de cuidados intensivos ou do serviço de urgência. O serviço presta cuidados diferenciados a pessoas com patologias como síndrome coronário agudo, IC, miocardiopatias, disritmias, entre outras.

A gestão operacional do serviço é assegurada pela enfermeira gestora, responsável pela coordenação e supervisão da equipa de enfermagem. Para garantir a continuidade dos cuidados, existe ainda um enfermeiro responsável de turno. A equipa assegura cuidados gerais e individualizados, centrados na vigilância clínica, prevenção de complicações e educação para a saúde. Cada enfermeiro assume a responsabilidade direta por um grupo de pessoas

hospitalizadas no seu turno. No internamento de cardiologia, os turnos são de 8 horas, com equipas de 4 enfermeiros de manhã, 2 à tarde e 2 à noite, garantindo a continuidade assistencial.

Paralelamente à gestão assistencial, o serviço conta com EEEMC e EEER que lideram projetos e programas específicos, como o projeto “carta de compromisso”, onde é estabelecido um acordo com a pessoa com patologia cardíaca, formalizado através da assinatura de uma carta de compromisso que estabelece objetivos individualizados de reabilitação ou o programa de reabilitação cardíaca, em regime de ambulatório. O serviço articula-se ainda com a consulta externa de cardiologia, incluindo uma valência especializada na insuficiência cardíaca.

Durante o estágio, foi possível integrar uma equipa multidisciplinar e participar em cuidados especializados a pessoas com patologias cardíacas, maioritariamente em agudizações de condições crónicas. A enfermagem assume um papel central na monitorização clínica, administração terapêutica, apoio nas atividades de vida, avaliação de sintomas e promoção da adesão ao regime. A capacitação da pessoa, família e cuidadores destacou-se como eixo estruturante, favorecendo a aquisição de conhecimentos e competências para a autogestão.

A equipa de enfermagem desempenha um papel determinante no planeamento da alta hospitalar e na transição de cuidados, articulando de forma eficiente com os cuidados de saúde primários, a consulta externa de cardiologia e com programas de reabilitação cardíaca. A gestão clínica encontra-se suportada pelo sistema de informação SClinico, que permite a consulta e o registo de dados clínicos informaticamente, promovendo a partilha e integração da informação com toda a equipa multidisciplinar. De acordo com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2020), este sistema insere-se na estratégia nacional de informatização do SNS, visando a uniformização dos registos clínicos e a normalização da informação em todo o território nacional.

Para assegurar a consistência e a qualidade dos cuidados de enfermagem, a equipa recorre a um conjunto de focos e intervenções, abrangendo patologias e situações clínicas frequentes no serviço, como o enfarte agudo do miocárdio, a IC, a miocardite, a pericardite, intervenções cirúrgicas como o cateterismo cardíaco ou implantação e pacemaker e fatores de risco como o tabagismo, infeções por MRSA e infeções por SARS-CoV-2. Os domínios do conhecimento, da gestão do regime terapêutico e da preparação para a alta constituem eixos centrais da intervenção de enfermagem, integrando a avaliação e promoção do conhecimento da pessoa sobre a doença, terapêutica, dieta, exercício, sinais de alarme e comportamentos de saúde. A carta de alta de enfermagem sistematiza o motivo e evolução clínica, os focos ativos, o destino e as recomendações essenciais, incluindo sinais de alarme. É ainda fornecido o contacto do serviço de cardiologia, assegurando a continuidade dos cuidados e o apoio pós-alta.

Face à aposta do serviço na educação para a saúde, foram desenvolvidas intervenções centradas na capacitação da pessoa com patologia cardiovascular, promovendo o conhecimento da condição clínica, a gestão do regime terapêutico e a preparação para a alta e transição segura para o domicílio.

1.2. SERVIÇO DE NEFROLOGIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO – UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL

O segundo estágio foi realizado numa unidade de DP, inserida no serviço de nefrologia e em funcionamento no âmbito da consulta externa. Esta unidade assegura o atendimento à pessoa em programa de DP, de segunda a sexta-feira, das 08:30 às 16:30. Fora deste período ou em situações urgentes, o apoio é assegurado pelo nefrologista de urgência e pela equipa de enfermagem do serviço de internamento de nefrologia.

Dando cumprimento ao definido no Manual de Boas Práticas de diálise Crónica (OM, 2017) a equipa da unidade é composta por um diretor clínico e uma enfermeira gestora, comuns a todo o serviço de nefrologia, dois nefrologistas, duas enfermeiras especialistas em Enfermagem médico-Cirúrgica na área de intervenção em enfermagem nefrológica e uma assistente social e nutricionista que apoiam e colaboram com o serviço, sempre que necessário.

Durante o horário de funcionamento, o serviço é sempre assegurado por uma das enfermeiras, estando distribuídas as duas enfermeiras, em simultâneo, apenas durante 2 a 3 dias da semana.

Analisando os dados do relatório interno do serviço de 2023, o número de pessoas em DP acompanhadas nesta unidade foi de 50 pelo que o número de enfermeiros presentes diariamente não cumpre a 100% o recomendado no Manual de Boas Práticas de Diálise crónica (OM, 2017) que refere que o recomendado é o rácio de 1 enfermeiro para 25 pessoas em DP no programa da unidade, sendo que o número de enfermeiros do programa não pode ser inferior a dois. A gestão organizacional é assegurada pela enfermeira gestora, responsável pelas escalas e distribuição da equipa. As enfermeiras da DP, sob sua supervisão, garantem o planeamento de consultas, organização das salas, gestão de materiais e articulação com a farmácia hospitalar.

Na Unidade de DP a organização dos cuidados de enfermagem caracteriza-se pela inexistência de atribuição formal de pessoas em situação crónica a uma enfermeira de referência, sendo ambas as enfermeiras responsáveis pela totalidade das pessoas integradas na unidade. Esta forma de organização enquadra-se predominantemente no método de trabalho por equipa, no qual a responsabilidade pelos cuidados é partilhada entre os profissionais, sob coordenação e

articulação permanente, garantindo continuidade, segurança e coerência assistencial (Ventura-Silva et al., 2021). No entanto, no domínio específico dos ensinamentos à pessoa em DP, observa-se uma aproximação ao método do enfermeiro de referência (ou enfermeiro responsável), uma vez que o processo educativo é habitualmente assegurado pela mesma enfermeira desde o momento da admissão até à consolidação das competências. Neste contexto, o enfermeiro assume a responsabilidade de planear, executar e avaliar os ensinamentos, individualizando as intervenções educativas de acordo com as necessidades, capacidades e contexto da pessoa e da família (Ventura-Silva et al., 2021). Assim, a unidade articula dois métodos de trabalho complementares: o método por equipa, ao nível da prestação global de cuidados e o método do enfermeiro de referência, no âmbito específico dos ensinamentos para a autogestão em DP.

Tendo em conta o crescimento do programa de crónicos em DP (de 33 pessoas em 2022 para 35 em 2023), poderá ser pertinente considerar a atribuição da PSC por enfermeira de referência, desde que exista a possibilidade de ambas trabalharem em simultâneo todos os dias da semana.

Quanto à tomada de decisão clínica, esta ocorre, maioritariamente, de forma partilhada e reflexiva, envolvendo as enfermeiras que dominam as competências técnicas e científicas da DP, a própria pessoa tendo em conta os seus determinantes individuais, emocionais, contextuais e relacionais. Esta abordagem favorece decisões individualizadas, ajustadas à evolução clínica e ao contexto domiciliário, essenciais nos cuidados à pessoa em situação crónica.

A interligação com as empresas prestadoras, como a Baxter ou a Fresenius Medical Care, que asseguram apoio logístico, técnico e de enfermagem 24 horas por dia à pessoa em DP, é fundamental para o sucesso do programa, assim como a articulação com os cuidados de saúde primários, que permite reforçar o acompanhamento no domicílio e promover a integração de intervenções comunitárias sempre que necessário. Esta interligação entre a unidade de diálise peritoneal e os cuidados de saúde primários processa-se através da articulação entre profissionais, permitindo a partilha de informação clínica relevante, o alinhamento dos planos de cuidados e uma resposta integrada às necessidades da pessoa em DP no seu contexto domiciliário. Neste âmbito, torna-se particularmente relevante investir na formação dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários nesta área específica, de modo a reforçar a sua capacidade de acompanhamento, vigilância e intervenção no domicílio.

Como exemplo prático, pode referir-se uma situação de DP assistida em que a cuidadora da pessoa em situação crónica foi submetida a uma intervenção cirúrgica, tendo a pessoa sido integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Para assegurar a continuidade dos cuidados em DP, a enfermeira da equipa de cuidados continuados deslocou-se à unidade

para receber formação específica e, posteriormente, passou a assumir, de forma provisória, parte dos cuidados à pessoa, garantindo a realização das trocas, a vigilância do local de inserção do cateter e a monitorização de sinais de complicação, em articulação permanente com a equipa da unidade, promovendo a continuidade e a segurança dos cuidados. Esta articulação constitui, na perspetiva do autor, um modelo promissor para o futuro da continuidade de cuidados, ao reforçar a centralidade da pessoa no processo assistencial. De acordo com a International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD), a visita domiciliária deve integrar os cuidados prestados à pessoa e à família/cuidador em diálise peritoneal e, apesar de não estar definida a sua periodicidade (Bernardini et al., 2006), da reflexão do autor, estas visitas representam uma oportunidade privilegiada para que, conjuntamente, os enfermeiros da unidade e dos cuidados de saúde primários possam partilhar conhecimento, articular intervenções e desenvolver planos de cuidados individualizados.

O acompanhamento da pessoa com DRCT que opta pela DP como terapia de substituição da função renal (TSFR), é assegurado na totalidade por esta unidade, abrangendo desde a colocação do cateter, ensino da técnica, colaboração nas consultas de seguimento (consulta mensal, consulta de adequação, Teste de Equilíbrio Peritoneal), realização das consultas de enfermagem programadas e não programadas, substituição do prolongador do cateter, resolução de complicações mecânicas e infecciosas, prevenção e tratamento de complicações, até ao encaminhamento para outras modalidades terapêuticas ou eventual saída do programa. A prática de enfermagem neste contexto é muito centrada na educação e abrange o ensino estruturado de acordo com os conteúdos e orientações definidos no protocolo do hospital, PT.NFR.089 “Ensino ao doente em Diálise Peritoneal”, favorecendo a autogestão e a manutenção da qualidade de vida, em contexto domiciliário.

A unidade de DP assegura ainda a realização de consultas de enfermagem à pessoa com DRCT denominadas “consultas de nefrologia - esclarecimento multidisciplinar” que tem um carácter informativo para uma decisão pela modalidade de tratamento da DRCT de forma esclarecida, conforme a Norma da DGS N.º 017/2011 (atualizada em 2012).

Em suma, a experiência nestes dois serviços possibilitou compreender o continuum dos cuidados à PSC. Por um lado, a fase aguda exige intervenções imediatas em contexto hospitalar de alta complexidade; por outro, a fase de estabilização requer acompanhamento de longo prazo, vigilância clínica e estratégias de capacitação para o autocuidado. Esta interligação evidencia a importância da enfermagem médico-cirúrgica, que atua de forma transversal entre diferentes

níveis do sistema de saúde, garantindo a prestação de cuidados especializados, seguros e humanizados, desde o internamento até ao acompanhamento no domicílio.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4744), “os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”. Neste contexto, o EE assume um papel de crescente relevância nas organizações de saúde, devendo pautar a sua atuação por uma prática diferenciadora e especializada. Este regulamento define o EE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem”. Conforme descrito pela OE (2011), o EE detém conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão. É um profissional reconhecido pelo desenvolvimento de competências específicas e pela aplicação sistemática da PBE, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Leite, 2007).

As competências comuns do EE, delineadas no Regulamento n.º 140/2019, estão estruturadas em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada domínio integra um conjunto de competências e unidades de competência que orientam e sustentam a prática especializada, garantindo padrões elevados de desempenho clínico e de qualidade assistencial (OE, 2011). Nos subcapítulos seguintes serão abordados os quatro domínios das competências comuns do EE, evidenciando a sua aplicação nos contextos de estágio. Esta análise permitirá compreender, de forma integrada e crítica, o contributo das experiências para a consolidação de competências especializadas

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Tal como estabelecido no Regulamento n.º 613/2022, os enfermeiros devem adotar “uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão”, preservando “(...) o respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que praticam e pelas tarefas que delegam” (p. 179). Neste enquadramento, o EE deve possuir competências acrescidas em responsabilidade profissional, ética e legal, assegurando uma prática sustentada nas normas jurídicas, princípios éticos e deontologia, garantindo cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades da profissão.

Refletindo sobre o percurso desenvolvido ao longo das componentes clínicas, o autor considera que a sua prática foi pautada por elevados padrões éticos e legais, garantindo cuidados de Enfermagem que respeitam integralmente os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Todas as suas intervenções estiveram alinhadas com a legislação em vigor, com as orientações da OE e com as normas ético-deontológicas. O autor reconhece que manter uma conduta responsável e ética constitui um desafio permanente, dado que o contexto dos cuidados de Enfermagem é, por natureza, dinâmico e complexo, exigindo que cada intervenção seja alvo de reflexão crítica. Neste sentido, a colaboração estreita com as enfermeiras tutoras foi determinante para o desenvolvimento das suas competências neste domínio, proporcionando um ambiente propício à análise crítica e à discussão fundamentada das situações vividas.

A atitude analítica e reflexiva é um elemento distintivo do EE, promovendo autoavaliação, identificação de melhorias e práticas baseadas na evidência. Refletir criticamente sobre ações e consequências é essencial para assegurar cuidados de qualidade, decisões fundamentadas e desenvolvimento profissional contínuo. A discussão de casos clínicos e dilemas éticos permitiu aprimorar a capacidade de decisão, sustentada nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

No serviço de cardiologia, a reflexão conjunta possibilitou a análise crítica de decisões clínicas relacionadas com a confidencialidade na transmissão de informação em contexto multidisciplinar e com a comunicação de más notícias, assegurando que todas as intervenções respeitavam os princípios éticos e a autonomia da pessoa. Um dos desafios

ocorreu no hospital de dia, onde a configuração em “open space” dificultava a transmissão de informação. Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019) todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade. Complementarmente, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) estipula, na alínea b) do artigo 107.º, que constitui dever do enfermeiro “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Ministério da Saúde, 1996). Perante esta realidade, foram adotadas estratégias para mitigar limitações do espaço físico e cumprir princípios ético-legais, como a modulação do tom de voz, a educação para a saúde na admissão e o aproveitamento de períodos com menor afluência. O tipo de linguagem utilizada, bem como as competências comunicacionais dos enfermeiros são determinantes, por exemplo, na compreensão e abordagem de fenómenos como o comportamento de não adesão (Downes e Foote, 2019). As medidas adotadas foram essenciais para garantir privacidade, personalização da comunicação e cumprimento dos preceitos ético-legais da prática de enfermagem. Outro exemplo, foi a participação ativa no processo de obtenção do consentimento informado antes da realização de procedimentos invasivos, como a implantação de Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis (DECI). Conforme a Norma da DGS (2015, p.7), o consentimento informado, esclarecido e livre é uma manifestação de respeito pelo ser humano, doente ou não, refletindo o direito moral à integridade corporal e o direito à autonomia na participação ativa nas decisões relacionadas com a manutenção da saúde e a adesão à terapêutica. Este processo pressupõe o fornecimento de informação adequada e a possibilidade de uma decisão livre e esclarecida.

No serviço de cardiologia, o esclarecimento cirúrgico inicial é da responsabilidade médica, cabendo aos enfermeiros prestar informações complementares e esclarecer dúvidas, conforme o Código Deontológico de Enfermagem (OE, 2015). Assim, o consentimento informado constitui uma intervenção interdependente, visando capacitar a pessoa para uma decisão livre e consciente, em conformidade com a legislação sobre os Direitos e Deveres dos Utentes (ERS, 2025).

No que respeita à colaboração com a equipa multidisciplinar na resolução de conflitos éticos, foi assumido um papel ativo na tomada de decisões orientadas por princípios

deontológicos. Num caso de uma pessoa com múltiplas comorbilidades em situação paliativa, assegurou-se que as intervenções de Enfermagem respeitassem a beneficência e a não maleficência. Com apoio da equipa de cuidados paliativos, foi elaborado um plano personalizado para aliviar o sofrimento e maximizar o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida da pessoa, em consonância com o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996), que preconiza que a discussão de dilemas éticos, como a adequação da implementação de cuidados paliativos em pessoas com prognóstico reservado deve resultar em decisões informadas e eticamente fundamentadas.

As passagens de turno foram igualmente oportunidades de desenvolvimento, como na discussão sobre o destino de alta de uma PSC, onde se destacou a necessidade de continuidade de cuidados após a alta. Face à ausência de suporte familiar adequado, foi tomada a decisão de integrar a pessoa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em detrimento do regresso imediato ao domicílio, assegurando uma transição ajustada à sua condição clínica e contexto social. Esta atuação está em conformidade com a Norma n.º 001/2017 da DGS (DGS, 2017), que sublinha a importância da comunicação eficaz nas transições de cuidados como um imperativo de segurança e qualidade. De acordo com esta norma, a transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser uma prioridade em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados. A comunicação deve contribuir de forma significativa para melhorar a segurança da pessoa e reduzir eventos adversos. A opção pela RNCCI foi debatida em equipa, posteriormente comunicada à restante equipa multidisciplinar e articulada com o serviço social do hospital. Todo o processo baseou-se numa abordagem centrada na pessoa, assegurando uma decisão partilhada e o respeito pela autonomia. A equipa de enfermagem orientou-se pelos padrões de qualidade (OE, 2001), identificando necessidades e propondo intervenções para minimizar problemas reais.

Ao longo do estágio na unidade de DP, tal como no de cardiologia, a prática foi orientada por princípios profissionais, éticos e legais. Desde o primeiro contacto com as pessoas com DRCT, foi assumida uma postura de respeito pela dignidade humana, valorizando a autonomia e individualidade de cada pessoa.

Este compromisso refletiu-se na colaboração com a equipa multidisciplinar, famílias e cuidadores, promovendo decisões partilhadas e alinhadas com os princípios da enfermagem especializada. A prática clínica assentou numa abordagem reflexiva, sustentada em modelos e teorias da disciplina que orientam o raciocínio e a decisão clínica. Segundo Esteves e Amaral (2023), a decisão clínica dos enfermeiros é apoiada em modelos e teorias que estruturam o conhecimento profissional, formalizado através do processo de enfermagem e registado nos sistemas de informação. A documentação clínica, mais do que um instrumento administrativo, constitui expressão estruturada da reflexão e intervenção do enfermeiro, conferindo visibilidade e legitimidade científica.

A reflexão ética integrou, de forma constante, a prática desenvolvida durante o estágio. No que respeita à salvaguarda dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais, o autor assegurou que todas as intervenções decorressem num ambiente de privacidade e confidencialidade, criando condições para uma relação terapêutica de confiança. Em vários momentos, o autor discutiu com as enfermeiras tutoras dilemas concretos, como a tensão entre a escolha informada da pessoa e a perceção médica de qual seria a “melhor opção terapêutica” para a pessoa. No contexto das consultas multidisciplinares, defendeu de forma consistente e fundamentada a vontade expressa da pessoa, mesmo perante posicionamentos que poderiam indiciar abordagens mais paternalistas. Esta postura fomentou um diálogo construtivo entre profissionais, permitindo a análise e integração de diferentes perspetivas, e assegurando que a prática se ancorasse em princípios ético-deontológicos sólidos e na melhor evidência científica disponível. Este processo contínuo de atuação e reflexão crítica levou à identificação de um conflito cognitivo particularmente relevante, que impulsionou uma análise ética e deontológica mais aprofundada, desenvolvida em colaboração com as enfermeiras tutoras. A situação descrita ocorreu durante a “consulta de nefrologia – esclarecimento multidisciplinar”, cujo objetivo é proporcionar à PSC um esclarecimento completo acerca das diferentes modalidades de tratamento. Esta consulta, realizada semanalmente, às sextas-feiras, integra uma equipa multidisciplinar constituída pelo nefrologista, enfermeiro, técnico de serviço social e nutricionista, conforme a Norma da DGS n.º 017/2011 (DGS, 2011). A consulta de Enfermagem individualizada constitui parte integrante deste esclarecimento multidisciplinar, sendo da responsabilidade das EEEMC

da unidade de DP. De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas: DP – Um passo para a autonomia da pessoa (2020, pp.16-17), a consulta neste âmbito deve ser realizada por um EEEMC-PSC, enquanto padrão de cuidados especializados que promove a qualidade e a segurança da prestação. No entanto, dado que no serviço não existia, à data, nenhum enfermeiro com esta especialidade, a função era assegurada pelas EEEMC com prática consolidada na vertente nefrológica. A equipa de enfermagem abordava todos os tópicos da Norma n.º 017/2011 da DGS, incluindo anatomia e fisiologia renal, vantagens, desvantagens e riscos das modalidades terapêuticas (HD, DP e TR), bem como o tratamento médico conservador, indicado em situações graves em que a diálise não traria benefícios significativos em esperança ou qualidade de vida. O autor teve a oportunidade de acompanhar as enfermeiras tutoras e participar ativamente nesta atividade, elaborando uma apresentação (Apêndice 3) destinada a apoiar as enfermeiras e a pessoa em situação crónica (PSC) durante as consultas de esclarecimento multidisciplinar. Esta iniciativa foi desenvolvida em conformidade com o disposto na norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011), que estabelece que a consulta de esclarecimento deve dispor de material informativo adequado. A construção desta apresentação implicou uma preocupação ética com a forma como a informação é comunicada, nomeadamente no que respeita ao respeito pela autonomia da pessoa, à promoção do consentimento informado, à adequação da linguagem ao nível de literacia em saúde e à sensibilidade perante o impacto emocional do diagnóstico e do tratamento. Assim, a apresentação foi concebida não apenas como um instrumento técnico, mas como um recurso promotor de uma decisão informada, livre e consciente, respeitando os valores, crenças e preferências da pessoa e da família. Deste modo, este processo constituiu uma oportunidade de desenvolvimento integrado das competências do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao articular a produção de um recurso educativo com a garantia da qualidade dos cuidados, o respeito pelos direitos da pessoa em situação crónica e o cumprimento das obrigações legais inerentes à prática profissional. A referenciação da pessoa com DRC para a consulta de esclarecimento deve ser efetuada pelo nefrologista assistente, com seguimento prévio em consulta externa de nefrologia, idealmente durante o estágio 4 da doença. Segundo a OE (2020, p.11), cerca de 10% da população em Portugal sofre de

DRC e cerca de 20 mil pessoas necessitam de TSFR. A escassez de recursos humanos dificulta a realização atempada das consultas, comprometendo a intervenção educativa e a preparação para a escolha terapêutica. Durante o estágio, observou-se que muitas pessoas chegavam já em estádios avançados, com menor tempo para decidir de forma informada e preparar adequadamente o tratamento. A consulta de esclarecimento decorria segundo uma sequência estruturada em 4 momentos, correspondentes à intervenção de quatro profissionais: nefrologista, enfermeiro da unidade de DP, assistente social e nutricionista. A intervenção de enfermagem, iniciava-se com uma avaliação inicial da pessoa e, através de entrevista, procurava-se identificar o nível de conhecimento sobre a DRC e as opções terapêuticas disponíveis. Quando questionadas sobre a modalidade terapêutica preferida, algumas pessoas optavam de imediato pela HD. O aprofundamento da conversa revelava, porém, que essa escolha se devia sobretudo à indicação médica, sem conhecimento suficiente das restantes opções. Assim, tornava-se evidente a falta de informação para uma decisão consciente e esclarecida. Para o autor, esta situação traduz um conflito ético e deontológico entre os princípios da autonomia e da beneficência. Por um lado, a nefrologista orientou a sua prática pela beneficência, procurando o que considerava ser a melhor decisão clínica para a PSC. Por outro, a crescente valorização da autonomia na medicina tem transformado a relação médico-doente, substituindo o modelo centrado na beneficência por um modelo de responsabilidade partilhada. Para Cruz (2020, p.596) “uma decisão poderá ser medicamente correta do ponto de vista científico, mas só será uma decisão eticamente aceitável se tiver em consideração o sistema de valores do paciente individual”. Perante a falta de conhecimento para uma decisão livre e esclarecida, a enfermeira explicou novamente as modalidades terapêuticas, assegurando os princípios éticos e legais do consentimento informado. O consentimento informado, esclarecido e livre é uma manifestação de respeito pelo ser humano, esteja ou não doente, refletindo o direito moral à integridade corporal e à autonomia na participação ativa nas decisões sobre a sua saúde (DGS, 2015). A informação deve ser adequada, compreensível e transmitida de forma a garantir a liberdade de decisão. Como referem Gonçalves e Almeida (2004, p.133), este princípio “determina o fim do paternalismo médico, em que só ao médico competia fazer o diagnóstico e determinar a terapêutica”. O Código

Deontológico de Enfermagem (Lei n.º 156/2015), no artigo 84.º, reforça este dever, estabelecendo que o enfermeiro deve informar a pessoa sobre os cuidados de Enfermagem, respeitando o seu direito ao consentimento informado. Do mesmo modo, a legislação relativa aos Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde (ERS, 2025) salienta que a decisão deve ser livre, informada, esclarecida e consciente, sendo fundamental que a informação seja adaptada ao nível cultural e às eventuais limitações linguísticas ou cognitivas da pessoa. A compreensão da informação é condição indispensável para garantir a liberdade de consentimento, assente no direito à informação e no direito de aceitar ou recusar o tratamento (ERS, 2025). Analisando em concreto este caso e, como refere Pellegrino (1993), citado por Cruz (2020, pp. 591-600), a atitude inicial da nefrologista aproximava-se da atitude de uma médica centrado no seu próprio saber ou na execução estrita de uma técnica, sem plena integração das preferências da pessoa. A intervenção colaborativa da enfermeira, conciliando necessidades clínicas e respeito pela autonomia, corresponde a uma visão mais ampla, onde se reconhece a vulnerabilidade da pessoa, compromete-se a ajudá-la e permanece fiel à sua promessa profissional. Para o autor, a atitude analítica e reflexiva distingue o perfil do EE, sendo essencial promover uma cultura ética centrada na pessoa, com participação ativa nas decisões, comunicação transparente e colaboração interprofissional para decisões partilhadas e eticamente fundamentadas.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O domínio da melhoria contínua da qualidade é uma competência central do EE, orientando-se para a excelência e a segurança na prestação de cuidados. No serviço de cardiologia, o autor desenvolveu um conjunto de intervenções que ilustram de forma prática este princípio. No âmbito da consulta de Enfermagem à pessoa com IC e do programa de reabilitação cardíaca mobilizou conhecimentos adquiridos no curso e no próprio estágio para realizar uma avaliação clínica sistemática, implementando ainda sessões de educação para a saúde que incluíram a gestão do regime terapêutico, a prática de exercício físico, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a adesão correta à terapêutica medicamentosa. Esta abordagem permitiu, por exemplo, identificar precocemente um caso de descompensação cardíaca que motivou o encaminhamento

imediato para o hospital de dia, resultando numa intervenção direcionada e na administração de medicação específica. Neste caso concreto, é nítida a atuação em conformidade com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), particularmente ao nível dos seus enunciados descritivos. Desde logo, no que respeita ao 1º enunciado “Satisfação do cliente”, o enfermeiro privilegiou o estabelecimento de uma relação de parceria, envolvendo a PSC ativamente no planeamento dos cuidados, com o objetivo de mitigar o impacto negativo das alterações inerentes ao processo de doença. Nas consultas de enfermagem e no programa de reabilitação cardíaca, foi dada primazia ao 2º enunciado, “Promoção da saúde”, sendo promovidos estilos de vida saudáveis e reforçada a capacitação para a autogestão da condição clínica. O episódio da descompensação cardíaca identificada precocemente reflete a operacionalização eficaz do 3º enunciado, “Prevenção de complicações”, através da monitorização contínua de sinais e sintomas, da implementação atempada de intervenções clínicas específicas e da referenciação adequada para outros profissionais. Simultaneamente, este trabalho enquadra-se no 4º enunciado, “Bem-estar e autocuidado”, uma vez que o enfermeiro procurou maximizar o bem-estar da pessoa, respeitando a sua autonomia e promovendo a sua participação ativa nas decisões clínicas. Finalmente, ao potenciar a funcionalidade e a reintegração progressiva na vida quotidiana, o enfermeiro contribuiu diretamente para o 5º enunciado, “Readaptação funcional”. A articulação coerente destes domínios evidencia um compromisso claro com o 6º enunciado “Eficácia organizacional”, traduzido na capacidade de estruturar cuidados centrados na pessoa, baseados em evidência, e adequados aos recursos e contexto da instituição onde o autor estagiou.

Outro eixo de atuação foi a colaboração no projeto “Carta de Compromisso”, instrumento que formaliza objetivos acordados entre a PSC e o enfermeiro, contemplando áreas como a melhoria da alimentação, aumento da prática de exercício, vigilância de parâmetros clínicos (tensão arterial, glicemia, peso, INR), adesão à medicação, redução ou cessação do consumo de álcool e tabaco e gestão do stress. O autor participou ativamente na elaboração destas cartas, no acompanhamento telefónico pós-alta e na proposta de indicadores para avaliar o impacto do projeto, incluindo evolução do peso/IMC, hábitos alimentares, adesão terapêutica e taxas de reinternamento.

A promoção da qualidade implicou também a implementação de medidas de segurança, como a correta administração da medicação, a prevenção de infeções através da higienização adequada das mãos e do uso correto de EPI's. Paralelamente, dinamizou sessões de reflexão com a equipa multidisciplinar, onde foram discutidos casos clínicos complexos e analisadas intervenções baseadas na evidência, reforçando a prática colaborativa e a melhoria contínua. Estas práticas alinham-se com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2011) e com o Despacho n.º 5613/2015, que sublinham a importância de cuidados seguros, eficazes e adaptados às necessidades de cada pessoa. Neste contexto, o autor desenvolveu também competências relativamente ao sistema de informação e documentação, garantindo uma documentação rigorosa e completa das intervenções de enfermagem, elemento essencial para a continuidade e a valorização da prática clínica.

Na unidade de DP, o autor assumiu um papel dinâmico no desenvolvimento de iniciativas institucionais, aprofundando conhecimentos sobre diretrizes e práticas de qualidade. Para tal, recorreu à leitura crítica de protocolos e à consulta de referências normativas e científicas como as guidelines da ISPD (Li et al., 2022), o Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da OM (2017) e o Guia Orientador de Boas Práticas em DP da OE (2020).

O autor assegurou a realização da DP segundo os protocolos clínicos, com especial foco na prevenção e controlo da infeção. Estas ações impactaram diretamente a segurança e a qualidade dos cuidados, reforçando a relevância de práticas baseadas na evidência e na atualização contínua. Adicionalmente, colaborou com a equipa de enfermagem na atualização de protocolos internos, contribuindo para a elaboração de um folheto de acolhimento para o serviço (apêndice 4), concebido para facilitar a integração da pessoa em DP e assegurar que a informação transmitida estivesse alinhada com as normas mais recentes. Este envolvimento ativo na revisão e atualização dos protocolos, bem como na conceção do folheto de acolhimento, refletiu um compromisso com a promoção da qualidade e da segurança clínica. A evidência (Araújo et al, 2020) demonstra que o processo de construção coletiva e dialogada de protocolos, quando adequadamente contextualizado à realidade local, configura-se como um instrumento poderoso de

educação permanente e desenvolvimento profissional. A participação ativa do enfermeiro constitui um bom exercício formativo, permitindo aprofundar conhecimentos técnico-científicos. Para além de funcionarem como guias ético-profissionais e de suporte à tomada de decisão, os protocolos construídos de forma partilhada fortalecem a sistematização da assistência, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidado e para a construção de saberes científicos (Araújo et al, 2020). Esta prática colaborativa facilitou a organização do serviço e promoveu a qualificação contínua dos cuidados, em consonância com a enfermagem baseada na evidência e o papel transformador dos enfermeiros nos contextos de prática.

Paralelamente, o autor colaborou ativamente em programas de melhoria contínua com foco na prevenção de complicações. Segundo Szeto et al. (2017), as orientações internacionais recomendam que os programas de DP incorporem iniciativas de melhoria contínua da qualidade, com análise regular dos dados clínicos no sentido de prevenir infeções. Neste contexto, o autor participou na implementação de medidas preventivas de infeções relacionadas com o cateter de DP, como a aplicação tópica diária de gentamicina no OS do cateter de DP. Esta intervenção foi complementada por um plano educativo direcionado à pessoa e à sua família ou cuidador, integrando momentos de formação prática e teórica para garantir a correta realização do penso no domicílio. A capacitação da pessoa e/ou família para a autogestão, tanto na Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) como na Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), constitui uma competência fundamental dos enfermeiros que atuam na área específica da DP (EDTNA/ERCA, 2016). A complexidade do processo de aprendizagem nas pessoas urémicas adultas exige do enfermeiro não só conhecimentos técnicos, mas também competências de comunicação, consistência pedagógica e a convicção na capacidade de autocuidado da pessoa (OE, 2020). Neste âmbito, o autor considera ter desenvolvido de forma significativa as suas competências de capacitação da PSC, reconhecendo o papel transformador da sua intervenção para o sucesso da DP.

No que respeita à garantia de um ambiente terapêutico seguro, Sousa (2003) refere que a melhoria contínua da qualidade dos serviços depende diretamente da atualização constante e do nível de formação dos profissionais no exercício das suas funções. Neste âmbito, o enfermeiro participou em ações formativas essenciais para a segurança dos

cuidados e dos profissionais. A primeira formação em que participou foi a “Prevenção de Lesões – Movimentação e Transferência de Doentes”, realizada a 16 de outubro de 2024, com a duração de seis horas, promovida pelo Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho do hospital. A segunda sessão de formação em serviço foi organizada pelas enfermeiras tutoras da unidade de DP, tendo como tema central a abordagem terapêutica nas peritonites. Esta iniciativa está em consonância com as orientações do Guia Orientador de Boas Práticas de DP (OE, 2020), que recomenda que a formação em contexto de trabalho seja dinamizada por profissionais com competências científicas e pedagógicas, idealmente por um EEEMC-PSC. A escolha do tema revelou-se pertinente, uma vez que respondia a lacunas formativas previamente identificadas entre os profissionais da unidade. A planificação da formação deve resultar de um diagnóstico das necessidades formativas individuais dos enfermeiros (OE, 2020) o que, efetivamente, se verificou neste contexto.

Adicionalmente, o enfermeiro colaborou na elaboração do relatório anual do serviço de DP, que sintetiza as intervenções realizadas e os resultados obtidos ao longo do ano. A sua participação permitiu-lhe compreender a relevância da análise crítica baseada em dados e evidência científica para a revisão das práticas instituídas e a definição de estratégias de melhoria contínua. Esta reflexão consolidou a sua perceção sobre a importância da monitorização permanente e da adaptação dos cuidados, visando sempre a excelência na prestação de serviços e a segurança da PSC.

Em síntese, estas experiências demonstraram que o EE, ao mobilizar conhecimentos técnico-científicos, adotar práticas baseadas na evidência e integrar-se ativamente em projetos de melhoria, desempenha um papel determinante na criação de um ambiente seguro, centrado na pessoa e orientado para resultados clínicos de excelência.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A gestão dos cuidados constitui uma competência fundamental do EE, permitindo otimizar as respostas da equipa de enfermagem, assegurar a qualidade e segurança das intervenções e garantir que as tarefas delegadas são executadas de forma eficaz. No estágio realizado no serviço de cardiologia, o autor teve oportunidade de observar e

aplicar este domínio em diferentes contextos, consolidando competências essenciais à prática clínica especializada. No âmbito da otimização do processo de cuidados e da tomada de decisão clínica, o EE assume um papel de assessoria e colaboração estreita com a equipa multidisciplinar, influenciando diretamente o plano de cuidados da PSC. Um exemplo ilustrativo da prática colaborativa no contexto do estágio ocorreu na gestão de um caso de IC descompensada. Através de uma articulação eficaz entre a equipa de enfermagem e médica, foi possível proceder ao ajuste da medicação e instituir uma vigilância clínica rigorosa, o que se traduziu numa melhoria do estado clínico da pessoa. Este episódio evidencia a relevância das intervenções interdependentes na prestação de cuidados integrados. De acordo com o artigo 9.º do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96,1996) as intervenções interdependentes são aquelas que os enfermeiros realizam em consonância com outros profissionais de saúde, no âmbito de planos de ação definidos pelas equipas multidisciplinares, baseando-se em prescrições ou orientações formalizadas, sempre de acordo com as respetivas qualificações profissionais. Este tipo de atuação valoriza a complementaridade das diferentes disciplinas e reforça o papel ativo do enfermeiro na concretização de objetivos terapêuticos comuns. Refletindo sobre as intervenções autónomas, o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96,1996) estabelece que correspondem às ações realizadas sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, abrangendo áreas como a prestação de cuidados, gestão, ensino, formação, assessoria e investigação em enfermagem. A supervisão clínica, neste contexto, constitui uma intervenção autónoma em enfermagem. Tal como definido no Regulamento n.º 366/2018 da OE, o exercício da supervisão clínica é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, promovendo a qualidade do acompanhamento e o desenvolvimento de competências. Trata-se de uma componente essencial para a construção crítico-reflexiva da identidade profissional, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados, e consequentemente, para ganhos efetivos em saúde. De igual modo, o Parecer n.º 01/2025 do Conselho Jurisdicional e do Conselho de Enfermagem da OE (OE, 2025), reforça que a supervisão clínica é fulcral para a integração dos estudantes de Enfermagem no contexto real da prestação de cuidados. Além de fomentar competências técnicas, prepara os estudantes para a complexidade dos contextos

clínicos, assegurando a qualidade assistencial e o respeito pelos princípios éticos. O autor beneficiou da orientação próxima e contínua da sua tutora, o que lhe permitiu consolidar conhecimentos e competências no domínio da supervisão e também adquirir bases sólidas para o futuro desempenho de funções como supervisor clínico. No âmbito do programa de reabilitação cardíaca, participou ativamente em sessões de educação para a saúde sobre temas como aterosclerose, dislipidemia, cessação tabágica, obesidade e diabetes, intervindo junto de pessoas em fase pós-enfarte e reforçando a importância da prevenção secundária na abordagem à doença cardiovascular.

No que respeita à adaptação da liderança e à gestão de recursos face às necessidades contextuais, destacou-se a atuação da enfermeira gestora do serviço. Perante uma equipa constituída por enfermeiros em fase de integração e profissionais em formação académica, procedeu a uma reorganização estratégica dos recursos humanos, assegurando simultaneamente a prestação de cuidados de elevada qualidade e a criação de condições propícias ao desenvolvimento de competências dos formandos. Esta capacidade de liderança flexível e assertiva revelou-se particularmente crucial em períodos de maior exigência assistencial, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados. Esta atuação está em consonância com o disposto no Regulamento n.º101/2015, que refere que o enfermeiro gestor deve garantir práticas profissionais e éticas, organizando os serviços e otimizando a resposta às necessidades em cuidados de saúde. Torna-se evidente que a enfermeira gestora desempenhou um papel essencial na articulação entre a qualidade assistencial e o desenvolvimento profissional da equipa, assegurando um ambiente de trabalho propício à aprendizagem e à melhoria contínua.

Por fim, a liderança em enfermagem revelou impacto direto na gestão eficiente dos recursos e na segurança assistencial. Um exemplo foi a escassez de equipamentos de telemetria, que exigiu uma priorização criteriosa dos casos clinicamente mais urgentes. Esta decisão foi sustentada por uma liderança colaborativa, que envolveu a consulta e a valorização das opiniões da equipa, promovendo uma cultura de participação e corresponsabilização. Segundo Melo et al. (2017), parafraseando o Conselho Internacional de Enfermeiras (2015), num contexto de saúde cada vez mais complexo e marcado por restrições económicas, os enfermeiros assumem um papel central na promoção da eficiência e da efetividade dos cuidados. Este grupo profissional, o mais

numeroso e estrategicamente posicionado nos sistemas de saúde, tem um contributo decisivo na melhoria dos resultados em saúde, promovendo uma utilização racional dos recursos e assegurando cuidados de elevada qualidade. Cabe, aos enfermeiros o papel de agentes de mudança, capazes de responder às prioridades em saúde e de adaptar, de forma harmoniosa e eficiente, o ambiente do serviço às exigências emergentes.

Na unidade de DP, a colaboração estreita com enfermeiras, nefrologistas e assistente social permitiu ajustar intervenções às necessidades específicas de cada PSC, assegurando uma abordagem integrada e centrada na pessoa. O desenvolvimento da competência para documentar os cuidados de enfermagem no sistema SClínico revelou-se essencial para sustentar decisões clínicas fundamentadas em evidência, assegurar a rastreabilidade das intervenções e potenciar a comunicação entre os elementos da equipa de enfermagem. A produção de registos claros, objetivos e devidamente estruturados permitiu monitorizar a evolução clínica da PSC e, também, reforçar a articulação interprofissional, promovendo a continuidade e coerência dos cuidados ao longo do percurso assistencial. Conforme reconhecido no Parecer do Conselho Jurisdicional da OE (OE, 2014), os registos de enfermagem constituem uma forma de comunicação escrita que fornece informação essencial e objetiva aos profissionais de saúde, sendo determinantes para a continuidade dos cuidados e traduzindo, em termos legais, a concretização dos cuidados efetivamente prestados.

A participação no Curso de Comunicação Clínica em Nefrologia (anexo 1) contribuiu também para o aperfeiçoamento de competências comunicacionais, basilares para a interação com a PSC. O enfermeiro de DP deve ter uma boa capacidade de comunicação (OE, 2020) e compreensão pois, todas as pessoas aprendem de modo diferente. Este deverá recorrer a métodos ou estratégias de ensino que facilitem a comunicação.

Na adaptação da liderança e gestão de recursos, o autor promoveu uma utilização criteriosa de consumíveis e equipamentos em DP. Em colaboração com as tutoras, participou pontualmente nos pedidos de material, assegurando a disponibilidade conforme as necessidades do serviço.

A adoção de um estilo de liderança ajustado ao contexto demonstrou ser crucial para a criação de um clima organizacional positivo, promovendo o envolvimento ativo da equipa

multidisciplinar e assegurando a prestação de cuidados centrados na PSC e orientados para a excelência. De acordo com a OE (2020), os enfermeiros devem exercer a sua liderança no apoio à gestão da doença crónica, adotando comportamentos proativos na prevenção primária e secundária e no desenvolvimento de competências e na promoção da inovação, com vista à melhoria contínua da qualidade de vida das pessoas.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O estágio realizado no serviço de cardiologia abrangeu, de forma integrada o autoconhecimento, a assertividade e a prática baseada em evidência científica. Houve uma reflexão contínua sobre capacidades, limitações e áreas de melhoria, particularmente devido à menor experiência prévia em contexto de internamento e cardiologia. Este exercício crítico, associado a um processo gradual de aquisição e consolidação de competências técnico-científicas, permitiu mitigar fragilidades e otimizar a integração na equipa. O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade revelou-se essencial para estabelecer relações terapêuticas, quer com as PSC, quer com a equipa multidisciplinar. A prática reflexiva constituiu um dos pilares centrais deste estágio, revelando-se essencial para o desenvolvimento profissional. Como afirmam Peixoto e Peixoto (2016), a prática reflexiva adquire especial relevância no contexto clínico, dado ser este o ambiente onde os enfermeiros articulam os conhecimentos teóricos com as situações reais da prática, frequentemente marcadas pela imprevisibilidade e pela exigência de tomada de decisão rápida e fundamentada. Assim, a prática reflexiva é reconhecida como uma competência indispensável na formação em enfermagem, promovendo a autoconsciência e a prestação de cuidados mais seguros e fundamentados. A adoção de uma postura reflexiva, antes, durante e após a ação permite uma aprendizagem mais profunda e um desempenho clínico mais eficaz.

A gestão das emoções e a atuação sob pressão foram também amplamente exercitadas, sobretudo em cenários clínicos complexos e de maior risco, como a admissão de pessoas após implantação de DECI ou após ICP na sequência de enfarte agudo do miocárdio. Nestas circunstâncias, manter serenidade, antecipar complicações imediatas e executar intervenções adequadas foi determinante para garantir cuidados seguros e eficazes.

A prática clínica foi sustentada pela evidência científica, assegurando decisões informadas e intervenções eficazes. No programa de reabilitação cardíaca, aplicaram-se recomendações internacionais, incluindo o Descodificador de Rótulos Alimentares (DGS, s.d.) que capacitou as pessoas com patologia cardiovascular a tomar decisões nutricionais mais conscientes. Este recurso, entregue a todos os participantes, revelou-se uma ferramenta prática para a autogestão. O papel de facilitador da aprendizagem em contexto clínico foi igualmente valorizado. Em articulação com a enfermeira tutora, identificaram-se necessidades formativas na equipa relacionadas com a DRC pelo que foi planeada uma sessão de formação. Este contributo visou reforçar o conhecimento técnico da equipa, aumentar a destreza das intervenções e melhorar a capacidade de resposta em contexto assistencial. A participação numa formação de serviço sobre diabetes e cuidados de enfermagem permitiu igualmente aprofundar conhecimentos nesta área, reforçando a preparação para a abordagem integral da PSC.

Na unidade de DP, a reflexão diária sobre as interações e o feedback das tutoras favoreceram uma maior consciência pessoal e profissional, permitindo identificar incongruências e promover ajustes que resultaram numa prática clínica mais consciente e eficaz. A participação ativa em iniciativas da unidade como a implementação de novos protocolos relacionados com os cuidados ao OS do cateter de DP, constituiu um momento-chave de crescimento. A adaptação a novas práticas assegurou o alinhamento dos protocolos clínicos com a evidência mais recente, reforçando a assertividade na decisão e consolidando o papel de agente facilitador de mudanças no serviço.

A sua prática foi orientada pelos princípios da enfermagem baseada na evidência (PBE), traduzindo um compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados. Segundo Pereira et al (2012), a PBE é o processo pelo qual os enfermeiros tomam decisões clínicas com base na melhor evidência científica, integrando a experiência profissional, as preferências da pessoa e os recursos disponíveis. Esta abordagem promove intervenções mais seguras, eficazes e participadas, contribuindo para a excelência e humanização dos cuidados. Num contexto clínico novo, o autor considera que fez investimento diário na consolidação de conhecimentos técnicos e científicos, garantindo que as suas intervenções fossem sustentadas pelas recomendações mais atualizadas, pela sua experiência profissional, pela preferência da pessoa e recursos existentes. Este

compromisso refletiu-se na atualização contínua de protocolos e orientações em colaboração com a equipa de enfermagem, assegurando que os cuidados se mantivessem alinhados com as melhores práticas.

A participação no registo de indicadores de qualidade e na elaboração de relatórios com dados clínicos e estatísticos atualizados, contribuiu para o reforço do sentido de responsabilidade profissional e da importância de uma PBE. De forma sistemática, eram registados o número de consultas de enfermagem programadas e não programadas (presenciais e não presenciais); consultas conexas com o nefrologista; consultas de esclarecimento, de adequação; substituição do prolongador do cateter; complicações associadas à terapêutica (infecções do orifício de saída, infecções do túnel subcutâneo, peritonites, desconexões acidentais, roturas do cateter ou do prolongador, eventos de obstrução e disfunção mecânica); número de internamentos e motivos; entradas e saídas do programa de DP e atividades formativas realizadas (ensino inicial e re-treino e formação em serviço). Tal como preconiza a OE (2020), cabe ao EE garantir o rigor e qualidade dos dados clínicos, elementos fundamentais para a segurança pessoa e para a eficácia da intervenção terapêutica. A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem deve responder à complexidade e especificidade da prática, refletindo a interação entre estrutura, processo e resultados (OE, 2020). Neste sentido, os indicadores assumem um papel central, podendo ser utilizados para monitorizar e melhorar a qualidade, apoiar decisões políticas e regulatórias, e investigar o impacto dos cuidados de enfermagem nos resultados em saúde. O EE é, assim, o profissional mais capacitado para acompanhar esta informação, pela sua ação dinamizadora no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas, bem como pelo envolvimento em projetos institucionais de avaliação da qualidade dos cuidados (OE, 2020).

Em síntese, todas estas experiências permitiram consolidar competências de reflexão crítica, autoconhecimento e comunicação assertiva, integrando a evidência científica na prática diária e promovendo um ambiente de aprendizagem contínua. Este processo de desenvolvimento reforçou a capacidade de contribuir ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, confirmando que a atualização permanente e o compromisso com a excelência profissional são pilares essenciais da prática do EE.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O desenvolvimento das competências do EEEMC-PSC, implica a integração de conhecimento científico, pensamento crítico e experiência clínica especializada. Este processo, orientado pelas diretrizes da OE e regulamentado pelo Regulamento n.º 429/2018, visa garantir cuidados seguros, de elevada qualidade e centrados na PSC e na família. Num cenário em que mais de 80% das mortes em Portugal decorrem de doenças crónicas, estas competências assumem uma relevância acrescida (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O EE atua de forma integrada e multidisciplinar na estabilização e manutenção do estado de saúde e também na melhoria da qualidade de vida, na promoção da autonomia e no reforço do bem-estar global da Pessoa e da família.

3.1. CUIDA DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

A gestão de doenças crónicas requer intervenções contínuas em contextos hospitalares, domiciliários e comunitários. A competência “Cuida da Pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” assume-se como central para o EEEMC-PSC.

3.1.1. Identificação das necessidades da Pessoa, família e cuidadores

No serviço de cardiologia, o autor dedicou-se à avaliação das necessidades de pessoas com patologia cardiovascular, das suas famílias e cuidadores. Esta avaliação foi realizada através de contactos regulares no internamento e nas consultas de Enfermagem, estabelecendo uma relação terapêutica que permitiu adaptar a comunicação, promover o envolvimento e adequar os cuidados. “É importante gerir toda a informação, sendo que as intervenções devem ser úteis e oportunas, ajustadas às necessidades da pessoa e ao momento” (OE, 2022, p.137). As intervenções incluíram a educação para a saúde sobre sinais de alerta, prevenção de complicações e cuidados específicos em patologias como o síndrome coronário, com o objetivo de reforçar a capacidade de reconhecimento precoce e intervenção atempada. Foram disponibilizados folhetos informativos sobre IC, implantação de pacemaker e cateterismo cardíaco, contribuindo para o aumento da literacia em saúde. Nas consultas de Enfermagem à pessoa com IC realizaram-se avaliações iniciais completas, fornecendo orientações sobre sinais de alerta e estratégias de autocuidado adaptadas à patologia. O acompanhamento incluiu contactos telefónicos para reforçar a adesão a medidas de controlo dos fatores de risco modificáveis e documentação no sistema SClinico. Nas consultas de enfermagem à pessoa com IC, foram realizadas avaliações iniciais completas, com o objetivo de identificar necessidades específicas e orientar para a gestão da condição crónica. A intervenção centrou-se na identificação de sinais de alerta e na promoção de estratégias de autocuidado. O acompanhamento clínico incluiu contactos telefónicos de reforço, destinados a melhorar a adesão terapêutica e a implementação de medidas de controlo dos fatores de risco modificáveis, como a dieta, a ingestão hídrica e o exercício físico. Todas as intervenções foram registadas no SClinico, assegurando a rastreabilidade da informação e a continuidade dos cuidados. A gestão eficaz da IC exige que a pessoa integre a toma da medicação como um comportamento regular de autocuidado, incorporando-o de forma sistemática nas suas rotinas diárias (Oliveira et al., 2013). Embora não tenha sido possível acompanhar um caso clínico específico, a diversidade de situações experienciadas possibilitou a consolidação de aprendizagens significativas no processo de identificação das necessidades da Pessoa, da família e dos cuidadores.

A experiência desenvolvida na unidade de DP permitiu aprofundar esta competência. A identificação das necessidades foi realizada através de entrevistas informais e diálogos com a pessoa, familiares e cuidadores, criando um espaço de confiança que possibilitou compreender preocupações, expectativas e dificuldades. Este conhecimento sustentou a construção de planos de cuidados individualizados, ajustados à realidade sociocultural e clínica de cada caso. Neste processo, o EE assume um papel central, ao formular diagnósticos de enfermagem e planejar intervenções que promovam a capacitação da pessoa e da família para o autocuidado, facilitando a adaptação ao processo de transição saúde/doença e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (OE, 2020). A participação ativa nas consultas de Enfermagem dirigidas à PSC permitiu adequar intervenções a cada contexto. Tal como refere a OE (2020) todas as unidades de DP devem dispor de consultas de enfermagem autónomas, individualizadas e com padrão de cuidados de enfermagem próprio que permitam ao enfermeiro a conceção, implementação e avaliação do processo de enfermagem pois, a consulta de enfermagem é fundamental para que a pessoa fique capacitada para a realização da técnica em segurança, permitindo alcançar os melhores resultados (Figueiredo et al, 2016). Sempre que adequado, foi ainda prestada informação sobre recursos de apoio, como a APIR, e disponibilizados links com materiais específicos para facilitar a execução segura da DP, no domicílio, como os cintos de DP. O encaminhamento na unidade vai de encontro ao definido no Regulamento n.º 1226/2023. Este regulamento refere que o enfermeiro com competência acrescidas diferenciada em Enfermagem em Diálise desenvolve um processo de cuidados de enfermagem diferenciado à pessoa em programa regular de diálise e família/cuidador, num contexto de atuação multidisciplinar, garantindo um atendimento integral, preventivo, efetivo, adequado e oportuno com uma transição segura na adaptação à sua condição de saúde, autocuidado e adesão ao regime terapêutico.

3.1.2. Promoção de Intervenções Especializadas

A transição saúde/doença, inerente à vivência da doença crónica, foi apoiada através da implementação de intervenções especializadas, destacando-se a educação para a

saúde. Pela relevância que esta assume no cuidado à PSC, o autor elegeu-a como uma das áreas a aprofundar ao longo do ensino clínico.

Durante o estágio de cardiologia, foram elaborados planos de cuidados individualizados, acompanhados de avaliações contínuas das intervenções. Esta metodologia permitiu não só garantir respostas adequadas às necessidades específicas da pessoa, da família e dos cuidadores, como também potenciar oportunidades de educação para a saúde, fundamentais na consciencialização e promoção de estilos de vida mais saudáveis. A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda a implementação de medidas educacionais sustentadas, essenciais para promover mudanças no estilo de vida das pessoas com patologia cardiovascular. Neste contexto, a enfermagem assume um papel preponderante, sendo da responsabilidade do enfermeiro capacitar a PSC para a aceitação do seu estado de saúde e para a consciencialização da relação entre o estilo de vida e a progressão da doença cardiovascular. Assim, assegura-se um processo de transição saúde-doença mais adequado e sustentado para a pessoa e sua família (OE, 2022). Nas consultas de Enfermagem à Pessoa com IC congestiva foi realizada educação estruturada sobre o regime terapêutico, visando capacitar a Pessoa e a família para a autogestão da doença. No programa de reabilitação cardíaca, o autor participou em sessões educativas e motivacionais, reforçando hábitos saudáveis e estratégias de controlo. A assinatura da carta de compromisso formalizou o envolvimento no processo terapêutico e possibilitou o acompanhamento contínuo e a adaptação das intervenções à nova condição de saúde.

Na unidade de DP foram implementadas ações educativas, de caráter teórico e prático, com o objetivo de capacitar a pessoa, a família e o cuidador para a realização da DP, enquanto TSFR. De acordo com a OE (2020), a DP configura-se como uma técnica de autocuidado, exigindo por isso um período preparatório, habitualmente designado por treino ou ensino, que deve ser preferencialmente conduzido por um EEEMC-PSC. É através deste processo educativo que a pessoa e a família/cuidador adquirem competências que lhes permitem alcançar autonomia na gestão dos diferentes aspetos relacionados com a execução do tratamento. Para corresponder a esta exigência, o autor aprofundou os seus conhecimentos acerca do ensino dirigido à pessoa com DRCT em DP, recorrendo à leitura e análise dos protocolos institucionais.

No contexto da DP, a adesão ao regime terapêutico é fundamental, uma vez que se trata de uma técnica domiciliária, na qual a pessoa assume a autonomia para executar os procedimentos. Os diagnósticos de enfermagem são registados no programa SClinico através do foco “comportamento de adesão”, sendo utilizadas como intervenções de diagnóstico “avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” e “avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão”. Nos casos em que o potencial de conhecimento da pessoa é insuficiente, identifica-se um familiar ou cuidador como principal alvo da intervenção, complementando-se o planeamento dos ensinios com o foco “papel do prestador de cuidados”. Os conteúdos abordados nos ensinios incluem: conceitos fundamentais sobre a DP; modalidades de DP (DPCA e DPA); procedimentos técnicos e potenciais complicações (mecânicas e infecciosas); fisiologia e características físico-químicas da solução de diálise; administração de medicação nas bolsas de solução; cuidados com o cateter (orifício de saída e local de inserção); regras de higiene (uso de máscara, lavagem e desinfeção das mãos, preparação da área para DP) e cuidados de higiene corporal; monitorização de sinais vitais (tensão arterial, pulso e temperatura); autovigilância; controlo do peso corporal; identificação de sinais de sobrecarga hídrica ou desidratação e orientações relativas ao regime dietético. A aquisição de conhecimentos por parte da pessoa, família ou cuidador é documentada no programa SClinico, através da modificação dos itens “não demonstrado” para “demonstrado”. Os ensinios são planeados com a indicação da data e a especificação do tema a abordar. A avaliação das intervenções é realizada através da terminologia padronizada em notas de enfermagem: “competente” (sabe e faz), “pouco competente” (sabe, mas não faz), “não competente” (não sabe/não faz) e “não se aplica”.

O diagnóstico de autocuidado comprometido relacionado com a técnica de diálise peritoneal é sustentado por dados observacionais e clínicos recolhidos sistematicamente ao longo do acompanhamento da pessoa em situação crónica, nomeadamente através da observação direta da execução da técnica de DP e do penso do local de saída do cateter e da monitorização da ocorrência de complicações associadas à DP. Na prática, estes dados são registados em instrumentos institucionais estruturados, como a grelha de avaliação e ensino da técnica de diálise peritoneal que permite documentar, de forma sistemática, aspetos como a correta execução das etapas da técnica, os cuidados de

higiene e assepsia, a vigilância do orifício de saída, a identificação de sinais de infecção do local de saída ou do túnel subcutâneo, a presença de fugas, ruturas ou contaminações, bem como a necessidade de reforço educativo, instrução ou re-treino. A identificação de dificuldades nestes domínios como erros técnicos, incumprimento de etapas críticas do procedimento, sinais inflamatórios no local de saída, episódios de contaminação, ou necessidade repetida de correção constitui evidência para o diagnóstico de autocuidado comprometido relacionado com a técnica. A utilização desta grelha permite ainda comparar a avaliação diagnóstica inicial com avaliações subsequentes, documentando a evolução das competências da pessoa, a eficácia dos ensinamentos realizados e a necessidade de reforço, ajustando o plano de cuidados e o envolvimento do cuidador.

Relativamente à avaliação da evolução da condição, a monitorização é realizada principalmente através dos re-treinos da técnica e do penso do local de saída do cateter, que assumem simultaneamente uma função avaliativa e interventiva. Os re-treinos da técnica são realizados, de forma sistematizada, cerca de sete dias após o início da técnica e posteriormente a cada seis meses, ou sempre que se identificam desvios, intercorrências ou alterações no contexto da pessoa. Quanto ao penso é realizado em todas as consultas pela própria pessoa ou cuidador, sob observação da enfermeira, permitindo avaliar continuamente a adesão, a destreza técnica e o cumprimento das normas de assepsia.

Assim, os dados recolhidos através da observação direta, dos registos estruturados e dos re-treinos da técnica constituem o suporte para o diagnóstico de autocuidado comprometido e para a avaliação da sua evolução, permitindo ao enfermeiro especialista intervir de forma precoce, individualizada e fundamentada, promovendo a autonomia da pessoa e prevenindo complicações associadas à diálise peritoneal.

Segundo Figueiredo et al. (2016), o treino deve ser realizado em dias consecutivos, evitando interrupções superiores a 48 horas. Em cada dia, é recomendada a realização de intervalos entre as sessões, de forma a respeitar o ritmo de aprendizagem da pessoa, não devendo cada sessão ultrapassar 30 minutos. Na unidade de DP, estas orientações são integralmente seguidas: embora não exista um número máximo de sessões definido,

estabelece-se como mínimo seis sessões de ensino. Antes da conclusão final da formação, é entregue a documentação das empresas de apoio, como o “Guia do Doente em Diálise Peritoneal” da Baxter ou “O Seu Guia Pessoal de DP” da Fresenius Medical Care. São também facultados os contactos telefónicos úteis, incluindo os da unidade, da equipa de enfermagem e da empresa de apoio. O processo de capacitação é considerado concluído quando a pessoa, familiar ou cuidador demonstra competência para executar a técnica de forma autónoma e segura. A validação global do processo formativo implica a aquisição de conhecimentos em todas as áreas abordadas, o que se traduz pela evolução do diagnóstico de enfermagem de “potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão” para “conhecimento para promover comportamento de adesão”. Parafraseando Bernardini et al. (2006), um programa formal e estruturado constitui o método mais eficaz para preparar a pessoa e a família/cuidador para o autocuidado em contexto de doença crónica. O processo de aprendizagem não deve limitar-se à transmissão de informação para mera memorização, mas antes assentar na elaboração de um plano de ensino que oriente o desenvolvimento de competências. Adicionalmente, a OE (2020, p. 12) sublinha que “as Unidades de DP devem garantir à pessoa, família e/ou cuidador e ainda aos diferentes profissionais ligados à DP um programa bem estruturado que permita o ensino, a instrução e o treino da pessoa, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados.” O ensino dirigido à pessoa, família ou cuidador em DP constitui uma área de excelência para o exercício das intervenções autónomas de enfermagem. Com base na sua observação, o autor considera que o ensino está adequadamente implementado, tendo tido a oportunidade de participar ativamente neste processo. As sessões teóricas foram complementadas com atividades práticas, que abrangeram o treino da técnica de DP, a correta higienização das mãos, os cuidados ao OS e a identificação precoce de sinais de complicação. Em suma, a experiência de ensino na unidade de DP evidenciou que a capacitação da pessoa, família e cuidadores, quando sustentada em programas estruturados e baseados em metodologia científica, contribui decisivamente para a promoção da autogestão, a melhoria da segurança e a otimização dos resultados em saúde.

3.1.3. Liderança no Desenvolvimento de Procedimentos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção

O exercício da liderança na prevenção, intervenção e controlo de infeções constituiu uma competência central desenvolvida ao longo do estágio. No serviço de cardiologia, o autor assegurou a aplicação rigorosa dos protocolos institucionais, colaborando com a equipa multidisciplinar na implementação de estratégias que visam não só prevenir infeções, mas também reduzir a resistência aos antimicrobianos. Entre as atividades desenvolvidas, destacou-se a implementação de precauções básicas e específicas, durante a admissão da PSC. De acordo com a Norma n.º 029/2012 (DGS, 2012), na admissão da pessoa no serviço deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação deve ser realizada e registada no processo clínico até 24 horas após a admissão, sendo depois atualizada em função da evolução clínica (DGS, 2012). Paralelamente, foi promovida a sensibilização das pessoas com patologia cardíaca, familiares e cuidadores para a importância da prevenção de infeções, com particular enfoque na correta higienização e desinfeção das mãos, sobretudo durante as visitas. Neste âmbito, importa referir a Norma n.º 007/2019 (DGS, 2019) sobre higiene das mãos nas unidades de saúde, que recomenda a divulgação de informação dirigida à pessoa e visitantes, incentivando parcerias entre estes e os profissionais de saúde na promoção da prática. A PSC e os seus familiares devem ser integrados e instruídos nas medidas e técnicas de higiene das mãos, de forma a compreenderem o seu papel ativo na sua própria segurança, na segurança dos familiares e das restantes pessoas hospitalizadas.

Na unidade de DP o enfermeiro aprofundou o conhecimento dos planos e diretrizes de prevenção e controlo de infeção vigentes a nível local, regional e nacional, garantindo a sua conformidade com as políticas institucionais e assegurando que se encontravam atualizadas. Foram adquiridos conhecimentos técnicos essenciais para serem transmitidos à PSC, familiares e cuidadores, promovendo práticas seguras e consistentes de prevenção e controlo de infeção no contexto domiciliário. A atividade incluiu a monitorização contínua das taxas de infeção em DP, com registo e análise de indicadores específicos, como a incidência de peritonite e de infeções no OS do cateter. A revisão periódica dos dados estatísticos e relatórios internos da unidade permitiu discutir os resultados com a equipa multidisciplinar e propor ações corretivas baseadas nas

tendências identificadas, garantindo uma resposta célere e proativa perante potenciais riscos, o que permitiu ao enfermeiro em formação aprender mais sobre os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem refletem a forma como os enfermeiros contribuem para a saúde da população e como planeiam, atuam e avaliam a sua ação profissional e processo de decisão autónoma (OE, 2004).

Quanto ao controlo de infeção, este constitui um dos pilares fundamentais na unidade de DP sobretudo pela necessidade de prevenir uma das complicações mais graves associadas a este tratamento, a peritonite relacionada com a DP. De acordo com a Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal (ISPD) trata-se da infeção mais frequente neste contexto, com impacto significativo ao nível da utilização acrescida de cuidados de saúde, aumento da dor e dos custos do tratamento, possibilidade de transferência para hemodiálise e até mortalidade (Li et al., 2022). Durante o estágio na unidade, o enfermeiro deparou-se com um caso clínico que ilustra a importância desta competência. Após contacto telefónico de uma pessoa por dor abdominal intensa e efluente turvo, foi articulado o seu encaminhamento para a unidade de DP mais próxima, dada a distância à unidade de seguimento. No dia seguinte, a pessoa e a sua mãe dirigiram-se ao serviço e questionaram a diferença entre os antibióticos usados - cefazolina e ceftazidima - face ao protocolo habitual com vancomicina e ceftazidima. O enfermeiro, com a tutora, esclareceu que, segundo a ISPD (Li et al., 2022), o tratamento empírico deve garantir cobertura para gram-positivos e gram-negativos, sendo os esquemas adaptados a cada centro, sem superioridade comprovada entre eles. O esclarecimento foi validado pelo nefrologista. Adicionalmente, foram informadas de que poderiam consultar toda esta informação na ISPD Peritonitis Recommendations: 2022 Update (Li et al., 2022), tendo-lhes sido fornecido o link de acesso ao documento, reforçando a transparência e a literacia em saúde da pessoa e da cuidadora, que demonstraram satisfação com a resposta. A tutora destacou a pertinência da dúvida e o papel do enfermeiro na comunicação fundamentada e promotora de confiança. Por sua vez, o autor considera que o seu papel no esclarecimento e na articulação com a equipa de enfermagem e médica foi igualmente relevante, tendo a leitura prévia dos protocolos internos e das guidelines internacionais permitido fundamentar a sua intervenção. O esclarecimento

assertivo transmitido à pessoa e à família contribuiu para reforçar a sua confiança. Em suma, o enfermeiro reconhece que o EE deve manter uma prática profissional sustentada na evidência científica, integrando nos cuidados informações provenientes de investigação recente, de forma a assegurar cuidados informados e fundamentados o que corrobora o descrito no Regulamento n.º 140/2019.

A prevenção da infeção do OS do cateter de DP é outro aspeto relevante na unidade. Segundo Chow et al. (2023), a infeção do OS representa um fator de risco acrescido para a ocorrência de peritonites e para a necessidade de remoção do cateter de DP, o que reforça a importância da monitorização regular do OS e da promoção do autocuidado na execução dos respetivos cuidados. Após a remoção do material de sutura no local de inserção do cateter, os pensos passam a ser realizados com técnica limpa. Todos os procedimentos e intervenções de enfermagem são registados no SClinico, no separador “cuidados com cateter de diálise peritoneal”, sendo as principais intervenções documentadas: “ensinar sobre dispositivos”, “executar tratamento ao local de inserção do cateter”, “otimizar cateter”, “vigiar local de inserção do cateter” e “vigiar penso do cateter”.

Nesta fase iniciam-se os ensinamentos à pessoa, família ou cuidador: primeiro com demonstração da técnica do penso, depois com execução sob voz de comando e, por fim, de forma autónoma, até ser considerada competente para realizar o procedimento no domicílio, recebendo então o material necessário. Os conteúdos incluem preparação do ambiente, regularidade, higiene, sinais de infeção ou traumatismo e atuação adequada perante complicações. Nas consultas de seguimento, o penso é realizado pelo próprio, com duplo objetivo de reforçar a técnica e avaliar precocemente o estado do OS. Da análise dos registos do relatório interno do serviço, foi possível constatar um aumento do número de infeções do OS do cateter de DP no ano de 2024, comparativamente a 2023. Em 2023, a taxa de infeção do OS foi de 0,38 episódios, mantendo-se abaixo do valor de referência definido pela International Society for Peritoneal Dialysis (Li et al., 2022), que recomenda um máximo de 0,4 episódios por pessoa/ano. De acordo com Chow et al. (2023), a infeção do OS pode ser definida pela presença de exsudado purulento, com ou sem rubor local, enquanto a infeção do túnel se caracteriza pela presença de rubor, edema, sensibilidade ou tumefação ao longo do trajeto subcutâneo do cateter de DP. Atendendo a que esta problemática constituía uma das maiores

preocupações da unidade, realizaram-se diversas reuniões informais entre a equipa de enfermagem e o médico nefrologista, com o objetivo de identificar potenciais causas para o aumento observado e definir estratégias de prevenção. Da leitura das recomendações da ISPD – Catheter-related Infection Recommendations: 2023 Update (Chow et al, 2023), verificou-se que uma das medidas recomendadas consiste na aplicação tópica diária de creme ou pomada antibiótica (mupirocina ou gentamicina) no OS do cateter, como forma de prevenir infeções relacionadas com o cateter. Na prática da unidade, esta aplicação era realizada apenas em situações excecionais. Perante a evidência disponível, decidiu-se alinhar a prática com as recomendações da ISPD, passando a realizar-se sistematicamente os pensos do OS com gentamicina tópica.

3.1.4. Avaliação dos Resultados

O acompanhamento próximo permitiu monitorizar a eficácia das intervenções especializadas, recorrendo quer à observação direta e consultas presenciais, quer a contactos telefónicos, assegurando uma avaliação permanente do estado de saúde e da adesão às orientações transmitidas. Este processo possibilitou identificar áreas de melhoria e ajustar o plano de cuidados, garantindo que as necessidades da pessoa com patologia cardíaca fossem satisfeitas de modo adequado e seguro. A participação ativa nas sessões de reabilitação cardíaca constituiu outro recurso relevante para avaliar os resultados. O diálogo com os participantes acerca das aprendizagens adquiridas e das mudanças implementadas no seu estilo de vida, desde a sessão anterior, permitiu aferir o impacto das intervenções educativas e reforçar estratégias de adesão.

Na unidade de DP e com o objetivo de reforçar a prevenção da infeção relacionada com o cateter, as orientações internacionais recomendam que os programas de DP implementem projetos de melhoria contínua da qualidade, que permitam monitorizar e analisar os dados resultantes das intervenções adotadas, avaliando a sua eficácia na redução das infeções (Szeto et al., 2017). Apesar do interesse em avaliar o impacto da aplicação da pomada de gentamicina no OS do cateter de DP, o término do estágio coincidiu com uma fase ainda precoce de implementação, pelo que não foi possível apurar resultados consistentes, no entanto, a principal conclusão que se retira desta

experiência vivenciada é que o EE deve manter uma prática clínica sustentada em evidência científica, adaptando os cuidados às recomendações mais recentes e articulando-se com a equipa multidisciplinar para reforçar a segurança e a qualidade assistencial. A integração de protocolos atualizados e o investimento na literacia em saúde da pessoa e da família são determinantes para a prevenção de complicações como a infeção do orifício de saída.

A participação em consultas regulares de enfermagem e em consultas conexas, complementada por contactos telefónicos frequentes com a pessoa com DRC, proporcionou momentos privilegiados para discutir a evolução dos planos de cuidados. Estas interações possibilitaram a avaliação direta da resposta ao tratamento e ao apoio prestado, permitindo adaptar as intervenções às necessidades emergentes. Os dados recolhidos nos diferentes contactos foram alvo de análise sistemática, constituindo suporte essencial para a tomada de decisões informadas relativamente à continuidade ou modificação dos cuidados. Esta monitorização contínua assegurou que as intervenções permanecessem pertinentes, eficazes e ajustadas às alterações do estado de saúde da PSC.

Paralelamente, verificou-se uma colaboração ativa na vigilância, monitorização e apoio terapêutico, recorrendo quer à análise dos registos de autogestão da pessoa, quer à consulta da plataforma Sharesource. Por se tratar de um recurso inovador e até então pouco conhecido pelo autor no contexto de telemonitorização, este aprofundou o estudo da aplicação Sharesource, analisando diversos artigos científicos que abordam a sua utilização (apêndice 5). A análise da evidência científica (Amici et al., 2021; Blaauw, 2019; Chang et al., 2023; Crepaldi et al., 2019; Eyolfson, 2019; Giuliani et al., 2019; Manani et al., 2019; Uchiyama et al., 2022) demonstra que a utilização desta plataforma contribui para uma melhoria na adesão ao tratamento, refletindo-se em ganhos significativos na continuidade da DP; melhoria dos resultados laboratoriais, nomeadamente no controlo do potássio sérico; deteção precoce de complicações clínicas, permitindo intervenções atempadas e reduzindo a ocorrência de eventos urgentes; resolução de problemas em ambiente domiciliário, evitando deslocações desnecessárias ao hospital; melhoria da qualidade de vida, através da diminuição do impacto das complicações e da maior segurança no tratamento; melhores resultados clínicos globais, traduzidos em menores

taxas de hospitalização e redução dos custos associados à terapêutica e utilização mais adequada dos recursos de saúde, otimizando a resposta organizacional. Para além dos benefícios clínicos e organizacionais, os estudos evidenciam ainda o impacto positivo da plataforma na relação terapêutica, uma vez que promove um “diálogo aberto”, confere visibilidade sobre a eficiência do tratamento e permite um apoio proativo à pessoa, reforçando a corresponsabilização no processo de autocuidado. A integração da telemonitorização através desta plataforma demonstra elevado potencial para otimizar a prática clínica e melhorar os resultados em saúde, ao integrar informação clínica em tempo real e suportar decisões fundamentadas para a melhoria contínua dos cuidados.

Para garantir a rastreabilidade e a continuidade dos cuidados, todos os procedimentos e decisões foram documentados no sistema SClínico, de forma clara e sistemática, o que permitiu também facilitar futuras análises e assegurar a coerência da prática clínica.

3.2. MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

Esta competência traduz-se na gestão integrada e segura do contexto de cuidados, adaptando-o às necessidades específicas decorrentes da doença crónica, de modo a potenciar a eficácia das intervenções e a promover a segurança clínica.

3.2.1. Gestão dos Processos Terapêuticos em Resposta à Transição Situacional e Adaptação à Doença Crónica

Neste domínio, o autor centrou-se no desenvolvimento de competências que facilitassem a adaptação da pessoa à condição crónica. Durante o estágio em cardiologia, participou ativamente na avaliação contínua da pessoa, recorrendo a intervenções como a monitorização de sinais vitais, a interpretação de registos eletrocardiográficos e a análise de dados clínicos. Um aspeto complementar desta competência consistiu na realização de sessões de educação para a saúde, ajustadas às necessidades individuais da pessoa e da família/cuidadores, com o objetivo de reforçar a compreensão da doença, do regime terapêutico e da importância da adesão. Nessas sessões foram ainda transmitidas

estratégias práticas, como a utilização de lembretes para a toma da medicação ou a organização de rotinas diárias, favorecendo a adesão ao tratamento e a autogestão.

A elaboração de cartas de alta com planos de cuidados personalizados, assegurou o seguimento em regime de ambulatório. Durante o internamento, e reforçado no momento da alta hospitalar, foi desenvolvido um processo contínuo de capacitação da pessoa e da família/cuidadores para a autogestão da doença. Este incluiu a promoção da identificação precoce de sinais de alerta, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercício físico adaptado à situação clínica. A colaboração com a equipa multidisciplinar foi essencial para identificar necessidades específicas e ajustar os planos terapêuticos. De acordo com a Portaria n.º 38-A/2023, o planeamento da alta hospitalar constitui um momento crucial para o sucesso da continuidade dos cuidados, exigindo uma intervenção articulada entre profissionais, pessoas e famílias, de modo a assegurar a recuperação e a reintegração após o internamento.

Na unidade de DP, o enfermeiro participou na elaboração de planos de cuidados que favoreceram a adaptação e a transição situacional, capacitando a pessoa para uma gestão mais eficaz do processo saúde-doença. Foram desenvolvidas e monitorizadas intervenções específicas orientadas para a melhoria da qualidade de vida da pessoa, incluindo a vigilância de parâmetros vitais e hídricos relevantes, bem como a colaboração estreita com a equipa multidisciplinar nos ajustes necessários à terapêutica dialítica. Foram igualmente concebidos planos de cuidados personalizados, centrados na promoção da autonomia da pessoa, da família e dos cuidadores, com especial foco na adesão ao regime terapêutico. Estas intervenções foram sustentadas por monitorizações regulares de sinais e sintomas, permitindo o diagnóstico precoce de complicações e o reajuste das estratégias de intervenção sempre que necessário. Adicionalmente, foi integrada a utilização de tecnologias de tele saúde, através da plataforma Sharesource, que possibilitou um acompanhamento contínuo das pessoas em DP domiciliária.

3.2.2. Gestão das Circunstâncias Ambientais que Potenciam a Ocorrência de Eventos Adversos

Durante todo o estágio foram desenvolvidas atividades direcionadas para a identificação, prevenção e mitigação de riscos associados aos processos terapêuticos. Neste âmbito, procedeu-se à revisão dos protocolos e diretrizes de segurança em vigor no serviço de cardiologia, assegurando a conformidade com as normas institucionais e com as melhores práticas internacionais. Este processo permitiu identificar áreas de melhoria e implementar procedimentos padronizados que reforçaram a segurança clínica. A intervenção foi enquadrada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS, 2022), cujos pilares estratégicos incluem a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes, e as práticas seguras em ambientes seguros. Neste último domínio, assumiram relevância a utilização de ferramentas digitais como o SClinico e a monitorização de indicadores relacionados com a prevenção de quedas, úlceras de pressão, a identificação inequívoca da pessoa, a segurança da medicação e a reconciliação terapêutica.

A promoção de uma cultura de segurança constituiu igualmente uma prioridade. Foram implementadas medidas para mitigar riscos ambientais, nomeadamente a reorganização do espaço físico para reduzir a probabilidade de quedas e a verificação sistemática do funcionamento dos equipamentos médicos, garantindo a sua fiabilidade.

Na unidade de DP, foram concebidas e implementadas estratégias orientadas para a identificação e mitigação de riscos associados ao processo terapêutico, com destaque para as ações de formação e ensino, dinamizadas em articulação com as enfermeiras tutoras. Estas atividades incidiram particularmente no controlo e prevenção da infeção, assegurando que as práticas seguissem as melhores evidências científicas e as diretrizes institucionais mais atualizadas. A revisão contínua destas orientações permitiu ajustar os cuidados às necessidades específicas da pessoa e às exigências do ambiente clínico. Novamente, estas atividades estão contempladas no PNSD (DGS, 2022), nos objetivos estratégicos do pilar 5, práticas seguras em ambientes seguros, que, entre outros tem como objetivos estratégicos reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM). A segurança dos processos terapêuticos foi igualmente reforçada através da promoção de uma comunicação eficaz entre a equipa de Enfermagem e os restantes profissionais de saúde, o que vai de encontro ao PNSD 2021-2026, pilar 3 comunicação, que refere que deve-se otimizar a

comunicação intra e interinstitucional e melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. Como contributo adicional, foi elaborado um folheto informativo de acolhimento para a unidade de DP, reunindo informação clara e acessível sobre o funcionamento do serviço, potenciais complicações, sinais de alerta e contactos úteis. Este recurso constituiu uma ferramenta de apoio fundamental para a capacitação da pessoa e dos cuidadores, favorecendo a adesão ao regime terapêutico e a gestão segura do tratamento no domicílio, o que vai de encontro também a um dos objetivos estratégicos do pilar 3 do PNSD 2021-2026 que refere que se deve adequar a comunicação da informação clínica à pessoa, família e cuidador.

Devido à escassez de enfermeiros na unidade de DP, a visita domiciliária de enfermagem ainda não é uma realidade, no entanto, para o autor, a mesma assume uma importância relevante na área da DP. Segundo o manual de boas práticas de diálise crónica da ordem dos médicos (OM, 2017), as unidades de DP devem ter um programa de visitas domiciliárias por enfermeiros com experiência em DP. Também o manual de DP da OE (2020) reforça esta necessidade referindo que as visitas domiciliárias de enfermagem devem ser realizadas pelos enfermeiros que iniciam e implementam o processo de enfermagem à pessoa/família e/ou cuidador e devem ocorrer antes da pessoa iniciar o tratamento, para avaliação das condições estruturais e apoio familiar do candidato ao Programa de DP, após a alta do ensino e treino na técnica, para ajudar na transição do hospital para o domicílio e de acompanhamento e avaliação de necessidades, como reciclagem no ensino relacionada com a técnica e prevenção de complicações. Idealmente a visita domiciliária deve ser realizada pelo enfermeiro responsável pelo programa de ensino, possibilitando a identificação e minimização dos fatores de risco, adaptação do espaço à realização do tratamento, observação dos procedimentos aprendidos no hospital e avaliação da adesão terapêutica. Segundo as conclusões do estudo de Schaepe e Bergjan (2015) as visitas domiciliárias têm potencial para melhorar os resultados da aprendizagem pelo que deveriam ser um aspeto fundamental na unidade. No entanto, para esta ser realizada seria necessário recrutar mais enfermeiros para o serviço, idealmente EEEMC-PSC. Tal como referido pela OE (2020) recomenda-se que os serviços/unidades caminhem no sentido de que, tendencialmente,

os enfermeiros possuam competências específicas do EEEMC no geral e em particular na área de Enfermagem à PSC 35% dos elementos da equipa.

Apesar de não existir uma visita domiciliária de enfermagem, as empresas privadas Baxter e Fresenius assumem um papel relevante na assistência domiciliária, através da deslocação regular de enfermeiros especializados ao domicílio da pessoa. Estes profissionais asseguram a monitorização do tratamento, a entrega de consumíveis, o controlo da adesão às boas práticas, a deteção precoce de complicações e a realização de ensinamentos sempre que necessário. Assim, a visita domiciliária realizada por enfermeiros das empresas fornecedoras articula-se com a equipa hospitalar através de uma comunicação sistemática e bidirecional. Sempre que são identificadas alterações clínicas, dificuldades de adesão ou complicações associadas ao tratamento, estas são reportadas à equipa de DP, permitindo uma intervenção atempada e orientada. Para além disso, existe partilha regular de informação sobre o estado clínico da pessoa, as condições de segurança do domicílio e a necessidade de reforço educativo, o que assegura a continuidade dos cuidados entre os contextos hospitalar e domiciliário. A articulação entre os dois níveis de cuidados, hospitalar e domiciliário, revela-se determinante para garantir a segurança, a continuidade e a qualidade do tratamento. Esta colaboração multiprofissional promove a criação de uma rede integrada, em que o hospital assegura a supervisão clínica e científica, enquanto as empresas privadas fortalecem a proximidade assistencial e o apoio diário à pessoa, família ou cuidadores. Deste modo, a prática da DP em Portugal reflete uma parceria estruturada entre instituições públicas e privadas, onde o papel do enfermeiro é central na capacitação, monitorização e acompanhamento da pessoa com DRC, assegurando a eficácia terapêutica e a humanização dos cuidados em todos os contextos.

3.2.3. Estratégias Inovadoras de Prevenção do Risco Clínico e Não Clínico

Um dos aspetos mais relevantes no desenvolvimento desta competência consistiu na análise dos sistemas de notificação de incidentes em utilização nos dois hospitais. De acordo com a Norma n.º 015/2014 (DGS, 2014), todas as unidades do sistema de saúde devem dispor de uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes

relacionados com a segurança da pessoa. Em ambos os serviços analisados, o sistema de notificação em vigor era o HER – Health Event and Risk Management, uma plataforma digital destinada à notificação, gestão e acompanhamento da evolução dos incidentes, acessível tanto ao profissional participante como à equipa de gestão de risco e ao gabinete da qualidade. Este sistema classifica os incidentes em dois grandes grupos: risco clínico, que abrange os incidentes ocorridos durante a prestação de cuidados e suscetíveis de afetar diretamente a pessoa; e risco não clínico, que inclui incidentes decorrentes de atividades de suporte à prestação de cuidados de saúde. O Conselho da União Europeia, através da Recomendação 2009/C 151/01 relativa à segurança dos doentes, salienta a necessidade de instituir sistemas de notificação de incidentes e de adotar uma terminologia comum que facilite a investigação e promova a aprendizagem organizacional. Apesar de em ambos os hospitais o sistema informático utilizado ser o HER, o autor reconhece que a adoção do sistema nacional NOTIFICA poderia constituir uma mais-valia, por se tratar da plataforma oficial para a notificação e gestão de incidentes no sistema de saúde português. A sua utilização permitiria não só a participação ativa dos profissionais, mas também dos cidadãos, promovendo a segurança da PSC e possibilitaria a uniformização dos dados reportados, favorecendo a investigação e a aprendizagem de forma transversal a todos os serviços de saúde.

O discente colaborou também com a equipa multidisciplinar no encaminhamento da pessoa e família para recursos internos e externos de apoio. Entre estes destacaram-se as farmácias comunitárias, que oferecem suporte na preparação da medicação. A mobilização deste recurso revelou-se fundamental para reforçar a adaptação à condição crónica e reduzir riscos associados à terapêutica.

No contexto da DP, foi igualmente promovida a capacitação da PSC, da família e dos cuidadores, para que fossem capazes de reconhecer sinais de alerta e potenciais situações de risco antes da ocorrência de eventos adversos, através dos diversos ensinamentos realizados. Outro contributo relevante consistiu na participação nos treinos e re-treinos da pessoa, família ou cuidadores, assegurando a compreensão detalhada de cada etapa do processo terapêutico. Esta orientação proativa mostrou-se essencial para prevenir incidentes e complicações associados à DP, aumentar a segurança e otimizar a resposta da PSC, reforçando a autogestão e a corresponsabilização nos cuidados.

O autor teve ainda a oportunidade de ser tutorado pela responsável pela Gestão de Risco e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no serviço de Nefrologia, o que lhe permitiu aprofundar conhecimentos nesta área. A gestão de risco constitui um pilar fundamental na gestão organizacional, pois possibilita identificar, analisar, implementar medidas corretivas e planejar estratégias para prevenir eventos futuros. Já a notificação de eventos deve ser entendida como uma ferramenta essencial para a promoção da segurança da pessoa e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Da consulta do relatório de Gestão de Risco e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no serviço de Nefrologia (Centro Hospitalar do Médio Tejo, 2023) e a análise dos eventos notificados, em 2023, revelou um total de 13 ocorrências. Esta análise permitiu ao enfermeiro compreender que a notificação deve ser encarada não como um instrumento de responsabilização punitiva, mas antes como uma ferramenta de aprendizagem organizacional e de melhoria contínua. Cada incidente reportado constitui uma oportunidade para identificar fragilidades, repensar processos e implementar estratégias que previnam a sua repetição. Neste sentido, o EE deve assumir um papel ativo na promoção de uma cultura de segurança positiva, estimulando a equipa a notificar ocorrências sem receio de represálias, favorecendo a transparência e a corresponsabilização. A valorização da notificação como prática quotidiana contribui para transformar incidentes em conhecimento organizacional, reforçando a capacidade de resposta do sistema de saúde e garantindo cuidados cada vez mais seguros, eficazes e centrados na pessoa. Neste enquadramento, a consolidação de uma prática clínica ancorada na segurança e na aprendizagem organizacional constituiu um eixo estruturante da trajetória formativa desenvolvida ao longo do estágio.

Em suma, a primeira parte deste relatório permitiu uma análise sistematizada e crítica da trajetória formativa desenvolvida durante o estágio de natureza profissional, nos contextos clínicos de cardiologia e de DP, com foco na aquisição e mobilização das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC. A reflexão sobre as situações clínicas vivenciadas e as intervenções implementadas evidenciou a complexidade inerente ao cuidar da pessoa com doença crónica e a necessidade de uma prática sustentada na evidência científica mais atual. Desta análise decorre que a consolidação

de competências clínicas exige, em paralelo, a produção e integração de conhecimento que responda a necessidades concretas identificadas na prática. Assim, a componente investigativa que se segue constitui uma extensão natural do percurso do autor, orientada para compreender em profundidade a autogestão da pessoa em DP no domicílio. Neste quadro, a segunda parte deste relatório apresenta o estudo intitulado “A autogestão da pessoa em diálise peritoneal: uma scoping review”, cuja relevância emerge exigência crescente da necessidade de responder aos múltiplos desafios associados à crescente prevalência da DRC em estágio terminal e às exigências da terapêutica de substituição da função renal em regime domiciliário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amici, G., D'Angela, D., Lo Cicero, A., Romanini, D., Martino, F. K., & Spandonaro, F. (2021). Pilot health technology assessment study: Organizational and economic impact of remote monitoring system for home automated peritoneal dialysis. *International Urology and Nephrology*, 53(9), 1933–1940. <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02816-8>
- Arantes-Gonçalves, F., & Almeida, P. (2004). *Os contornos bioéticos de um caso clínico de perturbação depressiva major*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(2), 127-140. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760210>
- Araújo, M. C. C., Acioli, S., Neto, M., Silva, H. C. D. A., Bohusch, G., Rocha, F. N., & Silva, T. W. G. (2020). *Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: Instrumento para qualidade do cuidado*. *Cogitare Enfermagem*, 25, e71281. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem* (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trans.). Quarteto Editora.
- Bernardini J, Price V, Figueiredo A. (2006). ISPD Guidelines/Recommendations: Peritoneal dialysis training. *Perit Dial Int.*; 26(May):625-632.
- Blaauw, M. (2019). Use of Sharesource in remote patient management in peritoneal dialysis: A UK nurse's perspective. In C. Ronco, C. Crepaldi, & M. H. Rosner (Eds.), *Remote patient management in peritoneal dialysis (Contributions to Nephrology, Vol. 197, pp. 73–83)*. Karger. <https://doi.org/10.1159/000496318>

- Center for Managing Chronic Disease. (2025). *About chronic disease*. University of Michigan. <https://cmcd.sph.umich.edu/about/about-chronic-disease/>
- Centro Hospitalar do Médio Tejo, E. P. E. (2023). Relatório anual de gestão do risco e qualidade dos cuidados de enfermagem: Serviço de Nefrologia.
- Chang, M.-Y., Chi, P.-J., Wang, H.-H., Lee, Y.-C., Ho, L.-C., Wu, C.-F., Chen, C.-Y., Liou, H.-H., & Hung, S.-Y. (2023). Evaluation of the impact of remote monitoring using the Sharesource connectivity platform on adherence to automated peritoneal dialysis in 51 patients. *Medical Science Monitor*, 29, e939523. <https://doi.org/10.12659/MSM.939523>
- Chow, K. M., Li, P. K.-T., Cho, Y., Abu-Alfa, A., Bavanandan, S., Brown, E. A., Cullis, B., Edwards, D., Ethier, I., Hurst, H., Ito, Y., Proença de Moraes, T., Morelle, J., Runnegar, N., Saxena, A., So, S. W.-Y., Tian, N., & Johnson, D. W. (2023). ISPD catheter-related infection recommendations: 2023 update. *Peritoneal Dialysis International*, 43(3), 201–219. <https://doi.org/10.1177/08968608231172740>
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2015). *Enfermeiros uma força para a mudança*. Genebra, Suíça: Autor.
- Crepaldi, C., Giuliani, A., Milan Manani, S., Marchionna, N., Piasentini, P., & Ronco, C. (2019). Remote patient management in peritoneal dialysis: Impact on clinician's practice and behavior. In C. Ronco, C. Crepaldi, & M. H. Rosner (Eds.), *Remote patient management in peritoneal dialysis (Contributions to Nephrology, Vol. 197, pp. 44–53)*. Karger. <https://doi.org/10.1159/000496317>
- Cruz, J. S. (2020). *Ética das virtudes: Em busca da excelência / Virtue ethics: In pursuit of excellence*. *Revista de Medicina (São Paulo)*, 99(6), 591–600. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i6p591-600>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 205, 2959–2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. (2015). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550–13553. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- DGS. (s.d.). Descodificador de rótulos alimentares. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/descodificador-de-rotulos/>
- DGS. (2011, 28 de setembro). Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5 [Norma n.º 017/2011; versão atualizada a 14 de junho de 2012]. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5>

- DGS. (2012). Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) (atualização em 31/10/2013). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2014, 25 de setembro). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes — NOTIFICA [Norma n.º 015/2014]. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2015, 4 de novembro). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito* [Norma n.º 015/2013, atualização de 04/11/2015]. Direção-Geral da Saúde. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- DGS. (2017, 8 de fevereiro). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* [Norma n.º 001/2017]. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- DGS. (2019). Norma n.º 007/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- DGS. (2022). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.
- Downes, R., & Foote, E. (2019). Barriers to adherence and intentional non-adherence: A guide for nurses. *HIV Nursing*, 19(3), 5–8.
- ERS. (2025, 4 de setembro). *Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde* (13.ª ed.). Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/media/nwbhrj3/publica%C3%A7%C3%A3o-direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde_set2025_2.pdf
- EDTNA/ERCA. (2016). 500 questions & answers about peritoneal dialysis: A guide to clinical practice. EDTNA/ERCA. <https://www.edtnaerca.org/>
- ESEnfC. (2024). Guia Orientador Componente Clínica da Pessoa em Situação Crónica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Esteves, R. P., & Amaral, A. F. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22006. <https://doi.org/10.12707/RVI22006>
- Eyolfson, K. (2019). Use of Sharesource in remote patient management in peritoneal dialysis: A Canadian nurse's perspective. In C. Ronco, C. Crepaldi, & M. H. Rosner (Eds.), *Remote patient management in peritoneal dialysis* (Contributions to Nephrology, Vol. 197, pp. 84–98). Karger. <https://doi.org/10.1159/000496997>

- Figueiredo, A.; Bernardini, J.; Bowes, E.; Hiramatsu, M.; Price, V.; Su, C.; Walker, R.; Brunier G. (2016). A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Perit Dial Int.*;36:592-605. <https://doi:10.3747/pdi.2010.00049>
- Giuliani, A., Crepaldi, C., Milan Manani, S., Samoni, S., Cannone, M., De Cal, M., & Ronco, C. (2019). Evolution of automated peritoneal dialysis machines. In C. Ronco, C. Crepaldi, & M. H. Rosner (Eds.), *Remote patient management in peritoneal dialysis (Contributions to Nephrology, Vol. 197, pp. 9–16)*. Karger. <https://doi.org/10.1159/000496302>
- Goes, M., Oliveira, H., Marques, M., Dias, A., Pimpão, P., Cardoso, I., Pires, R., & Pedrosa, M. (2024). *Integração de cuidados: Estratégias para uma abordagem centrada na pessoa*. Editorial IPBeja.
- Imaginário, C., Ribeiro, J. L., & Sousa, M. C. (2022). História do ensino de enfermagem em Portugal. *História da Ciência e Ensino: Construindo Interfaces*, 25 (Esp. Pt.), 88–101. <https://doi.org/10.23925/2178-2911.2022v25espp88-101>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55–66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181. (Anexo II: Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril — Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Cap. VI — Deontologia profissional, arts. 95.º–106.º)
- Leite, L. (2007). *Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados: Perspectiva do Conselho de Enfermagem*. *Ordem dos Enfermeiros*, (24), 27-32.
- Li, P. K.-T., Chow, K. M., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, A. E., Harris, T., Kanjanabuch, T., Kim, Y.-L., Madero, M., Malyszko, J., Mehrotra, R., Okpechi, I. G., Perl, J., Piraino, B., Runnegar, N., Teitelbaum, I., Wong, J. K.-W., Yu, X., & Johnson, D. W. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 42(2), 110–153. <https://doi.org/10.1177/08968608221080586>
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., ... Lousã, E. (2017). *Liderança e Seus Efeitos*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Milan Manani, S., Giuliani, A., Crepaldi, C., Virzì, G. M., Proglìo, M., & Ronco, C. (2019). Remote patient management in peritoneal dialysis improves clinical outcomes. In C. Ronco, C. Crepaldi, & M. H. Rosner (Eds.), *Remote patient management in peritoneal dialysis (Contributions to Nephrology, Vol. 197, pp. 124–132)*. Karger. <https://doi.org/10.1159/000496319>

- Ministério da Saúde. (2023). *Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia* — 2023. Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/deliberacoes/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-cardiologia-2023/>
- Oliveira, S. K. P. de, Lima, F. E. T., Pessoa, V. L. M. de P., Caetano, J. Áfio, Meneses, L. S. T., & Mendonça, L. B. de A. (2013). Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista De Ciências Médicas*, 22(1), 23–30. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v22n1a1998>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2001, dezembro). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2004, julho). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem [Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º 13]. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2014). Parecer CJ 196/2014 — Registo de penso e evolução da ferida. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2020). *Guia orientador de boas práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritonial-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Manual de apoio à consulta de Enfermagem ao utente com patologia cardiovascular. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). Parecer conjunto n.º 01/2025 — Acesso à informação clínica no processo de supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/38444/pconj_01-2025_acesso-inf-cl%C3%ADnica-no-proc-supervis%C3%A3o-pedag%C3%B3gica-de-estudantes-de-enf.pdf
- Ordem dos Médicos. Colégio da Especialidade de Nefrologia. (2017). Manual de boas práticas de diálise crónica. Ordem dos Médicos.

- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(11), 89–98. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.
- Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55–62.
- Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro. (2023). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 24 (Suplemento), 2–6.
- Recomendação do Conselho, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01). (2009). *Jornal Oficial da União Europeia*, C 151, 1–6. [https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01))
- Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648–8653. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 48, 5948–5952. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento n.º 366/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018, de 13 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 131, 179–[fim]. <https://www.ordenenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>

- Schaepe, C., & Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 882–898. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020). *SClínico Hospitalar*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar>
- Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem. Lisboa: Revista nursing, 175, 28-33.
- Szeto, C-C; Li, PK-T; Johnson, DW; Bernardini, J; Dong, J; Figueiredo, A; Ito, Y, Kazancioglu, R; Moraes, T; Esch SV & Brown, EA (2017). *ISPD Catheter-related infection recommendations: 2017 Update. Peritoneal Dialysis International*. Vol.37, nº 2.p.141:154
- Uchiyama, K., Morimoto, K., Washida, N., Kusahana, E., Nakayama, T., Itoh, T., Kasai, T., Wakino, S., & Itoh, H. (2022). Effects of a remote patient monitoring system for patients on automated peritoneal dialysis: A randomized crossover controlled trial. *International Urology and Nephrology*, 54(10), 2673–2681. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03178-5>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 1–18. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- World Health Organization. (2024). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

4. A AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL: UMA SCOPING REVIEW

RESUMO

INTRODUÇÃO: A diálise peritoneal exige uma elevada capacidade de autogestão da pessoa com doença renal crónica terminal.

OBJETIVO: Mapear a evidência disponível sobre a autogestão da pessoa em diálise peritoneal (DP) no domicílio.

METODOLOGIA: Scoping review conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute. A questão de investigação foi estruturada com base na estratégia PCC (População: pessoas em DP; Conceito: autogestão; Contexto: domicílio). A pesquisa foi realizada nas bases MEDLINE, CINAHL Complete e Connected Papers, sem limite temporal, utilizando palavras-chave, descritores indexados (MeSH e DeCS) e operadores booleanos. Foram incluídos estudos qualitativos, quantitativos, de método misto e revisões da literatura. A extração de dados foi realizada de forma independente por dois revisores, com recurso à plataforma Rayyan e a uma grelha de extração estruturada. O processo de seleção seguiu o fluxograma PRISMA 2020, tendo sido incluídos 18 estudos na revisão. A síntese dos dados foi narrativa e descritiva.

RESULTADOS: A autogestão da pessoa em DP é influenciada por fatores como o conhecimento, competências práticas, autoeficácia, apoio familiar e emocional. Modelos teóricos como a Teoria do Autocuidado de Orem, KAP, IMB e Autoeficácia de Bandura sustentam intervenções educativas com impacto positivo na adesão terapêutica. A evidência reforça o papel central da

enfermagem na capacitação e acompanhamento contínuo, essencial para promover uma autogestão eficaz e segura.

CONCLUSÃO: A autogestão em DP é um fenómeno multidimensional, influenciado por fatores técnicos, emocionais, sociais e contextuais. Esta scoping review identificou três eixos estruturantes: determinantes da autogestão, modelos e estratégias de autogestão e a autogestão em DP e a adesão terapêutica. A autogestão deve ser entendida como um processo dinâmico e adaptativo, onde a adesão é o resultado de escolhas informadas e contextualizadas, reforçando a importância de intervenções personalizadas e baseadas em evidência.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Renal Crónica, Diálise Peritoneal, Autogestão, Enfermagem

SELF-MANAGEMENT OF THE PERSON UNDERGOING PERITONEAL DIALYSIS: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

BACKGROUND: Peritoneal dialysis requires a high level of self-management ability from individuals with end-stage chronic kidney disease.

OBJECTIVE: To map the available evidence on the self-management of individuals undergoing peritoneal dialysis (PD) at home.

METHODOLOGY: Scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. The research question was structured using the PCC strategy (Population: people undergoing peritoneal dialysis; Concept: self-management; Context: home). The search was carried out in the MEDLINE, CINAHL Complete, and Connected Papers databases, with no time restriction, using keywords, indexed descriptors (MeSH and DeCS), and Boolean operators. Qualitative, quantitative, mixed-methods studies and literature reviews were included. Data extraction was performed independently by two reviewers using the Rayyan platform and a structured extraction form. The selection process followed the PRISMA 2020 flowchart, and 18 studies were included. Data synthesis was narrative and descriptive.

RESULTS: Self-management in peritoneal dialysis is influenced by factors such as knowledge, practical skills, self-efficacy, and family and emotional support. Theoretical models such as Orem's Self-Care Theory, KAP, IMB, and Bandura's Self-Efficacy support educational interventions with a positive impact on treatment adherence. The evidence highlights the central role of nursing in

patient empowerment and continuous support, which are essential for promoting effective and safe self-management.

CONCLUSION: Self-management in PD is a multidimensional phenomenon, influenced by technical, emotional, social, and contextual factors. This scoping review identified three structuring axes: determinants of self-management, models and strategies of self-management, and self-management in PD and therapeutic adherence. Self-management should be understood as a dynamic and adaptive process, where adherence is the result of informed and contextualized choices, reinforcing the importance of personalized and evidence-based interventions.

KEYWORDS: Chronic Kidney Disease, Peritoneal Dialysis, Self-Management, Nursing

INTRODUÇÃO

O aumento significativo da prevalência de doenças crónicas e o elevado número de pessoas com múltiplas patologias traduz-se numa exigência acrescida em cuidados de saúde, gestão da doença e pressão sobre os recursos existentes (Ministério da Saúde, 2018). A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2018a) reconhece as doenças crónicas como a principal causa de mortalidade global e como um dos maiores desafios do século XXI. A complexidade inerente à vivência com doenças crónicas, aliada à sua natureza progressiva e frequentemente imprevisível, repercute-se também de forma multidimensional na vida das pessoas, impondo uma transferência progressiva do foco da responsabilidade dos profissionais de saúde para uma lógica de corresponsabilização com a pessoa em situação de doença crónica e a sua família ou cuidadores na perspetiva do desenvolvimento da autonomia para a autogestão e o autocuidado (Sousa et al., 2021). Neste contexto, “cabe aos profissionais apoiar, disponibilizando a informação necessária e utilizando estratégias ajustadas às realidades, individuais e de contexto, que permitam capacitar a pessoa e a sua família, neste processo de enfrentar a vida com a doença” (Sousa et al., 2021, p.15). A transição de um estado de saúde para a vivência da doença implica inevitavelmente novos desafios, exigindo cuidados diferenciados prestados por profissionais dotados de novas competências e conhecimentos (OE, 2020). Os cuidados de enfermagem especializados convergem neste sentido, assumindo um papel cada vez mais relevante. Em Portugal, o Regulamento n.º 429/2018 define que os cuidados prestados pelo EEEMC-PSC devem incidir sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos

de vida saudáveis, adaptação à doença e adesão ao regime terapêutico de modo a capacitar a pessoa e os seus cuidadores para a vivência da doença crónica. O EE tem o dever de cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

Viver com uma doença crónica representa um desafio significativo para a pessoa, para a sua família, mas também para os próprios profissionais de saúde. A doença renal crónica (DRC) é um exemplo paradigmático desta realidade, pela complexidade do seu tratamento e pelo impacto profundo que tem na vida quotidiana da pessoa. Esta patologia é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal (Caetano et al., 2022), associada a um decréscimo progressivo da taxa de filtração glomerular (TFG) e atinge o estágio terminal (DRCT) quando a TFG se mantém inferior a 60 ml/min/1,73 m², por um período superior a três meses (Vaidya et al., 2022). Em Portugal, a DRC apresenta uma taxa de prevalência estimada de 20,9% (Vinhas et al., 2020), situando o país entre os que registam maior número de pessoas em terapêutica de substituição da função renal (TSFR) a nível europeu (Vinhas et al., 2020). Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2025), em 2024 iniciaram TSFR 2243 novas pessoas em hemodiálise e 263 em DP, perfazendo uma incidência total de 271,6 casos por milhão de população (PMP), dos quais apenas 24,7 optaram pela DP. Relativamente à prevalência de pessoas sob TSFR, o valor registado em 2024 foi de 2046,2 PMP, observando-se um crescimento global de 0,8% no número de pessoas em diálise (HD + DP), em comparação com o ano anterior.

A DP é uma das modalidades de TSFR, que se distingue pela sua natureza domiciliária e pelo elevado nível de responsabilidade exigido à pessoa e à sua família ou cuidador. Ao contrário da hemodiálise (HD), habitualmente efetuada em contexto hospitalar ou em clínicas especializadas, a DP é realizada, em cerca de 90% dos casos, pela própria pessoa com DRC no seu domicílio (Hall et al., 2004). Esta técnica pode ser realizada sob a forma contínua ambulatoria (DPCA) ou automatizada (DPA) e o tratamento é feito através de um cateter inserido na cavidade abdominal, por onde se introduz uma solução salina com dextrose, permitindo a filtração do sangue ao contactar com o peritoneu. As pessoas em DP precisam de realizar 4 a 5 sessões de tratamento diariamente, sendo necessário dominar conhecimentos relacionados com a terapia, com técnicas assépticas, nutrição e estilos de vida saudáveis (Thomé et al., 2006). Assim, as instituições de saúde e os próprios profissionais de saúde devem avaliar se a pessoa e os seus cuidadores dispõem da capacidade de autocuidado necessária antes de iniciarem a DP (Chang et al., 2018). Su et al. (2009) reforçam esta ideia, referindo ainda que a DP é predominantemente uma modalidade de autocuidado, muito complexa, onde os utilizadores precisam de assumir uma

responsabilidade ainda maior na gestão da sua doença e da vida quotidiana, quando comparados com pessoas com outras condições crónicas como a diabetes ou a hipertensão. Segundo Curtin et al. (2004), este modelo de tratamento promove uma maior autonomia da pessoa, mas implica, simultaneamente, uma sobrecarga significativa em termos de responsabilidades na gestão da terapêutica. A gestão da DP caracteriza-se assim por uma grande responsabilidade por parte das próprias pessoas, que precisam de executar, monitorizar e administrar muitos aspetos do seu tratamento. Isso inclui realizar os procedimentos de diálise, cuidar do cateter, tomar medicação, seguir restrições dietéticas e de ingestão de líquidos, gerir comorbilidades e realizar autoavaliações de sinais vitais, peso e sinais de complicações (Curtin et al., 2004). A pessoa que seleciona uma terapia domiciliar, como a DP, dependente do autocuidado, necessita aprender exatamente como desenvolver o procedimento da diálise (Figueiredo et al., 2005) pelo que a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem, oferece uma base conceptual sólida para compreender o papel ativo da pessoa na gestão da sua condição de saúde, especialmente em contextos em que o tratamento depende fortemente da sua autonomia e capacidade de autocuidado. Orem (1993) define o conceito de autocuidado como uma atividade deliberada, iniciada e realizada por uma pessoa madura ou em processo de maturação, num determinado momento da sua vida, com o objetivo de preservar a vida, manter a saúde e promover o desenvolvimento pessoal e o bem-estar. Esta atividade pode ser executada pelo próprio indivíduo ou por outra pessoa em seu benefício, quando necessário. O autocuidado é considerado um sistema de ação, uma vez que pressupõe uma capacidade complexa por parte da pessoa para reconhecer e satisfazer, de forma contínua, os seus próprios requisitos de cuidado. Contudo, a capacidade para o autocuidado pode ser influenciada por diversos fatores condicionais básicos, como a idade, o género, a etapa de desenvolvimento, o estado de saúde, o estilo de vida, características do sistema de saúde, fatores familiares e socioculturais, recursos disponíveis e condições ambientais (Allgood, 2014). O sistema de apoio-educação proposto por Orem visa, precisamente, fortalecer a capacidade de autocuidado da pessoa, quando esta tem capacidade para aprender e realizar o autocuidado, mas necessita de orientação ou assistência para o fazer de forma eficaz. Trata-se do único sistema em que o papel do enfermeiro se centra na facilitação da tomada de decisão, no controlo comportamental e no desenvolvimento de conhecimentos e competências (Orem, 1993). Assim, a educação para a autogestão assume-se como uma ferramenta essencial na capacitação da pessoa com doença crónica, preparando-a para lidar, de forma autónoma e segura, com a maioria das situações que enfrenta fora dos serviços de saúde (Sousa et al., 2021). Educar para a autogestão implica um conjunto de cuidados inter-relacionados, de natureza clínica, educacional, psicossocial e comportamental, que constituem a

base para apoiar a pessoa na construção de competências que lhe permitam gerir com confiança o seu autocuidado diário, favorecendo melhores resultados em saúde (Beck et al., 2017).

A promoção da autogestão pode-se operacionalizar através de modelos ou programas de intervenção específicos. Embora não exista um modelo universalmente aceite para a gestão das doenças crónicas, destacam-se na literatura o *Chronic Care Model* e o *Chronic Disease Self-Management Program*. O primeiro tem na sua génese a prestação de cuidados integrada, contínua e centrada na pessoa e visa mobilizar os recursos disponíveis ao longo do tempo. Um dos elementos centrais deste modelo é o suporte à autogestão, promovendo a capacitação da pessoa com doença crónica para gerir a sua condição com autonomia. Para tal, deve ser incentivada a definição de metas pessoais, a identificação de barreiras e desafios, bem como a procura de recursos e estratégias alternativas para monitorizar e gerir o estado de saúde. Este processo requer o uso intencional da comunicação terapêutica, legitimando o papel central da pessoa no seu percurso de cuidados (Sousa et al., 2021). Já o *Chronic Disease Self-Management Program*, assenta no pressuposto que a autogestão deve ser baseada nos problemas percebidos pelas próprias pessoas. O programa desenvolve cinco competências para viver com a doença crónica: resolução de problemas, tomada de decisão, identificação e utilização de recursos, parceria com profissionais de saúde e agir face a um determinado comportamento que se queira mudar, desde que se sinta confiante que o consegue concretizar, o que remete a pessoa para a perceção de autoeficácia (Lorig & Holman, 2003). Os modelos de autogestão são, assim, uma estratégia indispensável para promover a capacitação da pessoa e a sua qualidade de vida, mas também para reduzir custos sociais e económicos resultantes da prevalência das doenças crónicas (Sousa et al., 2021). Em Portugal, a implementação destes modelos está em desenvolvimento e já existem alguns programas de intervenção que apoiam a autogestão da doença crónica, em DRC. Muitos destes programas têm sido dinamizados por enfermeiros como o programa de reabilitação da capacidade funcional ou o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenosa (Sousa et al., 2021). Em suma, apesar do crescente reconhecimento da autogestão como componente essencial nos cuidados à pessoa com DRC em TSFR e que as intervenções de autogestão podem ser eficazes, contribuindo para a qualidade global dos cuidados prestados à pessoa em diálise (Farris et al., 2025) persistem lacunas significativas na sua operacionalização, avaliação e promoção. Muitas das intervenções de autogestão focam-se na adesão ao tratamento, monitorização de sintomas e efeitos secundários, ou, de forma indireta, em alterações de dieta, reabilitação física ou estilos de vida (Moreels et al., 2024). Adicionalmente, a maioria dos estudos foram realizados em centros isolados e em regiões geográficas específicas, restringindo a sua generalização (Moreels et al., 2024).

Em Portugal, esta realidade é ainda mais evidente. Apesar da crescente valorização da autonomia da pessoa em TSFR, a produção científica nacional sobre cuidados de enfermagem em DP é escassa (OE, 2020). A prática dos cuidados é fundamentada em estudos e orientações internacionais e na experiência de cada unidade na obtenção dos melhores resultados. Esta limitação demonstra a necessidade de consolidar evidência científica que sustente práticas clínicas seguras, eficazes e adaptadas ao contexto nacional. A crescente prevalência da DRC e a aposta nas modalidades domiciliárias tornam urgente a identificação de fatores, estratégias e intervenções que promovam a autogestão da pessoa em DP, o que fundamenta a pertinência desta *scoping review*. Este estudo pretende contribuir para uma prática de enfermagem mais informada, centrada na pessoa e alinhada com os desafios atuais da gestão da doença crónica, tendo como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre a autogestão da pessoa em DP no domicílio. Este estudo pretende identificar as características da autogestão, os modelos existentes, os fatores facilitadores e os obstáculos, bem como compreender as intervenções de enfermagem que a promovem, contribuindo assim para uma prática clínica fundamentada na melhor evidência disponível, centrada na pessoa e ajustada aos desafios contemporâneos da gestão da doença crónica.

METODOLOGIA

A presente *scoping review* foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping reviews*, seguindo igualmente as orientações estabelecidas pela checklist PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*). Esta revisão tem por base a questão de investigação: “Quais as características da autogestão da pessoa em DP no domicílio?”. A formulação da pergunta foi orientada pela mnemónica PCC, sendo definida a População como pessoas em DP, o Conceito como autogestão e o Contexto como o domicílio. A estratégia de pesquisa bibliográfica foi estruturada de forma a garantir abrangência e sensibilidade, recorrendo às bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete. Utilizaram-se termos livres e descritores controlados (MeSH e DeCS), incluindo os termos: “Peritoneal dialysis”, “Self-management”, “Self-care”, “Home”, “Ambulator” e “Home care” (tabela 2). Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados de forma combinada para otimizar a cobertura da pesquisa (tabela 3). Para incluir literatura fora dos circuitos formais, explorou-se literatura cinzenta através da plataforma Connected Papers.

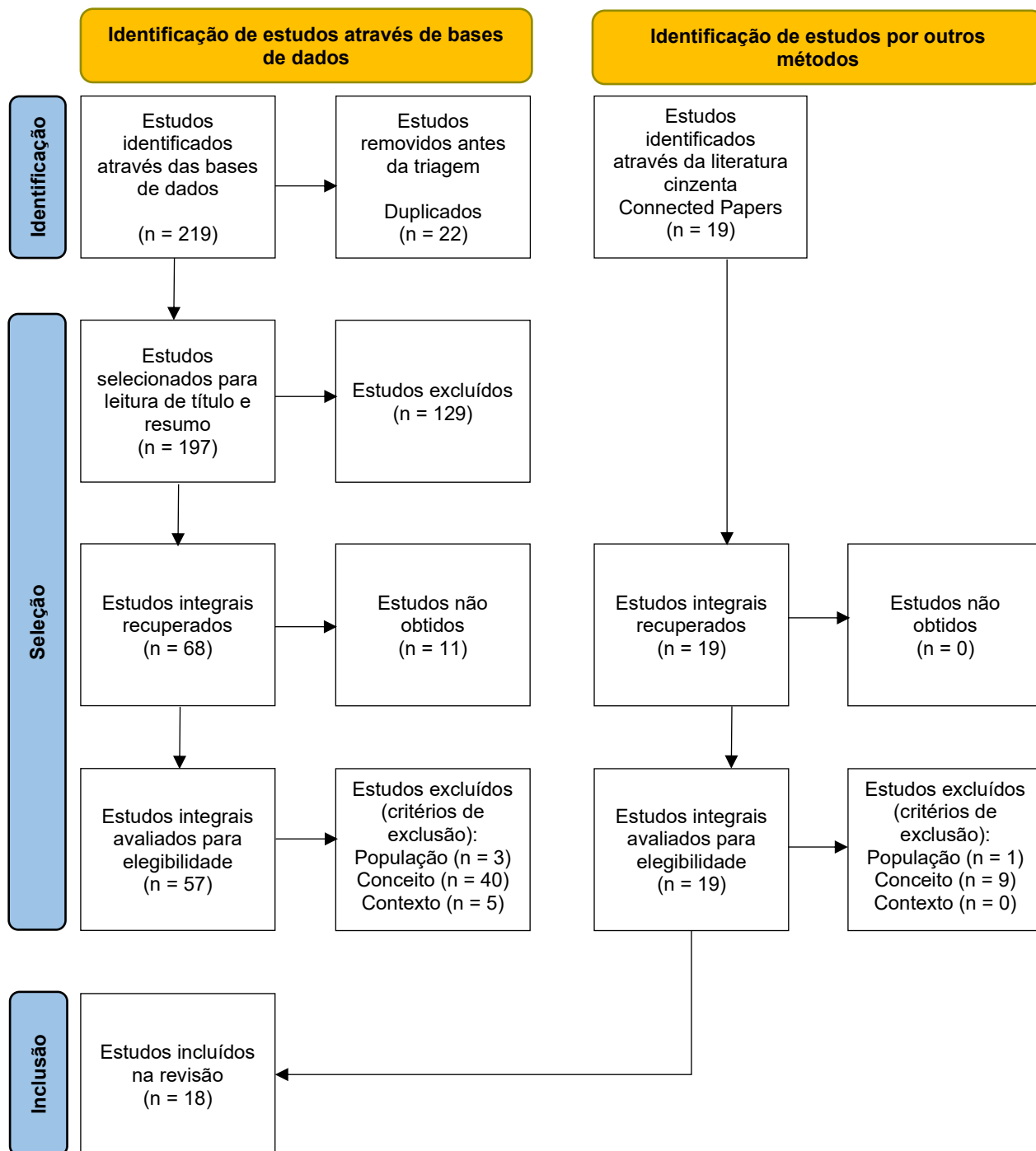
Os critérios de inclusão adotados contemplaram estudos com texto integral disponível, com metodologia de investigação adequada (estudos qualitativos, quantitativos, de métodos mistos e

revisões da literatura), publicados sem restrições de tempo ou idioma, que incluíssem pessoas adultas (≥ 18 anos) com diagnóstico de DRCT, em DP, realizada em regime domiciliário. Foram considerados elegíveis os estudos que abordassem aspectos relacionados com a autogestão, nomeadamente adesão ao tratamento, capacitação para o autocuidado, monitorização de complicações no domicílio, impacto da autogestão na qualidade de vida, resultados em saúde e intervenções promotoras de autogestão. Excluíram-se estudos que envolvessem pessoas submetidas a diálise em regime hospitalar exclusivo ou que incluíssem populações pediátricas ou com modalidades terapêuticas não compatíveis com a DP. Todo o processo de seleção e análise dos estudos foi realizado de forma independente por 2 investigadores, com resolução de eventuais discordâncias por consenso, assegurando o rigor metodológico e a fiabilidade dos resultados. Os registos recuperados foram exportados para a plataforma Rayyan para organização e triagem. Posteriormente, foi desenvolvida uma grelha de extração de dados que incluiu variáveis como a identificação do estudo (autores, ano, título e país), objetivos, desenho metodológico, amostra, conceitos, principais resultados e conclusões relevantes para a autogestão em DP domiciliária (tabela 4).

A apresentação dos resultados é feita de forma descritiva e narrativa, estruturada em torno das principais categorias emergentes da análise dos dados extraídos. Os dados foram organizados em tabelas de síntese, facilitando a comparação entre estudos e proporcionando uma visão estruturada da evidência disponível. Foram inicialmente identificados 219 estudos através das bases de dados científicas MEDLINE e CINHALL. Após a remoção de 22 duplicados, procederam-se à triagem de 197 estudos com base no título e resumo. Destes, 129 foram excluídos por não cumprirem os critérios definidos. Foram, assim, recuperados 68 artigos para leitura integral, dos quais 11 não puderam ser obtidos. Entre os 57 artigos avaliados na íntegra, 48 foram excluídos: 3 por não se enquadrarem na população-alvo, 40 por não abordarem diretamente o conceito de autogestão e 5 por não corresponderem ao contexto domiciliário. No que respeita à literatura cinzenta, foram identificados 19 estudos através da *Connected Papers*, todos com texto integral acessível. Após avaliação da elegibilidade, foram excluídos 10 estudos: 1 por inadequação da população e 9 por não corresponderem ao conceito de autogestão. Desta forma, um total de 18 estudos foi incluído na presente revisão. O processo completo de seleção é apresentado no fluxograma PRISMA 2020 (figura 1), assegurando transparência metodológica e rigor na síntese da evidência.

Figura 1

PRISMA 2020 - flow diagram da estratégia de busca



Fonte: Adaptado de (Page et al., 2021)

RESULTADOS

A análise dos dados extraídos dos 18 estudos incluídos nesta *scoping review* revela uma diversidade significativa quanto ao desenho metodológico, aos contextos geográficos, às amostras e aos conceitos, permitindo uma caracterização abrangente da evidência existente sobre a autogestão da pessoa em DP domiciliária (tabela1).

Quanto à tipologia dos estudos, observa-se a presença de abordagens quantitativas, qualitativas, mistas e revisões integrativas ou narrativas. Entre os estudos quantitativos destacam-se os comparativos, com e sem grupo de controlo (Qiao et al., 2022; Su et al., 2009), os observacionais (Borràs et al. 2006; Chang et al., 2018; Oliver et al., 2007) e os descritivos (Meza et al., 2015; Nobre et al., 2017; Oliver et al., 2010). Do ponto de vista qualitativo, destacam-se os estudos descritivos exploratórios (Freire, 2015) e os estudos com entrevistas semiestruturadas (Calderan et al., 2013; Farias et al., 2020; Polaschek, 2005), permitindo explorar de forma aprofundada as perceções, experiências e práticas de autocuidado das pessoas em DP, família e cuidadores. Um dos estudos tem abordagem mista, quantitativa e qualitativa (Leone et al., 2021) e quatro estudos corresponderam a revisões integrativas da literatura ou revisões narrativas (Chang et al., 2018; Gomes et al., 2019; O'Shaughnessy, 2014; Pedroso et al., 2018). Um dos estudos selecionados (Figueiredo et al., 2005) foi incluído por descrever de forma aprofundada a experiência prática de um programa educacional em DP, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, contribuindo para a compreensão das estratégias educativas utilizadas na capacitação das pessoas com DRC para o autocuidado no domicílio. Este trabalho enriquece a *scoping review* ao ilustrar, de forma concreta, como os fundamentos teóricos podem ser transpostos para a prática clínica no contexto da autogestão em DP.

Com o intuito de assegurar uma análise abrangente e inclusiva da produção científica existente sobre a autogestão em DP domiciliária não foi estabelecido limite temporal na pesquisa. Esta decisão permitiu a identificação de estudos publicados entre 2005 e 2022, perfazendo um intervalo temporal de 17 anos. Este intervalo revela-se particularmente relevante, pois possibilita compreender a evolução do conhecimento, das práticas e dos modelos teóricos aplicados à autogestão em diferentes contextos e períodos, oferecendo uma perspetiva cronológica enriquecida sobre a temática. Geograficamente, observa-se uma ampla representação de contextos internacionais. O Brasil é o país mais representado, com 8 estudos incluídos, refletindo um corpo significativo de investigação sobre autogestão em DP. A China contribuiu com 4 estudos relevantes, os quais se destacam pelo uso sistemático de modelos teóricos. Também foram incluídos estudos oriundos do México, Estados Unidos, Canadá, Espanha e Nova Zelândia, o que confere à revisão uma perspetiva global sobre a temática. Relativamente às amostras dos artigos analisados, 13 estudos referem o número

de participantes, com variação significativa na dimensão das amostras: desde estudos com amostras inferiores ou iguais a 30 participantes (Calderan et al., 2013; Farias et al., 2020; Freire, 2015; Meza et al., 2015; Polaschek, 2005; Su et al., 2009), amostras entre os 30 e 100 participantes (Borràs et al., 2006; Leone et al., 2021; Nobre et al., 2017; Qiao et al., 2022) e estudos com amostras superiores a 100 participantes (Chang et al., 2018; Oliver et al., 2007; Oliver et al., 2010). Alguns estudos incluíram igualmente familiares cuidadores ou prestadores de cuidados (Meza et al., 2015; Oliver et al., 2007; Oliver et al., 2010; Pedroso et al., 2018).

A nível conceptual, todos os estudos abordaram dimensões da autogestão, embora com focos distintos: competências de autocuidado, adesão à terapêutica, capacitação, barreiras, qualidade de vida, bem como modelos e teorias aplicadas à prática clínica. Muitos dos estudos recorreram a instrumentos validados e teorias de suporte, como a Teoria do Autocuidado de Orem, o modelo KAP (Knowledge-Attitude-Practice), o modelo IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills) e a Teoria da Autoeficácia de Bandura, revelando uma forte base conceptual na análise da autogestão.

De forma geral, os 18 estudos incluídos contribuem para uma compreensão alargada e multifacetada do fenómeno da autogestão em DP, permitindo identificar tanto os fatores promotores e dificultadores como os modelos teóricos e intervenções de enfermagem que a sustentam e orientam. Os resultados obtidos organizaram-se em três categorias: determinantes da autogestão em DP, modelos e estratégias de autogestão em DP e autogestão e adesão terapêutica em DP.

Determinantes da autogestão em DP

Os determinantes que influenciam a autogestão da pessoa em DP são multifatoriais e muitas das vezes interdependentes. Qiao et al. (2022) identificam como aspetos capitais para a autogestão o conhecimento, competências práticas, crenças, atitudes positivas e modificação de comportamentos prejudiciais. De igual modo, o estudo de Chang et al. (2018) refere que as pessoas submetidas a DP realizam, em média, entre 4 a 5 sessões por dia o que exige que as mesmas dominem conhecimentos rigorosos relacionados com o tratamento, o controlo da ingestão de sal, a gestão nutricional e a adoção de um estilo de vida mais saudável.

A nível físico e cognitivo, o estudo de Figueiredo et al. (2005) salienta que a pessoa urémica apresenta limitações significativas ao nível da memorização e aprendizagem, diminuição do grau de concentração e da atenção e alterações do sistema sensorial, o que dificulta a aprendizagem de competências para a autogestão da DP. Esta dificuldade é mais evidente entre os mais idosos e com níveis de escolaridade mais baixos, requerendo mais tempo para alcançar a proficiência técnica. Complementarmente, Meza et al. (2015) demonstram que, mesmo após a capacitação, persistem défices no conhecimento e adesão à técnica, com

falhas na lavagem das mãos, uso de sabão, verificação de material, registros, balanço hídrico, uso de máscara e administração de medicamentos.

Farias et al. (2020) e Gomes et al. (2019) abordam os determinantes relacionados com o impacto das emoções, identificando sentimentos de medo, impotência, ansiedade e dificuldade de aceitação. Estes sentimentos podem ser progressivamente superados através do envolvimento familiar e do apoio educativo dos profissionais.

Chang et al. (2018) sublinham que para o sucesso da DP, um fator determinante é a capacidade de autocuidado, sendo influenciada por fatores como o domínio do conhecimento, a autoeficácia, o apoio social, a idade e a acuidade visual. Nobre et al. (2017) aponta que as limitações físicas comprometem a autonomia e a motivação para o autocuidado. As limitações físicas e espaciais no domicílio, a impossibilidade de continuar a trabalhar e os impactos emocionais e familiares significativos são também descritos por Gomes et al. (2019).

O apoio familiar assume um papel central. Oliver et al. (2010) mostra que a presença de suporte familiar aumenta a elegibilidade para DP de 63% para 80%, e a adesão efetiva de 40% para 57%. Freire (2015) revela que 70,6% das pessoas em DP tinham cuidadoras, embora 28,6% apresentassem sobrecarga moderada a severa. Gomes et al. (2019) reforçam ainda a necessidade de um acompanhamento de enfermagem centrado na pessoa e na sua rede de suporte, com orientações individualizadas que tenham em conta o histórico pessoal, os valores e as próprias crenças das pessoas.

Modelos e estratégias de autogestão de DP

Vários estudos incluídos aplicam ou descrevem a utilização de modelos teóricos como suporte à promoção da autogestão. Qiao et al. (2022) investigaram o efeito da aplicação do modelo KAP na continuidade dos cuidados a pessoas em DP, evidenciando o potencial deste modelo como estratégia educativa promotora da autogestão em DP. Este, demonstrou eficácia na redução de complicações, como peritonite e infeções do local de saída do cateter e melhorias na capacidade de autocuidado, autoimagem, sentido de responsabilidade e qualidade de vida, especialmente nos domínios físico, psicológico e social

Para Leone et al. (2021) a Teoria do Autocuidado de Orem surge como modelo estruturante do processo de enfermagem. Adicionalmente, Freire (2015) sublinha que esta teoria apresenta-se como um caminho relevante para estruturar a consulta de enfermagem e para avaliação e orientação das necessidades reais de cuidados de enfermagem, com vistas ao desenvolvimento das capacidades de autocuidado.

O modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais (IMB), explorado por Chang et al. (2018), é uma ferramenta valiosa na promoção do autocuidado da pessoa em DP, amplamente utilizado para prever e promover mudanças positivas em comportamentos

de saúde em diversas populações. Este modelo estrutura-se em três componentes interdependentes: a informação, a motivação e as competências comportamentais permitindo compreender como o conhecimento, motivação pessoal positiva, suporte social e elevada autoeficácia apresentavam melhores comportamentos de autocuidado.

A Teoria da Autoeficácia de Bandura sustenta o programa estudado por Su et al. (2009) com foco em quatro pilares teóricos: domínio de competências, modelagem de comportamentos, reinterpretação de sintomas e persuasão social. Os resultados demonstraram melhorias estatisticamente significativas na capacidade de autogestão, nos níveis de autoeficácia, no controlo volémico, na qualidade de vida e no estado de reabilitação social, sem comprometer o estado nutricional ou a adequação da diálise. Observou-se, ainda, uma redução da pressão arterial e do peso corporal, sugerindo uma maior adesão às restrições dietéticas e à gestão do volume.

A autogestão em DP e a adesão terapêutica

Os estudos evidenciam uma relação direta entre a capacidade de autogestão e a adesão ao regime terapêutico. No estudo de Meza et al. (2015), observou-se uma baixa adesão ao procedimento técnico e um conhecimento teórico moderado, recomendando supervisão periódica por visitas domiciliárias. Gomes et al. (2019) destacam a elevada capacidade de operacionalizar o autocuidado por parte das pessoas em DP, no entanto, fatores como a perda de memória, a motivação intrínseca para aprender e as próprias dificuldades causadas pelo novo estilo de vida a ser adotado afetam negativamente a adesão ao tratamento.

Calderan et al. (2013), identificam várias práticas relacionadas com a adesão terapêutica como dieta adequada, restrição da ingestão hídrica, adesão à medicação, repouso e práticas de autocuidado relacionadas com o cateter de Tenckhoff como o banho diário e a lavagem das mãos, o uso da solução fisiológica e gentamicina, manutenção do curativo para sua proteção, são práticas recorrentes.

Borràs et al. (2006) sugere que apesar da idade e comorbidades associadas, estes não são fatores preponderantes para a adesão terapêutica e que mesmo pessoas com dificuldades cognitivas apresentam resultados clínicos semelhantes, com exceção do tempo até à primeira peritonite.

Estudos como os de Chang et al. (2018) e Su et al. (2009) reforçam a associação entre autogestão eficaz e adesão terapêutica. O primeiro demonstrou que níveis elevados de conhecimento, motivação positiva, apoio social e autoeficácia revelam comportamentos de autocuidado mais adequados. Já o segundo evidenciou que programas estruturados de promoção da autogestão, centrados na pessoa, resultam em melhorias na adesão às recomendações dietéticas e dialíticas, na capacidade de autogestão e níveis de autoeficácia

com repercussões positivas no estado de saúde. Ambos os estudos reforçam o papel dos enfermeiros enquanto elementos facilitadores da educação para a autogestão, através do acompanhamento e comunicação eficaz.

No estudo de Polaschek (2005), a adesão é descrita como um fenómeno subjetivo, em que as pessoas ajustam deliberadamente os horários ou as práticas da DP às suas rotinas, sem considerar essas decisões como “não adesão”. Este estudo explora diferentes estilos de autocuidado e sublinha a importância do equilíbrio entre prescrição médica e vida quotidiana.

Tabela 1

Principais resultados obtidos por eixos estruturantes

Estudo	Ano	Tipo de estudo	País	Amostra	Conceitos abordados	Eixos estruturantes
Farias et al.	2020	Estudo qualitativo com entrevista	Brasil	20 participantes	Experiências das pessoas ao realizar a capacitação para DPCA	Determinantes da autogestão
Gomes et al.	2019	Revisão integrativa da literatura	Brasil	9 artigos	Enfrentamento, dificuldades e práticas de autocuidado das pessoas em DP	Determinantes da autogestão
Chang et al.	2018	Revisão narrativa da literatura	China	Não mencionado	Capacidade para o autocuidado das pessoas em DP	Determinantes da autogestão
Calderan et al.	2013	Estudo qualitativo com entrevista	Brasil	9 participantes	Práticas de autocuidado relacionadas com a doença e com o tratamento em DPCA	Determinantes da autogestão
Oliver et al.	2010	Estudo quantitativo descritivo	Canadá	497 participantes (inclui familiares e/ou cuidadores)	Contraindicações e barreiras à autogestão em DP.	Determinantes da autogestão
Oliver et al.	2007	Estudo quantitativo observacional	Canadá	134 participantes (inclui familiares e/ou cuidadores)	Barreiras à autogestão em DP, DP assistida, escolha e adesão à DP	Determinantes da autogestão
Borràs et al.	2006	Estudo quantitativo observacional	Espanha	77 participantes	Dificuldades de aprendizagem na autogestão da DP	Determinantes da autogestão
Qiao et al.	2022	Estudo quantitativo comparativo (com grupo controlo)	China	100 participantes	Efeitos do modelo KAP na capacidade de autogestão da pessoa em DP	Modelos e estratégias de Autogestão
Pedroso et al.	2018	Revisão integrativa da literatura	Brasil	12 artigos (inclui familiares e/ou cuidadores)	Capacitação da pessoa e família em DP pelo enfermeiro	Modelos e estratégias de Autogestão
Chang et al.	2018	Estudo quantitativo observacional	China	201 participantes	Aplicação do modelo IMB em DP	Modelos e estratégias de Autogestão

Tabela 2 (continuação)*Principais resultados obtidos por eixos estruturantes*

Estudo	Ano	Tipo de estudo	País	Amostra	Conceitos abordados	Eixos estruturantes
Freire	2015	Estudo qualitativo descritivo exploratório	Brasil	17 participantes	Autocuidado e cuidado de dependente em DP	Modelos e estratégias de Autogestão
O'Shaughnessy	2014	Revisão da literatura (teórico-reflexivo)	EUA	Não mencionado	Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem a pessoas idosas em DP	Modelos e estratégias de Autogestão
Su et al.	2009	Estudo quantitativo comparativo (sem grupo de controlo)	China	30 participantes	Promoção da autogestão através da teoria da autoeficácia de Bandura	Modelos e estratégias de Autogestão
Leone et al.	2021	Abordagem mista (quantitativo e qualitativo)	Brasil	34 participantes + 23 entrevistas com 19 participantes	Aplicabilidade da Teoria de Orem à pessoa em DP	Modelos e estratégias de Autogestão.
Figueiredo et al.	2005	Descrição da experiência prática de um programa educacional de DP	Brasil	Não mencionado	Programa educacional para o autocuidado fundamentada na Teoria de Orem e capacitação da pessoa DRCT para DP	Modelos e estratégias de autogestão.
Meza et al.	2015	Estudo quantitativo descritivo	México	24 participantes (inclui familiares e/ou cuidadores)	Conhecimento teórico e adesão à técnica de DPCA	Relação entre autogestão e adesão terapêutica
Polaschek	2005	Estudo qualitativo com entrevista	Nova Zelândia	20 participantes	Atitudes das pessoas face à TSFR e integração do tratamento no seu estilo de vida	Relação entre autogestão e adesão terapêutica
Nobre et al.	2017	Estudo quantitativo descritivo	Brasil	35 participantes	Qualidade de vida da pessoa em DPCA	Relação entre autogestão e adesão terapêutica.

DISCUSSÃO

Os resultados desta *scoping review* evidenciam que a autogestão em DP é um fenómeno complexo, multidimensional e dinâmico, influenciado por um conjunto de fatores interligados desde fatores individuais, familiares, contextuais e profissionais. Este processo envolve não só o domínio técnico e cognitivo associado ao tratamento, mas também o suporte psicossocial, motivacional e educativo necessário para uma implementação alinhada com as boas práticas relacionadas com o tratamento em DP.

Determinantes da autogestão em DP

Qiao et al. (2022) identificam como aspetos fundamentais para a autogestão o conhecimento, competências práticas, crenças, atitudes positivas e modificação de comportamentos prejudiciais. Por sua vez, o estudo de Chang et al. (2018) refere que as pessoas em DP realizam, em média, entre 4 a 5 sessões por dia o que exige que as mesmas dominem conhecimentos rigorosos relacionados com o tratamento, como técnicas assépticas, o controlo da ingestão de sal, a gestão nutricional e a adoção de um estilo de vida mais saudável. Ambos os estudos destacam a importância de conhecimentos sólidos sobre a técnica de DP, no entanto, o acesso e a consolidação destes conhecimentos nem sempre são lineares. Figueiredo et al. (2005) salienta que a pessoa urémica apresenta limitações significativas ao nível da memorização e aprendizagem, diminuição do grau de concentração, limitação da atenção e alterações do sistema sensorial, o que dificulta a aprendizagem de competências necessárias à autogestão da DP. Esta dificuldade é particularmente evidente entre os mais idosos e com níveis de escolaridade mais baixos, requerendo mais tempo para alcançar a proficiência técnica. Complementarmente, Meza et al. (2015) reforçam esta dificuldade ao identificar falhas persistentes, mesmo após a capacitação inicial, relacionados com o conhecimento teórico e adesão à técnica, identificando-se falhas relacionadas com a lavagem incorreta das mãos, uso de sabão não antibacteriano, falta de verificação da bolsa e do equipamento, omissão de registos e balanço hídrico, uso incorreto de máscara e aplicação inadequada de medicamentos.

A qualidade de vida das pessoas em DP também é frequentemente comprometida em domínios físicos, por exemplo limitações para realizar atividades diárias como subir escadas, vestir-se ou tomar banho e no estado geral de saúde, onde pode haver uma perceção global negativa da sua própria saúde (Nobre et al., 2017). Estas limitações afetam a perceção de bem-estar e podem reduzir a motivação para a autogestão. As limitações físicas e espaciais no domicílio, a impossibilidade de continuar a trabalhar e os impactos emocionais e familiares significativos, descritos por Gomes et al. (2019), são também obstáculos à autogestão. A rotina intensiva e exigente da DP repercute-se negativamente na esfera pessoal e social da pessoa em DP, exigindo uma estrutura de apoio familiar e profissional contínua e efetiva, adaptada às especificidades de cada pessoa. Assim, a componente emocional também se revela determinante no processo de autogestão. Farias et al. (2020) focam-se nos determinantes relacionados com os sentimentos e sensações vivenciadas pelas pessoas com DRCT como, por exemplo, sentimentos e sensações de impotência e incapacidade, fraqueza, esquecimento, cansaço, perda da força, tonturas, perda da visão, tremores, vontade de chorar, ansiedade e nervosismo, que dificultam o processo de aprendizagem e consequentemente comprometem a sua autogestão. Estes sentimentos são também

mencionados no estudo de Gomes et al. (2019) que descreve a fase inicial do tratamento como marcada pela insegurança, medo e dificuldade de aceitação nesta nova etapa de vida, uma vez que implica uma reorganização profunda da sua vida, no entanto, estes sentimentos podem ser progressivamente superados através envolvimento familiar e do apoio educativo dos profissionais. Neste contexto, a família e a equipa de enfermagem emergem como pilares fundamentais no apoio e promoção de comportamentos de autogestão seguros e sustentáveis. Oliver et al. (2010) realçam o papel central do apoio familiar como determinante da elegibilidade e adesão à DP. Segundo estes autores, entre as pessoas com barreiras à autogestão, a presença de suporte familiar aumenta a elegibilidade para DP de 63% para 80% e a adesão efetiva à modalidade aumenta de 40% para 57%. Esta evidência sublinha a importância da família como agente ativo na decisão e consequentemente no processo de autogestão da pessoa em DP. O estudo de Freire (2015) corrobora esta perspetiva, destacando o papel dos cuidadores como fator promotor essencial da autogestão da pessoa em DP. O estudo revela que 70,6% das pessoas em DP dispunham de cuidadores, maioritariamente filhas que coabitavam com as pessoas em tratamento, o que evidencia uma rede de suporte familiar próxima e disponível. Esta proximidade traduz-se num facilitador importante da autogestão, especialmente nas tarefas de maior complexidade técnica ou exigência física. No mesmo estudo, há, contudo, um aspeto relevante a destacar relacionado com a sobrecarga do cuidador, pois 28,6% dos cuidadores realçam níveis de sobrecarga moderada a severa e ainda défice na sua capacidade física relacionada com a sua função de cuidador, relatando 78,6% dos cuidadores cansaço, indisposição e falta de energia, o que pode comprometer a qualidade do apoio prestado. As conclusões de Gomes et al. (2019) reforçam ainda a necessidade de um acompanhamento de enfermagem centrado na pessoa e na sua rede de suporte, com orientações individualizadas que tenham em conta o histórico pessoal, os valores e as próprias crenças das pessoas. Esta abordagem não só favorece a autogestão, como também promove a humanização dos cuidados e a melhoria dos resultados. Tal como referem Brown et al. (2020), o objetivo da DP de alta qualidade e orientada para objetivos é proporcionar o melhor desfecho de saúde possível para cada pessoa em DP, mantendo o seu bem-estar clínico, qualidade de vida e capacidade de alcançar os seus próprios objetivos de vida, enquanto se minimiza a carga do tratamento. Assim, estes achados confirmam que os determinantes da autogestão vão muito além da técnica, exigindo uma abordagem holística, centrada na pessoa e na sua rede de suporte.

Em síntese, a evidência analisada permite afirmar que a autogestão da pessoa em DP é condicionada por determinantes multifatoriais e interdependentes, que não podem ser compreendidos de forma isolada. Os determinantes cognitivos influenciam a forma como a pessoa compreende, interpreta e integra a informação relacionada com o tratamento, sendo

moldados por fatores como crenças, valores, atitudes, história pessoal, conhecimento, capacidade de aprendizagem, memorização, atenção e concentração, bem como pela idade e nível de escolaridade. Em paralelo, os determinantes técnicos dizem respeito à execução prática do autocuidado e à adesão correta à técnica de DP, englobando competências práticas, comportamentos, limitações físicas, alterações sensoriais, acuidade visual e condições físicas e espaciais do domicílio, que podem facilitar ou dificultar a realização segura do tratamento. Os determinantes emocionais assumem igualmente um papel central, uma vez que sentimentos como medo, ansiedade, dificuldade de aceitação da doença, sensação de impotência, perda de autonomia ou impossibilidade de continuar a atividade profissional interferem diretamente com a motivação, o envolvimento e a persistência no processo de autogestão. Por fim, os determinantes relacionais e de suporte evidenciam a importância do apoio familiar, social e educativo, bem como do acompanhamento contínuo de enfermagem, enquanto elementos estruturantes para a adesão terapêutica e a continuidade da autogestão ao longo do tempo. Assim, a interação dinâmica entre estes determinantes reforça a necessidade de abordagens integradas, personalizadas e centradas na pessoa e na sua rede de suporte, ultrapassando uma visão exclusivamente técnica da autogestão em diálise peritoneal.

Modelos e estratégias de autogestão em DP

A promoção da autogestão em pessoas submetidas à DP tem sido fundamentada em diferentes modelos teóricos que visam estruturar intervenções, orientar a prática clínica e compreender os comportamentos relacionados com o autocuidado. Qiao et al. (2022) investigaram o efeito da aplicação do modelo KAP na continuidade dos cuidados a pessoas em DP que se mostrou eficaz na melhoria do conhecimento, na mudança de atitudes e no reforço de práticas seguras, contribuindo para a redução de complicações como peritonites. Este modelo, baseado na tríade conhecimento–atitude–prática, baseia-se num ciclo contínuo de ensino-avaliação-feedback, integrando educação, reforço motivacional e apoio psicológico, evidenciando o potencial do modelo KAP como estratégia educativa. O efeito da sua aplicação demonstrou que as pessoas submetidas a uma intervenção baseada neste modelo apresentaram taxas significativamente inferiores de complicações, como peritonite e infeções do local de saída do cateter, em comparação com o grupo de controlo. Além disso, registaram-se melhorias na capacidade de autocuidado, autoimagem, sentido de responsabilidade e qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social. Estes resultados sublinham que a aplicação deste modelo melhora a aquisição de conhecimentos, de competências práticas, permite estabelecer crenças e atitudes positivas e modifica comportamentos prejudiciais. Este, permitiu ainda aos profissionais estreitar a sua relação com as pessoas em DP e suas famílias, favorecendo a confiança e a comunicação entre ambos. Por outro lado, Su et al.

(2009) demonstram a eficácia da Teoria da Autoeficácia de Bandura quando aplicada a programas de apoio estruturado, ao evidenciar ganhos de autoconfiança, controlo volémico, adesão às recomendações dietéticas e estado de saúde global. A intervenção, com duração de 6 meses, assentou em 4 pilares teóricos para aumentar a autoeficácia: domínio de competências, modelagem de comportamentos, reinterpretação de sintomas e persuasão social. Para operacionalizar estes princípios, foi constituída uma equipa multidisciplinar formada por profissionais de saúde e pessoas em DP e familiares, sendo promovidas visitas clínicas mensais, encontros em grupo, aconselhamento individualizado e recursos educativos diversos. As pessoas em DP eram incentivadas a definir objetivos alcançáveis, receber feedback contínuo e participar em dinâmicas de partilha com “doentes especialistas”. Os resultados demonstraram melhorias significativas na capacidade de autogestão, nos níveis de autoeficácia, no controlo volémico, na qualidade de vida e no estado de reabilitação social, sem comprometer o estado nutricional ou a adequação da diálise. Observou-se, ainda, uma redução da pressão arterial e do peso corporal, sugerindo uma maior adesão às restrições dietéticas e à gestão do volume. Este programa evidenciou que a promoção da autogestão centrada na teoria da autoeficácia pode ser eficaz na melhoria do comportamento de autocuidado em DP. Ao fomentar a confiança da pessoa nas suas capacidades, a intervenção promoveu mudanças comportamentais sustentadas. O papel do enfermeiro revelou-se crucial na formação inicial e no acompanhamento sistemático, orientação emocional e reforço positivo, consolidando este modelo como parceria entre profissionais, pessoa e família.

A Teoria do Autocuidado de Orem foi também amplamente referida (Freire, 2015; Leone et al., 2021; O'Shaughnessy, 2014), funcionando como referencial conceptual para o processo de enfermagem. Através da avaliação sistemática dos défices de autocuidado, esta teoria permite personalizar as intervenções, promovendo maior autonomia e responsabilização da pessoa. Orem et al. (2001) referem que existe um défice de autocuidado quando as necessidades de cuidados que a pessoa necessita para manter a sua saúde ultrapassam a sua capacidade de os executar de forma autónoma, assim o enfermeiro deve facilitar o autocuidado, através da “agência de enfermagem”. Esta é a estrutura ou contexto de atuação em que o enfermeiro trabalha (O'Shaughnessy, 2014). Como agência de enfermagem, os enfermeiros avaliam o défice e promovem o autocuidado, em cada contacto, quer seja por telefone ou presencialmente. Avaliar e orientar as pessoas em DP de forma individual face à idade e às capacidades cognitivas permite que tanto jovens como idosos demonstrem plena capacidade para realizar DP (O'Shaughnessy, 2014). A educação terapêutica pelo enfermeiro assume um papel essencial na capacitação e motivação dos participantes e na maioria dos casos, o sistema de apoio-educação revelou-se o mais adequado, sendo, noutros, necessário um sistema parcialmente compensatório. Leone et al. (2021) reforçam ainda que este modelo

pode fundamentar o processo de enfermagem, contribuir para práticas baseadas em evidências e aumentar a qualidade do cuidado oferecido e satisfação da pessoa e cuidador podendo ser utilizado na estruturação do processo de enfermagem pois, orienta a avaliação das necessidades de autocuidado, a sistematização das intervenções e a escolha do sistema de enfermagem adequado. Adicionalmente, Freire (2015) refere que a Teoria de Orem apresenta-se como um caminho relevante para estruturar a consulta de enfermagem e para avaliação e orientação das necessidades reais de cuidados de enfermagem. Chang et al. (2018), referem que apesar do conceito de autocuidado ainda não estar completamente uniformizado, este pode ser definido como o compromisso da pessoa em realizar esforços conscientes para manter e promover a saúde, adquirir conhecimentos e competências sobre a DP e praticar comportamentos adequados, como a troca correta e atempada da bolsa de dialisado, cuidados com o local de saída do cateter, gestão alimentar, controlo do volume e exercício físico.

O modelo IMB, descrito por Chang et al. (2018), destaca a importância de integrar informação, motivação e competências práticas como fatores interdependentes no comportamento de autocuidado. Este modelo é uma ferramenta valiosa na promoção do autocuidado da pessoa em DP, amplamente utilizado para prever e promover mudanças positivas em comportamentos de saúde em diversas populações. Em DP, comportamentos inadequados de autocuidado estão fortemente associados à peritonite associada à DP, a complicação mais prevalente e de maior impacto na qualidade de vida e viabilidade do tratamento. Esta complicação está frequentemente relacionada com falhas técnicas e défices de autocuidado como a contaminação por toque e infeções no local de saída do cateter (Chang et al., 2018). O modelo IMB estrutura-se em 3 componentes interdependente: a informação, ou seja, o conhecimento necessário para iniciar e manter comportamentos de saúde adequados, a motivação, que inclui crenças pessoais (motivação intrínseca) e perceção de apoio social (motivação extrínseca) e as competências comportamentais, que abrangem tanto as capacidades práticas para realizar comportamentos de autocuidado como a perceção de autoeficácia, a confiança na capacidade de os executar corretamente. Os resultados de Chang et al. (2018) demonstraram que as pessoas com maior nível de conhecimento sobre DP, motivação pessoal positiva, suporte social e elevada autoeficácia apresentavam melhores comportamentos de autocuidado. Ainda que a informação e a motivação sejam essenciais, a ausência de competências práticas dificulta a adoção de comportamentos complexos de autocuidado, sendo por isso necessário que os 3 domínios sejam trabalhados de forma integrada. Os enfermeiros, têm um papel fundamental neste processo. Devem assegurar que as pessoas possuem um domínio adequado da informação (mecanismos da DP, princípios de assepsia, prevenção de complicações, dieta e nutrição), devem reforçar a intenção e

motivação da PSC e o envolvimento ativo no seu plano de cuidados. A autoeficácia, atua como mediador entre o conhecimento e a ação, reforçando a percepção de capacidade e impulsionando a motivação para a mudança comportamental. A implementação de programas educativos estruturados com base neste modelo poderá potenciar os comportamentos de autocuidado, reduzir a incidência de infeções e melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida da pessoa em DP. Para tal, recomenda-se que as intervenções de enfermagem incluam educação e avaliação regular das competências e estratégias motivacionais adaptadas às necessidades individuais das pessoas e dos seus cuidadores (Chang et al., 2018).

Apesar da diversidade de modelos verifica-se uma aplicação ainda limitada destes referenciais em contexto real e a ausência de estudos longitudinais que avaliem o impacto sustentado das intervenções. A replicação destes modelos, em particular em contextos como o português, representa uma oportunidade para reforçar práticas de enfermagem baseadas em evidência, ajustadas às realidades culturais e organizacionais locais. Verificou-se ainda a ausência de modelos estruturais de gestão da doença crónica, como o *Chronic Care Model* ou o *Chronic Disease Self-Management Program*, no contexto específico da DP. Embora alguns estudos integrem componentes de teorias como a da autoeficácia ou o modelo IMB, a implementação formal de programas estruturados permanece pouco explorada, representando uma oportunidade significativa para futuras investigações e desenvolvimento de intervenções inovadoras e replicáveis.

A autogestão em DP e a adesão terapêutica

A adesão terapêutica é um pilar fundamental para o sucesso da DP, fortemente influenciado pela capacidade de autogestão da pessoa com DRCT. Os estudos incluídos nesta *scoping review* demonstram que a autogestão está intrinsecamente associada à aquisição de conhecimentos técnicos e teóricos, à motivação intrínseca, ao apoio social, à autoeficácia e à experiência acumulada com o tratamento. Esta conjugação de fatores traduz-se em comportamentos de saúde mais consistentes e numa menor incidência de complicações associadas ao regime terapêutico.

Meza et al. (2015) evidenciam que, mesmo após capacitação, observou-se uma baixa adesão ao procedimento técnico, com taxas de cumprimento de 78,6% entre as pessoas em DP e 81,9% entre os cuidadores. Já o nível de conhecimento teórico foi considerado apenas moderado, o que levou os autores a recomendar a supervisão periódica por parte da equipa de enfermagem, através de visitas domiciliárias com avaliações práticas e teóricas integradas, como forma de reforçar a aprendizagem e consolidar competências. Já no estudo de Gomes et al. (2019), embora tenham verificado uma elevada capacidade técnica de autocuidado em

algumas pessoas, identificaram fatores como a perda de memória, a motivação intrínseca para aprender e as próprias dificuldades causadas pelo novo estilo de vida a ser adotado como elementos perturbadores da adesão terapêutica. Estes autores sublinham a importância de considerar a subjetividade da pessoa e de incluir a família no processo educativo, assegurando um apoio contínuo e emocionalmente significativo. Calderan et al. (2013) descrevem comportamentos de adesão terapêutica consistentes, como adesão a uma dieta adequada, restrição da ingestão hídrica, adesão à medicação, repouso e práticas de autocuidado relacionadas com o cateter de Tenckhoff como o banho diário e a lavagem das mãos, o uso da solução fisiológica e gentamicina e manutenção do curativo, frequentemente atribuídos à intervenção contínua e estruturada da enfermagem. Estes resultados reforçam o papel determinante destes profissionais na manutenção do autocuidado e na promoção da qualidade de vida.

A influência de fatores clínicos e sociodemográficos foi analisada por Borràs et al. (2006), que identificaram que pessoas com dificuldades de aprendizagem em DP eram geralmente mais idosas e apresentavam mais comorbidades. No entanto, os resultados clínicos foram semelhantes aos dos restantes participantes, com exceção do tempo até à primeira peritonite, que foi mais curto nestes casos. Estes dados sugerem que idade e comorbidades, por si só, não determinam a adesão terapêutica, sendo a qualidade do suporte e a capacitação individual fatores mais relevantes.

O estudo de Chang et al. (2018) reforça que a adesão deve ser vista como uma expressão concreta da autogestão eficaz. Os autores demonstram que pessoas com maior conhecimento, motivação, suporte social e autoeficácia apresentam melhores comportamentos de autocuidado e, por conseguinte, maior adesão ao regime terapêutico. A adesão terapêutica, neste contexto, deve ser entendida como uma autogestão eficaz, englobando conhecimentos sobre a doença, habilidades práticas, atitude de adesão e comportamentos específicos. A falha em integrar estes domínios compromete a segurança do tratamento, podendo originar infeções, complicações graves, hospitalizações e custos acrescidos para os sistemas de saúde.

A evidência apresentada por Su et al. (2009) demonstra, de forma clara, o impacto positivo da promoção da autogestão centrada na pessoa em DP. Através de um programa estruturado com base na teoria da autoeficácia, observaram melhorias significativas na adesão às modificações dietéticas, cumprimento das prescrições dialíticas, níveis de autoeficácia e capacidade de autogestão, com reflexos positivos no estado de saúde. A implementação deste tipo de programas revelou o papel determinante dos enfermeiros na educação para a autogestão, revelando que o trabalho de equipa, a comunicação eficaz e a formação em autoeficácia são aspetos muito relevantes. Contudo, a adesão terapêutica em DP não deve

ser concebida como uma dicotomia entre “aderente” e “não aderente”. Embora as pessoas em DP reconheçam a importância da TSFR, o cumprimento rigoroso da prescrição nem sempre é linear. A adesão é vivida de forma subjetiva, com adaptações deliberadas e conscientes que visam equilibrar o regime clínico com a preservação do estilo de vida individual. O estudo de Polaschek (2005) revela que muitas pessoas em DP fazem adaptações conscientes ao regime prescrito, ajustando horários, ingestão de líquidos ou duração da diálise, com o intuito de conciliar o tratamento com a sua vida pessoal, trabalho, crenças e rotinas. Enquanto algumas pessoas aceitaram a prescrição médica desde o início, outros demonstraram resistência, sobretudo por ausência de sintomatologia evidente. Ainda assim, mesmo após reconhecerem a importância da terapêutica, muitos optaram por ajustar aspectos do regime prescrito, como a duração da diálise, a ingestão de líquidos ou o horário das trocas, conforme a sintomatologia, a conveniência e as suas rotinas diárias. Estas alterações eram percebidas pelas próprias pessoas não como “não adesão”, mas como uma forma ativa de autogestão, ou seja, um processo de negociação contínua entre a prescrição médica e as exigências práticas da vida quotidiana. Esta perspetiva é reforçada por Backman e Hentinen (1999), que identificaram diferentes estilos de autocuidado, desde o autocuidado responsável que tem uma orientação positiva face à vida e à experiência de envelhecer; o autocuidado formalmente guiado que se caracteriza pela rotina na realização de atividades de vida e no cumprimento das indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde; o autocuidado independente que utiliza formas originais de solucionar as suas atividades diárias, necessidades em saúde e na doença e o autocuidado abandonado ou negligente que se caracteriza pela falta de responsabilidade. Importa, no entanto reconhecer que a pessoa em DP não adota um único estilo de autocuidado. Pelo contrário, como refere o artigo de Polaschek (2005) os estilos podem variar consoante múltiplos fatores, nomeadamente a experiência pessoal com a doença e o tratamento, a perceção de sintomas, a motivação individual, o apoio social, o conhecimento adquirido e a forma como a terapêutica interfere com a sua vida quotidiana. Assim, é possível que a pessoa transite entre estilos de autocuidado em função das suas necessidades, capacidades e contexto de vida, assumindo a autogestão como um processo dinâmico e adaptativo. Polaschek (2005), destaca ainda que a motivação para manter o tratamento não advém exclusivamente do desejo de melhorar o estado de saúde, mas antes da necessidade de preservar relações pessoais, manter atividades significativas e sustentar um sentido de normalidade. Assim, a motivação intrínseca, influenciada por fatores como o trabalho, a família ou as crenças pessoais, desempenha um papel fundamental na continuidade do compromisso com o tratamento. Adicionalmente, este estudo (Polaschek, 2005) refere ainda que as decisões da pessoa raramente eram discutidas com os profissionais de saúde, dado o receio de julgamento e a consciência das expectativas clínicas. Esta atitude, por parte da pessoa em DP, refuta o que

referem as Recomendações de prática da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal. A DP deve ser prescrita através de um processo de decisão partilhada entre a pessoa em DP, os seus cuidadores e a equipa de saúde, com o objetivo de estabelecer metas realistas que maximizem a qualidade de vida e satisfação, minimizem sintomas e assegurem cuidados de alta qualidade (Brown et al., 2020). Estes resultados reforçam a importância de os enfermeiros compreenderem a perspetiva da pessoa em DP, reconhecendo que a adesão é um fenómeno dinâmico e contextual. Ao promover um diálogo aberto e empático, podem facilitar a integração do tratamento no quotidiano das pessoas em DP, ajustando estratégias educativas e de acompanhamento que respeitem as escolhas informadas das pessoas e promovam uma adesão terapêutica realista e sustentável. De facto, nos últimos anos, verifica-se uma mudança de paradigma nos cuidados em diálise, com a transição do conceito de “diálise adequada”, focado em parâmetros técnicos, para “diálise orientada por objetivos” refletida nas discussões internacionais, nomeadamente na *Kidney Disease Improving Global Outcomes Controversies Conference on Dialysis Initiation, Modality Choice & Prescription* (KDIGO), realizada em 2018. Brown et al. (2020) referem que uma prescrição de DP de elevada qualidade e orientada para objetivos requer uma abordagem centrada na pessoa, individualizada e baseada na tomada de decisão partilhada, com adaptação da prescrição ao bem-estar, estilo de vida e qualidade de vida, realizando ajustes conforme a sua função renal residual, o estado volémico e a remoção de solutos dialíticos, de forma a minimizar a carga do tratamento. Assim, a complexidade da adesão terapêutica em DP exige um olhar atento e sensível por parte dos profissionais de saúde, particularmente dos EEEMC-PSC. A compreensão das atitudes das pessoas em situação crónica não pode limitar-se à dicotomia aderente/não aderente, mas deve considerar a sua capacidade de negociação, adaptação e integração da DP nas rotinas diárias. A motivação para o cumprimento do regime não se ancora apenas na manutenção da saúde, mas também na preservação da autonomia, do bem-estar psicossocial e da identidade pessoal. Neste contexto, cabe ao EE não só educar, mas também estabelecer uma relação terapêutica sólida que promova confiança, escuta ativa e corresponsabilização. A supervisão contínua, sustentada em visitas domiciliárias, avaliações práticas e reforço positivo, permite monitorizar práticas de autocuidado, identificar dificuldades e ajustar intervenções de forma individualizada. Através desta proximidade, é possível apoiar a pessoa em DP no desenvolvimento de competências de autogestão mais eficazes e seguras, respeitando a sua singularidade e promovendo uma melhor qualidade de vida. Em síntese, a relação entre autogestão e adesão terapêutica em DP é complexa, exigindo abordagens integradas e centradas na pessoa. A capacitação, o apoio familiar e a enfermagem especializada são elementos-chave para promover comportamentos de saúde responsáveis, prevenir complicações e melhorar resultados clínicos e qualidade de vida em DP.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar da relevância e abrangência dos resultados obtidos nesta *scoping review*, importa reconhecer algumas limitações que condicionam a generalização dos dados e que devem ser tidas em conta na interpretação dos achados.

Em primeiro lugar, a diversidade geográfica e cultural dos estudos incluídos, embora contribua para a riqueza do fenómeno observado, pode igualmente ter introduzido vieses associados às práticas institucionais e à cultura dos sistemas de saúde específicos, refletindo realidades organizacionais e culturais heterogéneas. A forma como a autogestão é concebida, promovida e monitorizada pode diferir substancialmente entre diferentes contextos culturais e organizacionais. Outra das limitações prende-se com a escassez de publicações recentes sobre a autogestão em DP. Face a essa realidade, optou-se por não estabelecer um limite temporal na estratégia de pesquisa, de forma a incluir toda a evidência disponível. Contudo, esta decisão implica a integração de estudos com diferentes níveis de atualidade, não refletindo necessariamente os avanços clínicos, tecnológicos e organizacionais mais recentes. Este desfazamento temporal sublinha a necessidade urgente de mais investigação atualizada e contextualizada, que sustente práticas de enfermagem mais alinhadas com a realidade contemporânea dos cuidados em DP. Adicionalmente, observou-se a ausência de aplicação sistematizada de modelos estruturados de gestão da doença crónica, como o *Chronic Care Model* ou o *Chronic Disease Self-Management Program*, no contexto da DP. Embora estes modelos já tenham sido aplicados com sucesso noutros contextos, permanece por explorar o seu potencial adaptativo à autogestão em DP. Esta lacuna representa uma oportunidade significativa para futuras investigações e desenvolvimento de programas de intervenção inovadores e personalizados. Acresce ainda o número reduzido de bases de dados utilizadas na pesquisa, o que pode ter limitado a identificação de literatura relevante publicada noutros repositórios científicos. Embora se tenha utilizado uma estratégia de pesquisa sensível e validada com descritores e operadores booleanos, a ampliação da pesquisa a outras bases poderia ter aumentado o grau de exaustividade da revisão. Em síntese, estas limitações não comprometem a validade global dos resultados obtidos, mas antes reforçam a necessidade de aprofundar o estudo da autogestão em DP através de metodologias mais sistematizadas, modelos teóricos estruturados e ferramentas educativas ajustadas aos novos paradigmas de cuidados centrados na pessoa.

CONCLUSÃO

A diversidade metodológica, tipológica e geográfica dos 18 estudos incluídos nesta *scoping review* reforça o carácter global e multidimensional do fenómeno da autogestão em DP. Esta variedade contribui para uma compreensão alargada do conceito de autogestão, evidenciando

a sua complexidade e amplitude. Assim, torna-se evidente que, sem uma estratégia de pesquisa rigorosa e bem delimitada, corre-se o risco de dispersão conceitual, dificultando a obtenção de respostas concretas à questão de investigação. A análise dos estudos permitiu identificar 3 grandes categorias temáticas: determinantes da autogestão, modelos e estratégias de autogestão e autogestão e adesão terapêutica em DP. Entre os principais determinantes da autogestão, destacam-se o conhecimento técnico, as competências práticas, as crenças e atitudes positivas, a autoeficácia e o suporte social. As pessoas em DP devem dominar aspetos técnicos como as técnicas de assepsia, a gestão da dieta e da ingestão hídrica, bem como reconhecer sinais precoces de complicações. No entanto, como sublinham Figueiredo et al. (2005), limitações cognitivas e sensoriais, particularmente nos mais idosos e com menor escolaridade, representam barreiras significativas à aquisição e consolidação destas competências. Mesmo após capacitação inicial, persistem lacunas teóricas e falhas técnicas, como demonstrado por Meza et al. (2015), o que reforça a necessidade de uma supervisão regular por parte da equipa de enfermagem. A autoeficácia e o apoio social, segundo Chang et al. (2018), são igualmente cruciais para o êxito da autogestão em DP, funcionando como alicerces para a adoção sustentada de comportamentos de saúde. A componente emocional e relacional, tal como referida por Farias et al. (2020) e Gomes et al. (2019), também assume um papel central, evidenciando que sentimentos de insegurança, medo e desmotivação podem comprometer o processo de autogestão, especialmente no início do tratamento. Estes estudos reforçam, por isso, a importância do envolvimento da família e do apoio contínuo da equipa de enfermagem, que deve atuar como facilitadora do processo de adaptação e capacitação da pessoa.

As estratégias de autogestão em DP evidenciadas na literatura analisada assentam em modelos teóricos robustos e orientadores da prática clínica. A aplicação do modelo KAP mostrou-se eficaz na redução de complicações como peritonite, aumentando a capacidade de autocuidado, a autoimagem e a qualidade de vida (Qiao et al., 2022). A Teoria do Autocuidado de Orem revelou-se aplicável à estruturação de intervenções de enfermagem centradas na avaliação de défices de autocuidado e na seleção de sistemas de apoio adequados, como o apoio-educação (Freire, 2015; Leone et al., 2021). Estes dados reforçam a importância da consulta de enfermagem como espaço privilegiado para desenvolver competências, ajustar estratégias e acompanhar a evolução da pessoa em DP. Quanto ao modelo IMB, analisado por Chang et al. (2018), evidencia a necessidade de trabalhar, de forma integrada, o conhecimento técnico, a motivação pessoal e social e as competências práticas. Os enfermeiros, neste modelo, assumem o papel de mediadores entre a informação e a ação, promovendo a autoconfiança e a interiorização dos comportamentos desejados. Por fim, a Teoria da Autoeficácia de Bandura, operacionalizada no estudo de Su et al. (2009),

demonstrou resultados promissores na melhoria do estado clínico, do controlo volémico, da capacidade de autogestão e da qualidade de vida, sem comprometer o estado nutricional ou a adequação da diálise. Este estudo confirma que estratégias centradas no fortalecimento da autoeficácia promovem mudanças comportamentais sustentadas.

No que respeita à relação entre autogestão e adesão terapêutica, a literatura revela práticas diversas e múltiplos fatores que influenciam o cumprimento do regime terapêutico. Calderan et al. (2013) identificam rotinas bem estabelecidas, relacionadas com o cuidado do cateter, a adesão à medicação e a dieta. Contudo, Meza et al. (2015) observaram ainda défices persistentes na adesão técnica, sublinhando a importância da supervisão prática e contínua. Fatores clínicos como a idade avançada e a presença de comorbilidades, embora influenciem a aprendizagem, não se revelam determinantes únicos da adesão (Borràs et al., 2006). Gomes et al. (2019) e Chang et al. (2018) reforçam que aspetos subjetivos, como a motivação pessoal, a memória e o apoio da rede social, interferem significativamente na continuidade e qualidade do autocuidado. O estudo de Polaschek (2005) oferece uma perspetiva particularmente enriquecedora ao demonstrar que a adesão é vivida, por muitas pessoas em DP, como um processo de negociação contínua com o regime terapêutico. A gestão da condição não é passiva, mas uma estratégia deliberada para conciliar os requisitos clínicos com a manutenção do estilo de vida. Estas alterações são, para as PSC, expressões de autonomia e responsabilidade, e não sinais de incumprimento. O estudo evidencia ainda que uma mesma pessoa pode adotar diferentes estilos de autocuidado ao longo do tempo, consoante o seu estado clínico, contexto social ou emocional.

Conclui-se, assim, que a autogestão em DP é um processo dinâmico, adaptativo e fortemente contextualizado, onde os fatores pessoais, sociais e organizacionais interagem de forma complexa. A adesão não deve ser entendida como uma métrica rígida de cumprimento, mas como parte integrante da vivência com uma doença crónica, marcada por escolhas, adaptações e prioridades individuais. Perante este cenário, o papel da enfermagem especializada assume centralidade inequívoca. Os EEEMC-PSC são agentes privilegiados na promoção da autogestão, não apenas pela sua competência técnica, mas pela capacidade de estabelecer relações terapêuticas centradas na pessoa. A educação estruturada, o acompanhamento regular, a supervisão prática e a escuta ativa são instrumentos essenciais na promoção de uma autogestão eficaz, segura e sustentável. Através de uma abordagem personalizada baseada em evidência, a enfermagem especializada contribui para melhorar os resultados clínicos, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas em DP.

Para investigações futuras, recomenda-se a realização de estudos que relacionem a evolução do comportamento de autocuidado ao longo do tempo em relação à adesão terapêutica em

DP, o que poderá contribuir para intervenções de enfermagem que resultem na melhoria dos cuidados à pessoa em DP.

Por último, a realização de trabalhos de investigação centrados em estratégias educativas inovadoras, nomeadamente o recurso a ferramentas digitais como aplicações móveis, simulações clínicas, ensino à distância ou plataformas interativas de capacitação da pessoa poderão representar uma mais-valia significativa no acompanhamento e capacitação das pessoas em DP, especialmente no contexto atual de crescente digitalização dos cuidados de saúde. Figueiredo et al. (2016) destacam a importância das novas tecnologias como a telemedicina, as mensagens de texto, o e-mail e o acesso a registos eletrónicos de saúde para facilitar a orientação à distância e a resolução de problemas. Por exemplo, pessoas em DP que residem longe da unidade podem enviar fotografias do orifício de saída do cateter ou do efluente suspeito para revisão remota por profissionais especializados. Esta comunicação contínua é vital para a autogestão da pessoa em DP promovendo a segurança e o bem-estar da pessoa e deve ser complementada por programas de reeducação periódica, particularmente após episódios de peritonite, infeção do cateter, hospitalização prolongada ou interrupções na realização da DP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Missouri: Elsevier.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., ... & Wang, J. (2017). 2017 National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 40(10), 1409–1419. <https://doi.org/10.2337/dci17-0025>
- Borràs, M., Sorolla, C., Carrera, D., Martín, M., Villagrassa, E., & Fernández, E. (2006). Patients with learning difficulties: Outcome on peritoneal dialysis. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 22, 116–118.
- Brown, E. A., Blake, P. G., Boudville, N., Davies, S., de Arteaga, J., Dong, J., Finkelstein, F., Foo, M., Hurst, H., Johnson, D. W., Johnson, M., Liew, A., Moraes, T., Perl, J., Shroff, R., Teitelbaum, I., Wang, A. Y.-M., & Warady, B. A. (2020). International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality goal-directed

- peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 40(3), 244–253.
<https://doi.org/10.1177/0896860819895364>
- Caetano, A., Alves, F., França, K., Gomes, A., & Silva, J. (2022). Estágios da doença renal crônica e suas associações com o nível de atividade física, qualidade de vida e perfil nutricional. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 27, e0253.
<https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0253>
- Calderan, C., Torres, A. A. P., Zillmer, J. G. V., Schwartz, E., & Silva, D. G. V. (2013). Self-care practices for people with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Cuidado É Fundamental Online*, 5(1), 3394–3402.
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3394>
- Chang, T.-Y., Zhang, Y.-L., Shan, Y., Liu, S.-S., Song, X.-Y., Li, Z.-Y., Du, L.-P., Li, Y.-Y., & Gao, D. (2018). A study on the information-motivation-behavioral skills model among Chinese adults with peritoneal dialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9), 1884–1890.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14304>
- Chang, T., Shan, Y. & Gao, D. (2018). Research progress on self-care ability of patients with home peritoneal dialysis. *Chinese Nursing Research*, 32(4), 513–516.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1009-6493.2018.04.004>
- Curtin, R. B., Johnson, H. K., & Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: Insight from long-term patients. *Nephrology Nursing Journal*, 31(6), 615–625.
- Diário da República. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 de 13 de julho*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto: ESEP. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Farias, J. S., Zillmer, J. G. V., Porto, A. R., Soares, E. R., Ramos, B. R., & Santos, G. J. S. (2020). Experiences of people with chronic kidney disease when training for peritoneal dialysis. *Revista de Enfermagem UFPI* 9, e9616.
<https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9616>
- Farris, O., Orbell, S., Lamarche, V. M., & Smith, R. (2025). Promoting self-management in chronic disease: A systematic review and meta-analysis of behaviour change interventions for patients on dialysis. *Health Psychology Review*, 19(3), 368–408.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2025.2471775>
- Figueiredo, A. E., Kroth, L. V., & Lopes, M. H. (2005). Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. *Scientia Medica*, 15(3), 198–202.
- Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., Walker, R., & Brunier, G. (2016). A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Peritoneal Dialysis International*, 36(6), 592–605.
<https://doi.org/10.3747/pdi.2015.00277>

- Freire, L. B. V. (2015). *Autocuidado e cuidado de dependente em diálise peritoneal ambulatorial contínua: Um estudo da teoria de Orem* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19488>
- Gomes, H. L. M., Monteiro, I. O. P., Pina, R. M. P., Toledo, N. das N., & Almeida, G. S. de. (2019). Enfrentamento, dificuldades e práticas de autocuidado de pacientes com doença renal crônica submetidos à diálise peritoneal. *Revista Paulista de Enfermagem*, 30, 1–12. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2019v30a1>
- Hall, G., Bogan, A., Dreis, S., Duffy, A., Greene, S., Kelley, K., Lizak, H., Nabut, J., Schinker, V., & Schwartz, N. (2004). New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrology Nursing Journal*, 31(2), 149.
- Leone, D. R. R., Neves, A. C. O. J., Prado, R. T., & Castro, E. A. B. de. (2021). Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: Aplicabilidade da teoria de Orem – estudo de método misto. *Escola Anna Nery*, 25(3), e20200334. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0334>
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Meza, W. J. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. de los Á., & Delabra Salinas, M. M. (2015). Conocimiento teórico y apego al procedimiento de diálisis peritoneal del paciente o su familiar. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 130–136. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000200009>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde: Portugal*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Moreels, T., Van de Velde, D., Goethals, J., Vanden Wyngaert, K., De Baets, S., Nagler, E., Leune, T., De Vriendt, P., & Van Biesen, W. (2024). Self-management interventions for facilitating life participation for persons with kidney failure: A systematic review. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 19(2), 189–201. <https://doi.org/10.2215/CJN.0000000000000347>
- Nobre, D. C., Soares, E. R., Zillmer, J. G. V., Schwartz, E., Dias, Â. J. S., & Silva, G. J. S. (2017). Quality of life of people in peritoneal dialysis. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 11(Suppl. 10), 4111–4117. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201714>
- Oliver, M. J., Garg, A. X., Blake, P. G., Johnson, J. F., Verrelli, M., Zacharias, J. M., Pandeya, S., & Quinn, R. R. (2010). Impact of contraindications, barriers to self-care and support on incident peritoneal dialysis utilization. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25, 2737–2744. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq085>

- Oliver, M. J., Quinn, R. R., Richardson, E. P., Kiss, A. J., Lamping, D. L., & Manns, B. J. (2007). Home care assistance and the utilization of peritoneal dialysis. *Kidney International*, 71, 673–678. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002107>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia orientador de boas práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's theory of self-care to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 495–497.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paone, D. (1999). *Self-efficacy/self-health care among older adults: A literature review*. National Chronic Care Consortium for Minnesota.
- Pedroso, V. S. M., Andrade, G. B. de, Weykamp, J. M., Cecagno, D., Medeiros, A. C. de, & Siqueira, H. C. H. de. (2018). Ações do enfermeiro na capacitação do usuário e família em diálise peritoneal. Nurse actions on user and family training in peritoneal dialysis. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 572–576. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.572-576>
- Polaschek, N. (2006). 'Doing dialysis at home': Client attitudes towards renal therapy. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16(3a), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01622.x>
- Qiao, A., Zhang, X., Zhang, H., & Chen, G. (2022). 知信行模式对居家腹膜透析患者并发症和自管理能力的效果分析 [Análise dos efeitos do modelo Conhecimento-Crença-Prática nas complicações e na capacidade de autogestão de pacientes em diálise peritoneal domiciliária]. *Chinese Journal of Convalescent Medicine / Zhongguo Liaoyang Yixue*, 31(9), 960–964.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2025). *Registo da Doença Renal Crónica*. In A. Galvão. https://www.spnephro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/apresentacao-dmr-2025.pdf

- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 15–26). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Su, C.-Y., Lu, X.-H., Chen, W., & Wang, T. (2009). Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1381–1389. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04993.x>
- Thomé, F. S., Gonçalves, L. F. S., Manfro, R. C., & Barros, E. (2006). Doença renal crônica. In E. Barros (Ed.), *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* (3. ed., pp. 381–404). Porto Alegre: Artmed.
- Vaidya, S., & Aeddula, N. R. (2022, September 12). Chronic renal failure. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
- Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., ... Rodrigues, E. (2020). RENA study: Cross-sectional study to evaluate CKD prevalence in Portugal. *Nephron*, 144, 479–487. <https://doi.org/10.1159/000508678>
- World Health Organization. (2018a). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>

CONCLUSÃO

Segundo a OE (2020), a doença é sempre limitativa, mas a doença crónica representa um verdadeiro veredicto para a vida, no decurso da qual a pessoa e o enfermeiro estabelecem uma ligação única, sustentada na continuidade do cuidado e no acompanhamento de longo prazo. Neste percurso, cada contributo é imprescindível, na medida em que a pessoa e a sua família aprendem com o enfermeiro estratégias que lhes permitem alcançar maior autonomia e corresponsabilização no processo de autocuidado. Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2020), os cuidados de enfermagem especializados dirigidos à PSC são contínuos, podendo ser prestados em ambiente hospitalar, domiciliário ou comunitário. Estes cuidados incidem na prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, na adaptação à condição crónica e na adesão ao regime terapêutico, procurando capacitar a pessoa, a família e os cuidadores para redefinirem o seu projeto de saúde em função das implicações da doença e da sua qualidade de vida.

A possibilidade de estagiar em dois contextos distintos, o serviço de internamento de cardiologia e a unidade de DP em regime de ambulatório, representou uma oportunidade ímpar de desenvolvimento profissional e pessoal. Nestes cenários, o enfermeiro em formação especializada experienciou múltiplas intervenções autónomas e interdependentes, que contribuíram de forma significativa para o seu crescimento enquanto futuro EEEMC-PSC. Para si, torna-se imperativo salientar a necessidade de desenvolver respostas de saúde integradas, contínuas e centradas na pessoa, capazes de dar resposta à crescente complexidade da doença crónica.

A aprendizagem deve centrar-se no cuidado à pessoa, família e cuidadores, procurando maximizar o bem-estar, o conforto, o controlo dos fatores de risco e da sintomatologia, bem como a qualidade de vida (ESEnfC, 2024). Trata-se de um processo exigente, em que a construção de competências decorre da prática em contexto real e da reflexão crítica sobre essa mesma prática. A experiência em contextos clínicos distintos permitiu também consolidar uma visão integrada e crítica da resposta à PSC, evidenciando a relevância de serviços articulados, transversais e centrados na pessoa ao longo do seu percurso assistencial. Se no internamento de cardiologia sobressaiu a complexidade da fase aguda da doença, na nefrologia destacou-se a continuidade dos cuidados, a valorização do autocuidado e a corresponsabilização da pessoa e da família. Estas vivências constituíram um espaço de aprendizagem transformador, onde foram desenvolvidas competências técnicas e científicas, mas também uma sensibilidade ética, relacional e comunicacional, fundamentais para uma prática de enfermagem humanizada e centrada na singularidade de cada pessoa.

O percurso formativo exigiu igualmente um elevado grau de adaptabilidade. Trabalhando há dezasseis anos numa clínica de hemodiálise em regime de ambulatório, o regresso a um serviço de internamento constituiu um desafio, pela diferença de ritmos, pela intensidade da prestação de cuidados em fase aguda e pela articulação interprofissional própria de um ambiente hospitalar. De igual modo, na segunda componente clínica, inicialmente prevista para decorrer numa unidade de hemodiálise, a necessidade de reestruturação, em virtude de uma situação de baixa médica da enfermeira tutora inicialmente prevista, levou à integração na unidade de DP. Este novo contexto revelou-se, uma vez mais, um desafio, mas também uma oportunidade de crescimento. A DP permanece, ainda hoje, uma área menos explorada, em comparação com a hemodiálise, em grande parte pela menor expressão numérica de pessoas em DP e pela especificidade da técnica, altamente dependente da autogestão e do acompanhamento domiciliário. Contudo, a experiência adquirida, apoiada pela competência e disponibilidade das enfermeiras tutoras, foi enriquecedora e reforçou a consciência do papel essencial do EE neste domínio. Concluir cada turno com a perceção de que as intervenções dirigidas à PSC, à família e aos cuidadores foram adequadas, seguras e fundamentadas em

evidência científica constitui um dos maiores reconhecimentos da relevância do exercício profissional. Mais do que um “sentimento de dever cumprido”, trata-se de uma convicção profissional de que o cuidado prestado teve impacto real na vida das pessoas.

O estágio permitiu ao autor desenvolver de forma integrada as competências comuns do EE. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, consolidou a capacidade de tomar decisões sustentadas em princípios éticos, deontológicos e legais. Em cardiologia, enfrentou desafios relacionados com a confidencialidade e a comunicação de informação em ambientes de maior exposição, enquanto na DP reforçou a importância do consentimento informado e da participação ativa da pessoa e família na escolha e condução da modalidade terapêutica. Relativamente à melhoria contínua da qualidade, participou em processos de monitorização e avaliação dos cuidados. Em cardiologia, contribuiu para programas estruturados de educação para a saúde e para a prevenção de complicações e na DP integrou práticas baseadas em recomendações internacionais, nomeadamente na prevenção de infeções relacionadas com o cateter de DP, bem como estratégias de telemonitorização que reforçam a segurança clínica. Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, aprimorou competências de coordenação interprofissional, priorização clínica e gestão de recursos, garantindo a continuidade assistencial desde episódios agudos até ao acompanhamento domiciliário. Desenvolveu ainda uma prática rigorosa de documentação no SClínico, assegurando rastreabilidade e suporte à decisão clínica. Por fim, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, investiu na reflexão crítica e no autoconhecimento, integrando evidência científica atualizada na prática diária. Reforçou também competências pedagógicas e comunicacionais, promovendo a literacia em saúde, a adesão terapêutica e a autogestão da pessoa.

Para além das competências comuns, o autor desenvolveu também competências específicas do EEEMC-PSC. Ao longo dos estágios o autor aperfeiçoou a capacidade de avaliar rigorosamente as necessidades da pessoa, da família e dos cuidadores, estabelecendo relações terapêuticas que sustentaram planos de cuidados personalizados, ajustados ao contexto clínico e sociocultural. Em cardiologia, estruturou educação para a saúde centrada em sinais de alerta, prevenção de complicações e gestão do regime terapêutico, complementada por materiais informativos e follow-up e na DP adequou intervenções à vivência prolongada da doença, reforçando a autogestão, a identificação precoce de complicações e adesão terapêutica. No domínio das intervenções especializadas, concebeu e executou ensino teórico-prático em DP, seguindo orientações institucionais e recomendações da OE, implementou planos de ensino sequenciais e validou competências para execução autónoma e segura da técnica. Em cardiologia, integrou ainda programas de reabilitação e operacionalizou cartas de compromisso, favorecendo mudanças de estilo de

vida e adesão terapêutica. No controlo de infeção, aplicou e reviu protocolos em ambos os serviços. A avaliação de resultados foi contínua permitindo ajustar planos de cuidados e sustentar a melhoria com base na evidência científica. Explorou, adicionalmente, a telemonitorização na plataforma informática Sharesource para potenciar adesão, deteção precoce de alterações e uso eficiente de recursos. Por fim, maximizou o ambiente terapêutico, gerindo processos na transição saúde-doença, estruturando altas com planos personalizados e produzindo materiais de apoio como o folheto de acolhimento em DP.

Na componente de investigação, o autor desenvolveu a scoping review “A autogestão da pessoa em diálise peritoneal: uma scoping review”, com o objetivo de mapear a evidência disponível sobre este fenómeno. Seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute e a estratégia PCC, foram incluídos 18 estudos, cuja análise permitiu identificar a autogestão como um processo multidimensional, influenciado por fatores técnicos, emocionais, sociais e contextuais. Os resultados reforçam o papel central do enfermeiro na capacitação e acompanhamento contínuo, assegurando intervenções personalizadas e baseadas em evidência, que promovem segurança, qualidade de vida e maior autonomia da PSC.

Ao longo de todo o seu percurso, a prática do enfermeiro transformou-se, passando a valorizar de forma mais profunda as necessidades singulares da pessoa, o impacto da doença crónica no quotidiano e o envolvimento da família e cuidadores. No serviço de cardiologia, os programas de educação para a saúde centrados nos fatores de risco modificáveis revelaram-se instrumentos poderosos para induzir mudanças de estilos de vida, potenciados pelo envolvimento familiar e pelo acompanhamento pós-alta, que se traduziu em ganhos em saúde como a cessação tabágica, a melhoria da alimentação, a redução do sedentarismo e a gestão do stress. Na unidade de DP, a transformação foi igualmente evidente: se inicialmente a prática se centrava na transmissão rigorosa das técnicas de higiene e de execução da DP, o autor rapidamente compreendeu, com o apoio das tutoras, que o sucesso da autogestão depende de múltiplos fatores, incluindo a literacia em saúde, a adaptação da pessoa à modalidade terapêutica, as condições existentes no domicílio e o envolvimento ativo da família ou cuidadores.

Em síntese, a experiência formativa constituiu não apenas um espaço de aquisição de competências técnicas e científicas, mas também um processo de transformação pessoal e profissional. Confirmou o papel insubstituível do EEEMC-PSC como agente de mudança, facilitador da autogestão, promotor da literacia em saúde e garante da continuidade e qualidade dos cuidados ao longo de todo o ciclo de vida.

Inspirado na máxima de Winston Churchill, “Success is not final, failure is not fatal: it is the courage to continue that counts”, o autor deste relatório não entende este percurso formativo

como concluído, mas como parte de uma trajetória contínua. Desde a licenciatura em Enfermagem, passando pela pós-graduação e pelo mestrado em Gestão em Unidades de Saúde, até ao presente estágio, a sua prática tem sido pautada pela procura constante de soluções que contribuam para a melhoria dos sistemas de saúde e da vida das pessoas com quem trabalha diariamente. A Enfermagem, na sua perspetiva, não se dissocia da pessoa que a exerce, constituindo uma vocação intrinsecamente ligada ao compromisso com o outro.

O futuro profissional passará pela partilha do conhecimento adquirido com a sua equipa, pelo contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem e pela valorização crescente da abordagem individualizada à PSC. A aposta na promoção da autogestão, no reforço dos ensinamentos e na inclusão ativa da família e dos cuidadores continuarão a ser eixos centrais da sua prática. O estágio não representa, assim, um ponto final, mas a consolidação de um caminho que continuará a ser percorrido na área da Enfermagem à PSC, como espaço de formação, reflexão e prática avançada.

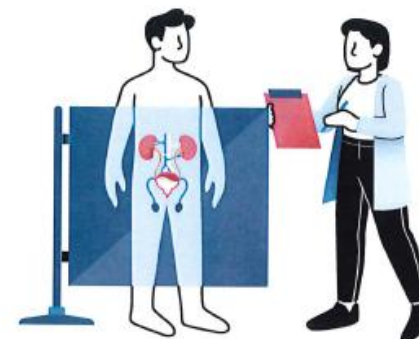
ANEXOS

ANEXO 1 – CURSO DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA EM NEFROLOGIA

Curso de Comunicação Clínica em Nefrologia

Serviço de Nefrologia ULS Médio Tejo

13 e 14 de dezembro || Auditório da Unidade Hospitalar de Torres Novas



Certificado

Certifica-se que Ricardo Martins Maia participou no Curso de Comunicação Clínica em Nefrologia, que decorreu nos dias 13 e 14 de dezembro de 2024, no Auditório da Unidade Hospitalar de Torres Novas.

Casimiro Ramos
(Presidente do Conselho de Administração)



APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO



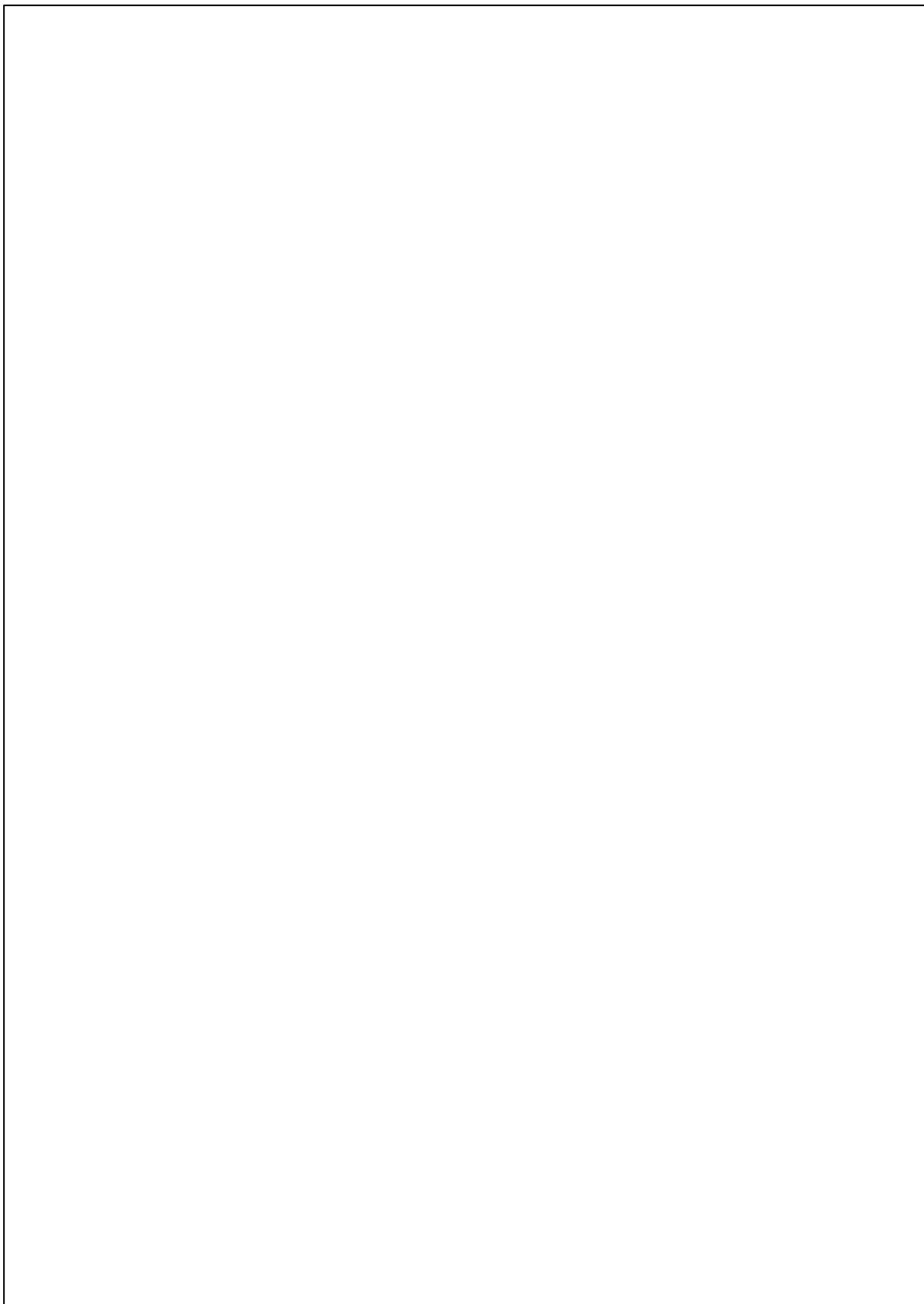
**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA
COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA**

Ricardo Martins Maia

Coimbra, outubro de 2024





**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

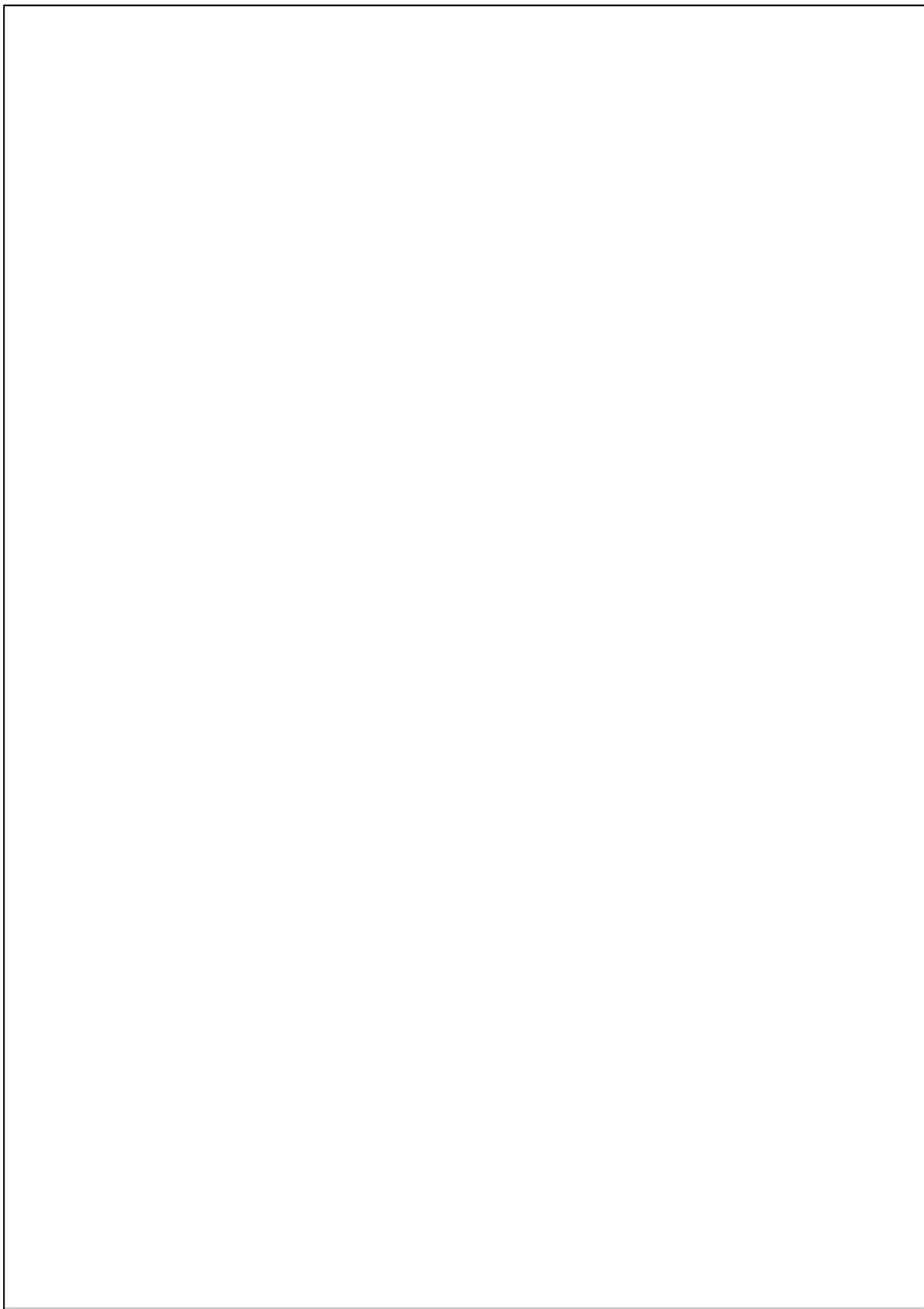
**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA
COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA**

- PROJETO DE ESTÁGIO -

Ricardo Martins Maia

Projeto realizado no âmbito do I Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área da Pessoa em Situação Crónica na unidade curricular Estágio com Relatório Final, com a orientação do Professor Pedro Miguel Lopes de Sousa e com a orientação tutorial da Enfermeira Especialista Patricia Assunção e Enfermeira Especialista Patricia Lopo

Coimbra, outubro de 2024



ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APIR - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC - Doença Renal Crónica

DRC5 - Doença Renal Crónica estadio 5

IRC - Insuficiência Renal Crónica

IRCT - Insuficiência Renal Crónica Terminal

DP - Diálise Peritoneal

HD - Hemodiálise

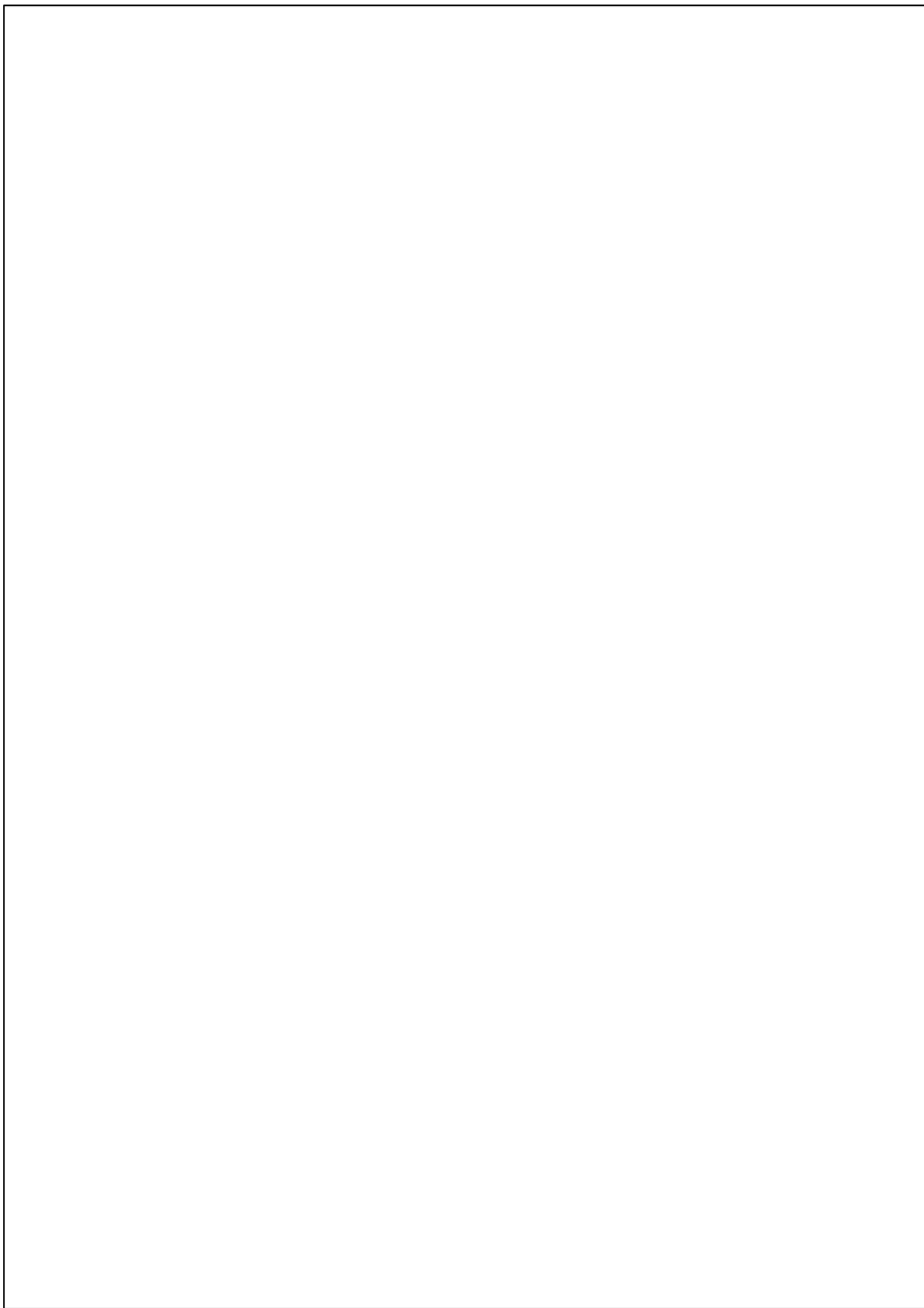
OE - Ordem dos Enfermeiros

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

UC - Unidade Curricular

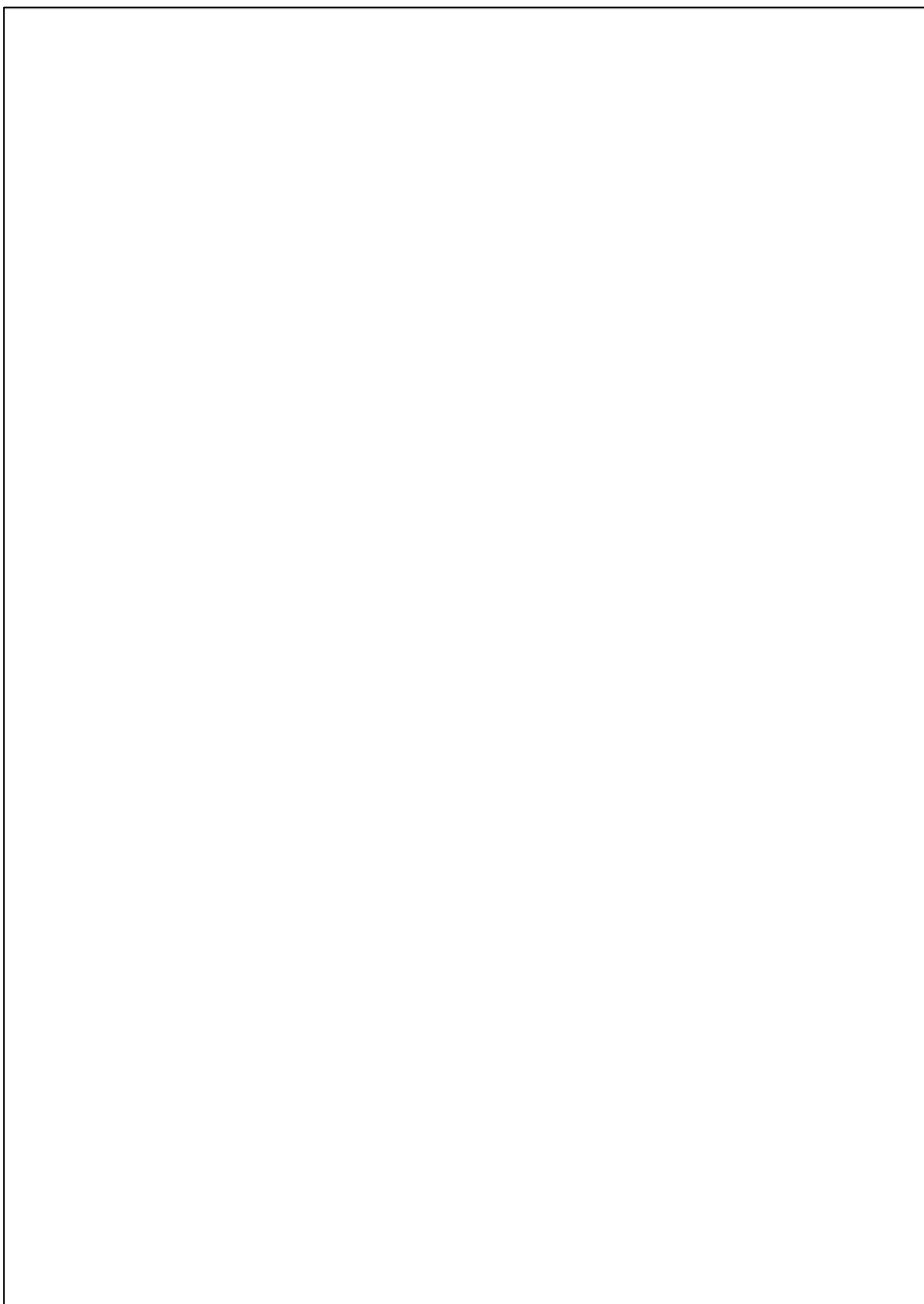
ULS - Unidade Local de Saúde

ULSMT - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo



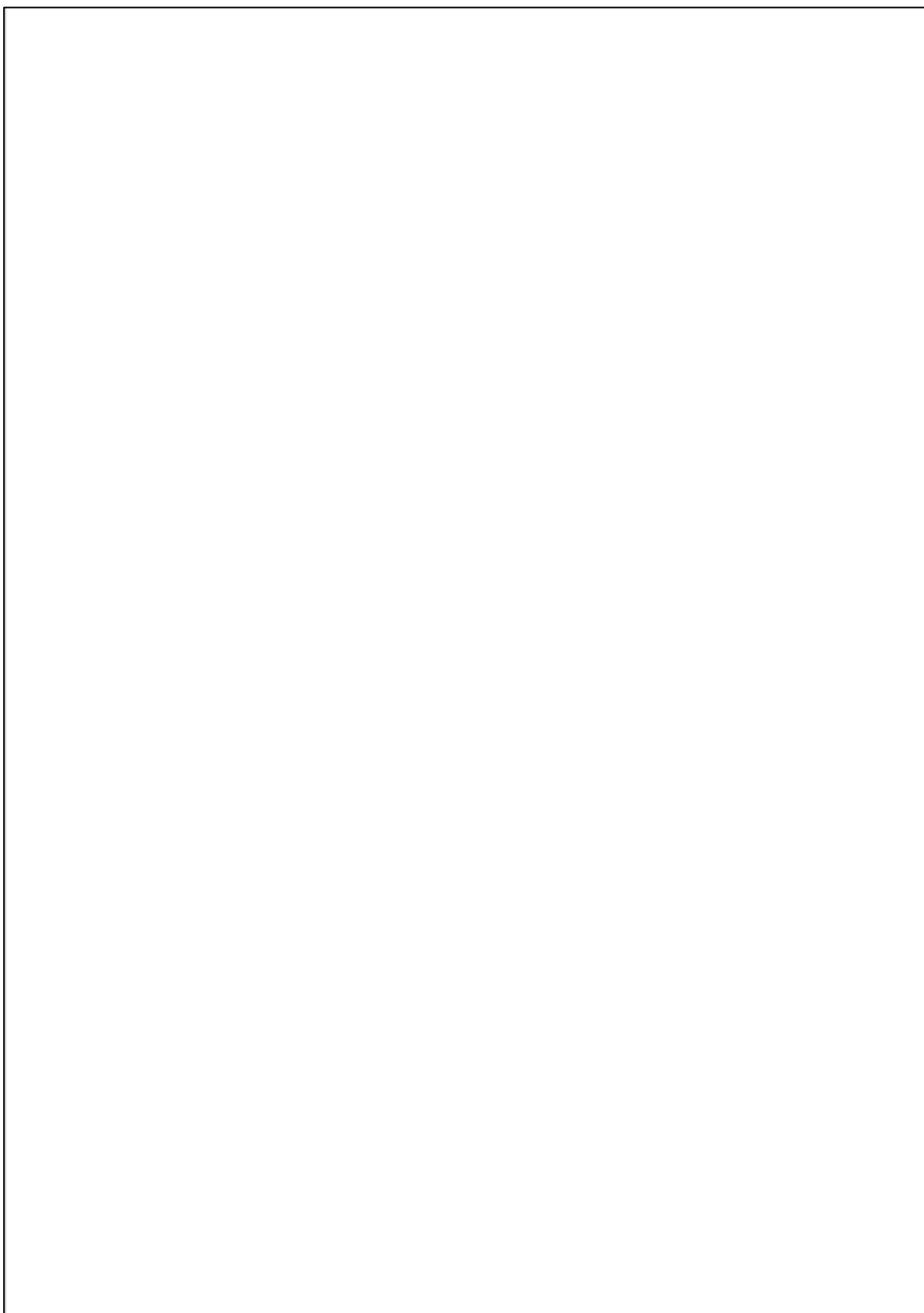
LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Desenvolvimento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista no serviço de Nefrologia da ULSMT	14
Tabela 2. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica no serviço de Nefrologia da ULSMT	18



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DA ULSMT	13
2. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO - PROGRAMAS DE AUTOGESTÃO PARA A DOENÇA RENAL CRÔNICA	22
2.1. METODOLOGIA.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICES	
Apêndice I	
Apêndice II	



INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório Final desempenha um papel crucial no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente no domínio da enfermagem à pessoa em situação crónica. Esta UC, integrada no plano curricular, representa uma fase determinante na formação dos futuros especialistas, orientada para o desenvolvimento de competências clínicas, de tomada de decisão e de resolução de problemas em contextos complexos, multidisciplinares e centrados na pessoa. O enfoque nos cuidados à pessoa com doença crónica reflete as necessidades atuais dos sistemas de saúde, face ao envelhecimento da população e ao aumento das condições crónicas, como a insuficiência renal crónica (IRC), uma das principais patologias crónicas não transmissíveis a nível global (Vaidya et al., 2022, p. 3) e na qual Portugal se destaca pelas piores razões (Galvão, 2023, pp. 11-27).

No contexto específico desta UC, a aprendizagem baseada na prática assume um papel central, sendo compreendida como um processo dinâmico que envolve a interação contínua entre a prática clínica e os fundamentos teóricos que a sustentam. Assim, o estágio clínico não se limita à mera aplicação de conhecimentos, mas exige uma reflexão crítica sobre as intervenções realizadas, visando a construção de um saber autónomo e diferenciado. A prática reflexiva, enquanto metodologia de aprendizagem, possibilita ao estudante integrar, de forma coerente, os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo e a experiência vivenciada no ensino clínico, promovendo um desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Desta forma, este ensino não é apenas uma oportunidade de consolidação de competências, mas também de construção de um pensamento crítico e reflexivo, essencial para a atuação do enfermeiro especialista.

Os objetivos delineados para esta UC reforçam esta perspetiva integradora. Espera-se que o estudante mobilize os conhecimentos, habilidades e atitudes previamente adquiridos, aplicando-os em contextos reais de prática clínica, de modo a desenvolver proficiência na tomada de decisões, no planeamento e na intervenção em situações clínicas complexas. Além disso, a capacidade de compreender e resolver problemas em contextos novos constitui uma das principais competências a serem desenvolvidas, destacando a importância da flexibilidade cognitiva e da adaptabilidade do profissional de saúde. O relatório final, por sua vez, deverá evidenciar a concretização dos objetivos do estágio, bem como a investigação realizada, demonstrando a capacidade do estudante em integrar os resultados da prática clínica com a investigação científica.

A escolha do local de estágio é outro elemento fundamental no processo formativo, sendo orientada pelos interesses e necessidades do estudante, bem como pelos objetivos

específicos a atingir. No presente projeto de estágio, o discente optou pelo serviço de nefrologia da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT), Hospital de Torres Novas, com foco na área da diálise peritoneal (DP). Esta escolha resulta de uma reflexão cuidadosa sobre o percurso profissional do discente, que desde 2008 exerce funções numa clínica de hemodiálise, em ambulatório. Embora inicialmente a sua intenção fosse realizar o ensino clínico na unidade de hemodiálise do hospital, a reflexão conjunta com a enfermeira chefe do serviço e restante equipa de enfermagem levou à escolha da diálise peritoneal, uma área onde o discente pretende aprofundar as suas competências, dado o seu elevado nível de especialização prévia na área da hemodiálise. Patricia Benner, na sua obra "De Iniciado a Perito" (2001), fundamenta esta decisão, ao destacar que o enfermeiro perito é aquele que, com base na sua vasta experiência, é capaz de compreender e agir de forma intuitiva e rápida perante uma situação clínica. Assim, o autor optou pelo serviço da diálise peritoneal em detrimento do serviço de hemodiálise, onde o autor já tem uma vasta experiência e é capaz de agir de forma rápida e intuitiva. Para o autor, a área da diálise peritoneal oferece a oportunidade de desenvolver novas competências, tanto a nível técnico como na área dos ensinamentos e da consulta, sendo áreas preferenciais do discente e onde o enfermeiro especialista assume um papel preponderante.

A educação à pessoa em DP, assim como à sua família e cuidadores, constitui uma das áreas de intervenção mais relevantes, sendo crucial para a promoção da autonomia e da autogestão da pessoa com IRC. Neste sentido, o discente pretende não só aprofundar o seu conhecimento técnico, mas também desenvolver competências na área da investigação, com especial enfoque nos programas de educação para a autogestão da pessoa com insuficiência renal crónica. A realização de uma revisão de literatura do tipo Scoping Review sobre este tema será um dos pilares deste estágio, permitindo uma articulação estreita entre a prática clínica e a investigação.

A gestão das doenças crónicas, como a IRC, implica um grande envolvimento da pessoa e da sua família no processo de autocuidado. A promoção da autogestão da doença, através da educação e do apoio contínuo, é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos doentes crónicos e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. De acordo com Sousa *et al.* (2017), a transferência de responsabilidade do profissional de saúde para a pessoa em situação crónica requer uma mudança de paradigma, centrada no desenvolvimento da autonomia da pessoa para gerir a sua doença. Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel essencial, fornecendo as ferramentas e o conhecimento necessários para capacitar a pessoa e a sua família, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais.

Os programas de educação para a autogestão revelam-se, assim, fundamentais não só para a melhoria da adesão ao tratamento e ao controlo dos sintomas, mas também para a redução da utilização dos serviços de saúde, como as hospitalizações e consultas de urgência. Estes programas, alinhados com uma abordagem centrada na pessoa, promovem a autonomia e o bem-estar geral, ao permitir que as pessoas assumam um papel ativo na sua saúde, o que, por sua vez, resulta em melhores resultados clínicos e na otimização dos recursos disponíveis.

Neste cenário, o projeto de estágio do discente visa o desenvolvimento de competências específicas no cuidado à pessoa com IRC, maioritariamente submetida a diálise peritoneal, através de cuidados individualizados e da educação direcionada à pessoa, família e cuidadores. Este projeto funcionará como um fio condutor durante todo o percurso de ensino clínico, servindo de base para a elaboração do relatório final, que descreverá as oportunidades de aprendizagem e o desenvolvimento profissional do discente. Ao longo deste ensino, será também realizada uma articulação constante entre a prática clínica e a componente de investigação, assegurando uma formação integrada e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O presente projeto de estágio encontra-se estruturado em quatro capítulos principais. Na presente introdução, é realizada a contextualização do percurso de aprendizagem, objetivos e a estrutura do documento. O capítulo seguinte descreve as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crónica, bem como os objetivos e as atividades a desenvolver para a sua consecução. O terceiro capítulo apresenta a proposta da componente de investigação, centrada nos programas de educação para a autogestão na insuficiência renal crónica. O quarto capítulo apresenta as considerações finais, onde o autor reflete sobre os objetivos e as competências que pretende alcançar durante o estágio. Por fim, os apêndices deste trabalho apresentam dois cronogramas que servirão de guias para as atividades a desenvolver ao longo do estágio, um para as atividades a desenvolver e outro com as diversas etapas de investigação.

Em suma, este projeto de estágio assume-se como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, que permitirá ao discente consolidar e expandir as suas competências como enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com enfoque na pessoa em situação crónica, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados a esta população.

1 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DA ULSMT

O desenvolvimento de competências especializadas constitui um processo contínuo e imprescindível para a prática avançada em Enfermagem, particularmente no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde se exige um elevado grau de especialização. O enfermeiro especialista, conforme delineado pelo Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), é reconhecido pela posse de competências científicas, técnicas e humanas, demonstrando a capacidade de prestar cuidados de excelência. No âmbito da nefrologia, em especial no serviço de diálise peritoneal da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT), o papel do enfermeiro especialista revela-se fundamental ao assegurar cuidados a indivíduos com insuficiência renal crónica terminal (IRCT).

O estágio que se inicia, decorrerá no serviço de diálise peritoneal entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025 e visa capacitar o discente no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, com enfoque particular na sua área de interesse, a nefrologia. Para cada uma dessas competências, o discente definiu objetivos claros e delineou atividades concretas a serem desenvolvidas, assegurando que o estágio contribua de forma significativa não só para a sua formação académica, mas também para o seu crescimento profissional e realização pessoal, tendo criado ainda um cronograma para delinear temporalmente as atividades principais a desenvolver (apêndice I).

Desta forma, o estágio não só permitirá ao discente consolidar os seus conhecimentos teóricos e aplicá-los na prática baseada em evidências, como também proporcionará a prestação de cuidados especializados, fundamentais para a pessoa com DRC, família e cuidadores.

Tabela 1

Desenvolvimento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista no serviço de Nefrologia da ULSMT

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Unidades de competência	Objetivos do discente	Atividades a desenvolver
A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	•Promover a tomada de decisão de acordo com os princípios éticos e deontológicos, em parceria com a pessoa com IRC, família, cuidadores e a equipa multidisciplinar. •Incentivar a reflexão crítica e ética sobre os processos de tomada de decisão na prática clínica. •Sustentar as decisões clínicas no serviço de nefrologia através da evidência científica. •Integrar princípios éticos e deontológicos no planeamento e execução das intervenções de enfermagem. •Avaliar os resultados das tomadas de decisão éticas e deontológicas da pessoa com IRC, família, cuidadores e a equipa multidisciplinar. • Respeitar as preferências, valores e crenças pessoais da pessoa com IRC. •Garantir que a pessoa com IRC tem pleno acesso à informação necessária para tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. •Proteger a confidencialidade e a segurança de todas as informações pessoais e clínicas da pessoa com IRC, garantindo o cumprimento das leis e regulamentos. •Observar como os princípios éticos e legais influenciam a distribuição de tarefas e a organização	•Fornecer informações claras e compreensíveis à pessoa com IRC sobre o seu estado de saúde e sobre as opções de tratamento disponíveis, incluindo as TSFR, através de linguagem acessível, materiais educativos como folhetos e livros disponíveis no serviço de forma que a pessoa, família e cuidadores tomem decisões informadas sobre o seu tratamento (ex.: escolha da modalidade TSFR). •Cuidar da pessoa com IRC desenvolvendo planos de cuidados individualizados, garantindo a sua integridade ética e legal através do planeamento e execução de intervenções de enfermagem que respeitem os valores e as escolhas da pessoa com IRC. •Participar nas consultas existentes no serviço de nefrologia (consultas de esclarecimento multidisciplinar, consultas de enfermagem à pessoa em DP, consultas de seguimento e de adequação em DP, consultas de tratamento médico conservador e consultas não programadas) discutindo os planos de cuidados e as opções de tratamento com a pessoa, família e cuidadores. •Assegurar que as leis, normas e protocolos são cumpridos (ex.: norma 017/2011, atualizada em 2012, sobre a informação e esclarecimento acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento da DRC5). •Participar em reuniões multidisciplinares (nefrologia, nutrição, psicologia, serviço social), contribuindo para a discussão dos casos clínicos, protegendo sempre os direitos da pessoa e disponibilizando sugestões baseadas nos princípios éticos como a autonomia, beneficência/não maleficência, justiça e respeito. •Garantir que todos os procedimentos em DP têm o consentimento informado da pessoa, assegurando o respeito pelos direitos da pessoa. •Garantir a privacidade e confidencialidade da pessoa com IRC, família e cuidadores durante todas as intervenções. •Discutir com as Enfermeiras Tutoras dilemas éticos que possam surgir durante as consultas

dos turnos, garantindo equidade e segurança na prestação de cuidados prestados pela equipa de enfermagem.

efetuadas no serviço de nefrologia, promovendo uma reflexão sobre as suas implicações éticas (ex. opiniões médicas pessoais sobre a escolha da TSFR para a pessoa com IRC).

- Abordar temas como a escolha pelo tratamento médico conservador em detrimento das TSFR
- Colaborar na atualização de protocolos em nefrologia que sejam fundamentados em diretrizes clínicas reconhecidas, assegurando a transparência nas práticas adotadas.
- Assegurar que todos os cuidados prestados ao IRCT (ex.:consultas e discussões clínicas) são realizados em áreas privadas, respeitando a privacidade da pessoa em situação de DRC.
- Acompanhar a Enfermeira Chefe na gestão do serviço.

B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

<i>Unidades de competência</i>	<i>Objetivos do discente</i>	<i>Atividades a desenvolver</i>
B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de	•Adquirir conhecimentos sobre diretrizes e práticas de qualidade, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa com IRC. •Refletir sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, identificando as áreas que se encontram de acordo com as boas práticas de qualidade e manutenção de ambiente de práticas de cuidados seguros. •Orientar projetos focados na melhoria da qualidade dos cuidados em nefrologia. •Garantir a aplicação de práticas seguras relativas às TSFR, nomeadamente DP, assegurando a conformidade com os protocolos clínicos e promovendo a segurança da pessoa com IRCT e a qualidade dos cuidados prestados. •Participar ativamente na gestão do risco, colaborando na definição de recursos adequados e na implementação de medidas preventivas.	•Compreender como são implementadas as práticas de qualidade na ULS do Médio Tejo e especificamente no serviço de Nefrologia do Hospital de Torres Novas. •Identificar boas práticas de cuidados implementadas de acordo com as Guidelines Internacionais, Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica e Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise Peritoneal. •Colaborar com a equipa de enfermagem para rever os protocolos de cuidados de enfermagem existentes na ULS e relacionados com a DP. •Desenvolver em articulação com as Enfermeiras Tutoras e equipa multidisciplinar um projeto de melhoria para prevenção de infeções relacionadas com o orifício de saída do cateter de diálise peritoneal (DP). •Implementar este projeto no serviço e realizar sessões de formação à pessoa com IRCT, família e cuidadores assegurando a compreensão e adesão às medidas preventivas estabelecidas. •Assegurar que a administração da DP segue rigorosamente os protocolos clínicos estabelecidos. •Participar nas formações e reuniões de serviço que promovam a partilha de ideias e a implementação de soluções para garantir a segurança dos cuidados à pessoa em situação crónica e dos próprios colaboradores.

segurança e proteção dos indivíduos/ grupo
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

•Contribuir para a análise crítica e fundamentada das decisões clínicas no contexto da nefrologia, recolhendo dados e evidências que apoiem as escolhas feitas pela equipa de enfermagem.

•Participar no desenvolvimento do relatório anual do serviço de DP, evidenciando as intervenções realizadas, os resultados dos cuidados prestados, bem como a análise crítica das decisões clínicas tomadas.

C - Domínio da gestão dos cuidados

Unidades de competência	Objetivos do discente	Atividades a desenvolver
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	•Otimizar o processo de enfermagem, promovendo uma colaboração integrada com a equipa multidisciplinar, para garantir a individualização dos cuidados e a melhoria contínua da qualidade prestada à pessoa com IRC. •Demonstrar uma atitude analítica e reflexiva na gestão e prestação de cuidados à pessoa com IRC. •Aplicar a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados para garantir conformidade legal e segurança na prestação de cuidados. •Promover a utilização eficiente dos recursos disponíveis para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. •Promover medidas que garantam a segurança da pessoa com IRC e profissionais no ambiente clínico.	•Colaborar com os enfermeiros e outros membros da equipa multidisciplinar na individualização dos cuidados prestados à pessoa com IRC. •Realizar registos de enfermagem de qualidade (SClinico) que facilitem tomadas de decisão baseadas na evidência. •Reconhecer a necessidade de referenciar para outros profissionais de saúde a pessoa IRC (ex.:nefrologista, nutricionista ou assistente social). •Participar nas formações internas de segurança (ex.: ergonomia na manipulação de equipamentos de diálise). •Assegurar a utilização correta de consumíveis e equipamentos, sugerindo estratégias para reduzir o desperdício, sem comprometer a qualidade dos cuidados. •Refletir sobre a eficácia das estratégias de capacitação para o autocuidado implementadas junto da pessoa com IRC, propondo ajustes para otimizar a autogestão e a qualidade de vida do IRC.
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos		

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Unidades de competência	Objetivos do discente	Atividades a desenvolver
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica	•Desenvolver a autoconsciência como pessoa e enfermeiro, para otimizar o relacionamento com a pessoa em situação crónica e a equipa multidisciplinar. •Otimizar a congruência entre a auto e heteropercepção, garantindo uma visão clara da forma como é percebido pela equipa e pelas pessoas em situação crónica. •Demonstrar capacidade de adaptação e liderança em situações de mudança organizacional, promovendo o bem-estar da equipa e a eficácia nos cuidados prestados. •Dinamizar a incorporação de novas evidências científicas na prática clínica, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados. •Desenvolver o conhecimento sobre programas de educação para a autogestão, para implementar estratégias educativas eficazes que promovam a autonomia da pessoa com IRC, família e cuidadores na gestão da doença.	•Refletir sobre as interações diárias com a equipa multidisciplinar e pessoa em situação crónica, família e cuidadores. •Solicitar feedback regular às enfermeiras tutoras comparando a sua opinião com a perceção pessoal do desempenho para identificar incongruências e ajustar a prática clínica. •Colaborar em iniciativas de mudança no serviço de saúde, como a implementação de novos protocolos ou tecnologias, mostrando flexibilidade e ajudando a equipa a ajustar-se às novas práticas. •Atualizar protocolos clínicos e diretrizes em colaboração com a equipa multidisciplinar, incorporando as melhores práticas e evidências científicas atuais •Analisar programas de educação existentes sobre a autogestão da IRC, com foco nas melhores práticas e evidências científicas mais recentes, identificando estratégias que possam ser adaptadas à pessoa com IRC e ao contexto do serviço de nefrologia. •Reformular os documentos do serviço com indicadores de qualidade, contribuindo para a elaboração de relatórios com dados estatísticos e clínicos atualizados.

Tabela 2

Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crônica no serviço de Nefrologia da ULSMT

1 — Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crônica

Unidades de competência	Objetivos do discente	Atividades a desenvolver
1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a detecção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crônica	•Reconhecer as necessidades da pessoa, família e cuidadores. •Avaliar o impacto da doença crônica na vida da pessoa com IRC, família e cuidadores. •Adaptar os cuidados de enfermagem à evolução da DRC ajustando as intervenções de enfermagem consoante as necessidades. •Promover a adaptação da pessoa e família à situação crônica fornecendo apoio e recursos. •Ensinar a pessoa em situação crônica, família e cuidadores a viverem a reconhecerem sinais precoces de complicações e sinais de alerta relacionados com a IRC. •Fornecer orientação sobre estratégias de autocuidado e adaptação à situação crônica. •Promover a adesão terapêutica ao regime medicamentoso, dietético e de exercício físico à pessoa com IRC, em colaboração com a família e cuidadores, assegurando uma gestão eficaz da condição crônica e melhoria da qualidade de vida. •Integrar os conhecimentos adquiridos no contexto de estágio anterior no cuidado à pessoa com patologia cardíaca e DRC.	•Realizar entrevistas informais com os IRC, familiares e cuidadores para identificar as necessidades específicas e preocupações relacionadas com a doença crônica, possibilitando uma compreensão profunda do impacto da doença crônica na vida do IRC e família, facilitando o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado. •Participar nas diversas consultas de enfermagem à pessoa em situação crônica, com IRC. •Realizar consultas de enfermagem individualizadas com a pessoa, família e cuidadores para esclarecer sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso, dietético e de exercício físico, ajustando as orientações às necessidades e condições específicas de cada pessoa. •Realizar ensinamentos à pessoa, família e cuidadores abordando os vários aspetos da DP, como medidas de prevenção de complicações, sinais de alerta e medidas específicas para o autocuidado. •Proceder a contactos telefónicos com a pessoa, família e cuidadores para ajuste das intervenções de enfermagem. •Informar a pessoa com IRC sobre os grupos de apoio para pessoa com doença renal crônica como a APIR. •Colaborar e participar em formações sobre a diálise peritoneal à equipa de enfermagem. •Monitorizar a adesão terapêutica através de consultas de seguimento regulares, avaliações periódicas e registos de enfermagem. •Implementar uma abordagem integrada na avaliação da pessoa em situação crônica, considerando a interação entre as doenças cardiovasculares e a IRC.

1.2 — Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica.

- Apoiar a pessoa e a família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante a doença crónica.
- Estabelecer planos de intervenção individualizados para a pessoa, família e cuidadores, com vista à prevenção e controlo da doença crónica.
- Compreender quais as dificuldades de adaptação da pessoa, família e cuidadores ao regime terapêutico em DP.
- Fomentar estratégias para a autogestão e promoção da saúde em pessoas com doença crónica.
- Adequar estratégias de intervenção especializada para promover a capacitação da pessoa, família e cuidadores.
- Documentar a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados.

- Organizar sessões de educação para a saúde à pessoa com doença crónica e seus familiares e cuidadores, focadas nas adaptações necessárias à vida diária, na compreensão da doença e na gestão dos cuidados.
- Colaborar com a equipa de saúde para elaborar planos de intervenção individualizados, com base nas necessidades, preferências e contexto de cada pessoa, que incluam objetivos claros e estratégias de monitorização.
- Participar nas consultas de esclarecimento sobre as modalidades terapêuticas da DRCT
- Participar no processo de educação/treino para o autocuidado na gestão do regime terapêutico (cuidados ao cateter de DP, regime alimentar, regime medicamentoso, restrições hídricas).
- Agendar revisões regulares dos planos de cuidados com a pessoa, familiares e cuidadores avaliando a eficácia das intervenções e ajustando-as se necessário.
- Fornecer educação em saúde sobre autogestão da doença através de materiais educativos que abordem a autogestão da doença crónica, incluindo dicas práticas para a gestão de sintomas, a importância da adesão ao tratamento, reconhecimento de sinais de alerta, a importância da alimentação saudável, a prática de exercício físico, a adesão ao tratamento entre outros.
- Organizar sessões práticas onde os utentes aprendem a realizar cuidados relacionados com a sua rotina diária, nomeadamente monitorizar os sinais vitais, higiene (técnicas de higiene, lavagem das mãos, desinfeção das mãos e área de trabalho), cuidar do seu cateter de DP e controlo de peso seco.

1.3 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos

- Demonstrar conhecimento dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.
- Diagnosticar as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção.
- Realizar sessões formativas sobre prevenção de infeções para IRC, família e cuidadores.
- Facilitar a adesão da pessoa, família e cuidador à prevenção, intervenção e controlo de infeção.

- Familiarizar-se com os planos e diretrizes de prevenção e controlo, a nível local, regional e nacional, garantindo que estão atualizados e em linha com as políticas da instituição.
- Envolver-se ativamente nas sessões formativas e de atualização sobre infeções e resistência antimicrobiana.
- Colaborar na implementação de ferramentas que monitorizem taxas de infeção em pessoas em diálise peritoneal, como indicadores de monitorização de peritonite e infeções relacionadas com o orifício de saída do cateter.
- Criar um sistema de registo para incidentes de infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência antimicrobiana, permitindo a análise e a introdução de melhorias no processo de prestação de cuidados.
- Rever periodicamente os dados estatísticos e relatórios de infeções, discutindo os resultados com a equipa e sugerindo ações corretivas com base nas tendências identificadas.
- Organizar sessões de ensino para a pessoa com IRCT, família e cuidadores, ensinando-os a

		identificar sinais de infecção e a seguir rigorosamente os protocolos de cuidados (ex.: ensinamentos relacionados com o local de saída do cateter de DP). • Agendar consultas regulares com a pessoa com IRCT, família e cuidadores para reforçar a adesão aos procedimentos de prevenção de infecções, discutindo, por exemplo, a importância da higienização das mãos e da troca correta do material de diálise.
1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crônica.	• Monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas, garantindo a sua adequação às necessidades da pessoa em situação crônica. • Monitorizar os progressos da pessoa, família e cuidador considerando os resultados esperados, ajustando os cuidados de acordo com a evolução da situação. • Avaliar os resultados do plano de cuidados com base na resposta da pessoa, família e cuidadores. • Monitorizar indicadores de saúde da pessoa de forma a avaliar o progresso e a eficácia das intervenções.	• Organizar consultas regulares e contactos telefónicos direccionados à pessoa com IRCT, família e cuidadores para discutir o progresso no plano de cuidados. • Analisar regularmente os dados recolhidos e documentados para apoiar a tomada de decisão em relação à continuidade ou ajustamento do plano de cuidados. • Rever as intervenções especializadas sempre que houver alterações no estado de saúde da pessoa ou em resposta às avaliações da família e cuidadores, ajustando o plano de cuidados, conforme necessário. • Utilizar os diferentes sistemas de registo (ex.: SClinico) que permitam documentar as intervenções de forma clara e sistemática, assegurando que todas as ações são bem documentadas.

2 — Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crônica

Unidades de competência	Objetivos do discente	Atividades a desenvolver
2.1 — Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crônica.	• Fomentar planos que favoreçam os processos de adaptação e transição situacional, capacitando a pessoa e os cuidadores na gestão do processo saúde-doença. • Promover o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa com a condição crônica e os seus cuidadores para a autogestão. • Mobilizar conhecimentos nas áreas de novas tecnologias e gestão de processos terapêuticos complexos, incluindo tele-saúde, para apoiar a prática clínica. • Desenvolver competências para gerir os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crônica em pessoas com IRC.	• Monitorizar sinais vitais e parâmetros relevantes como o balanço hídrico e desenvolver intervenções específicas que melhorem a qualidade de vida da pessoa, como ajustes na terapêutica dialítica. • Criar planos de cuidados personalizados que promovam a autonomia da pessoa, família e cuidadores, com ênfase na adesão ao regime terapêutico e na gestão de complicações associadas à IRC. • Monitorizar os sinais e sintomas da pessoa com IRC, com foco nos parâmetros laboratoriais e clínicos, como o controlo de função renal, sinais de descompensação cardíaca, presença de edema, alterações eletrolíticas e sinais de infecção, visando o diagnóstico precoce de complicações. • Organizar consultas regulares com a pessoa em DP para avaliar a sua adesão ao regime terapêutico, ajustando intervenções consoante os desafios identificados.

	•Estabelecer um plano de cuidados individualizado para seguimento em ambulatório, garantindo o acompanhamento contínuo da pessoa em situação crônica.	•Utilizar técnicas para reforçar a importância do cumprimento do regime terapêutico, incluindo a gestão da dieta, medicação e atividades físicas adequadas à condição de saúde da pessoa com IRC. •Utilizar a tele saúde para facilitar o acompanhamento de pessoas em diálise peritoneal domiciliar através da consulta das aplicações das empresas que apoiam a pessoa com IRCT. •Realizar sessões formativas para a pessoa, família e cuidadores, focadas no uso de dispositivos tecnológicos como os sistemas de diálise peritoneal automatizada.
2.2 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação	•Garantir a segurança na administração de processos terapêuticos complexos, prevenindo a ocorrência de erros e eventos adversos. •Fornecer orientações de segurança à pessoa e família adaptando-as às necessidades individuais da pessoa em situação crônica com IRC. •Desenvolver estratégias para identificar as circunstâncias ambientais que possam potenciar eventos adversos durante processos terapêuticos. •Implementar medidas preventivas para mitigar os riscos associados aos processos terapêuticos. •Integrar a análise de risco como parte do processo de planeamento e intervenção dos cuidados de enfermagem em nefrologia.	•Formar conjuntamente com as Enfermeiras Tutoras os profissionais do internamento menos familiarizados com a DP. •Rever regularmente os protocolos de prevenção de infeções e eventos adversos, ajustando as práticas à realidade clínica atual. •Promover a comunicação eficaz entre os elementos da equipa de enfermagem e outros profissionais para garantir a segurança e eficácia dos processos terapêuticos •Desenvolver um panfleto educativo ou vídeo destinado à pessoa com IRCT, família e cuidadores, com informações claras e práticas sobre os cuidados a ter com o cateter de diálise peritoneal, como realizar o penso no orifício de saída e identificação de possíveis complicações e sinais de alerta
2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.	•Notificar de forma sistemática e precisa os incidentes de segurança e de qualidade, promovendo a melhoria contínua dos cuidados. •Reconhecer procedimentos e situações que possam causar resultados indesejáveis ou inesperados, intervindo de forma proativa para mitigar riscos em diferentes níveis organizacionais.	•Utilizar o sistema Notifica para o reporte de eventos adversos. •Identificar procedimentos críticos que possam resultar em resultados indesejáveis. •Fomentar a capacidade da pessoa em situação crônica, família e cuidadores em identificar sinais de alerta ou possíveis situações de risco antes da ocorrência de eventos adversos, promovendo uma abordagem proativa na gestão de riscos. •Desenvolver e implementar uma checklist com imagens que cubra as etapas da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), com foco no treino e re-treino dos utentes, família e cuidadores, assegurando a segurança e eficácia do processo.

2. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO - PROGRAMAS DE AUTOGESTÃO PARA A DOENÇA RENAL CRÔNICA

A crescente prevalência de doenças crônicas no mundo resulta de fatores como a transição demográfica e mudanças nos hábitos de vida, sendo responsáveis por mortes prematuras e impacto económico significativo (Ministério da Saúde, 2018; WHO, 2018). A complexidade de viver com essas doenças afeta o bem-estar físico, emocional e social dos indivíduos, influenciando também a educação e a profissão (Sousa *et al.*, 2017). Assim, a gestão dessas doenças exige autogestão diária, transferindo parte da responsabilidade dos profissionais de saúde para as pessoas em situação de doença e suas famílias, promovendo autonomia e autocuidado (Sousa *et al.*, 2017).

Os programas de autogestão surgem como estratégias para capacitar os cidadãos e melhorar a qualidade de vida, reduzindo os custos sociais das doenças crônicas. Corbin e Strauss (1985) identificam três áreas-chave para o equilíbrio da pessoa: gestão da doença, do dia a dia e reformulação biográfica. Holman e Lorig (2003) destacam a importância da gestão emocional e da projeção no futuro. A educação para a autogestão prepara a pessoa para resolver problemas fora dos serviços de saúde, com um acompanhamento contínuo dos profissionais de cuidados primários (Escoval, 2010).

A autogestão é um processo dinâmico e diário, envolvendo monitorização da condição e uso de estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais para melhorar a qualidade de vida (Lorig & Holman, 2003; Barlow & Ellard, 2004). Intervenções psicoeducativas têm se mostrado eficazes na promoção da autonomia na gestão da doença (Barlow & Ellard, 2004) e programas como os desenvolvidos por Kate Lorig no Stanford Patient Education Research Center têm melhorado a saúde, reduzido o uso de serviços de saúde e capacitado os pacientes para gerirem sua condição crônica (Holman & Lorig, 2004; Bodenheimer *et al.*, 2002).

Em resumo, a educação para a autogestão representa uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, transferindo a responsabilidade para a pessoa e a sua família, promovendo uma gestão eficaz da condição e reduzindo a procura por serviços de saúde.

Durante este ensino clínico, o autor investigará os programas de autogestão de forma a identificar as melhores práticas que fomentam a adesão ao regime terapêutico na DRC. A relevância desta investigação reside na necessidade de criar intervenções educacionais que ajudem a pessoa em situação crônica a integrar a gestão da DRC na sua vida diária, promovendo um cuidado centrado na pessoa.

2.1. METODOLOGIA

A investigação proposta será uma Scoping Review sobre programas de educação para a autogestão da doença crônica, com foco na adesão ao regime terapêutico na DRC. A

metodologia seguirá as etapas do Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020) e terá como objetivo principal explorar a relação entre a educação para a autogestão e a adesão ao regime terapêutico em doentes com DRC. Assim sendo, a questão de investigação para esta investigação será: Quais são os efeitos dos programas de educação para a autogestão na adesão ao regime terapêutico em pessoas com doença renal crónica?

Relativamente aos objetivos específicos estes pretendem identificar e analisar os programas de autogestão disponíveis para a DRC, avaliar a eficácia destes programas na promoção da adesão ao tratamento e contribuir para o desenvolvimento de intervenções que melhor se adequem às necessidades dos doentes em DRC.

Nesta pesquisa será utilizado o acrónimo PCC. A População (P) serão as Pessoas em Situação Crónica com DRC que participam em programas de educação para a autogestão; o Conceito (C) será a adesão ao regime terapêutico e o Contexto (C) os locais onde os programas de educação para a autogestão foram implementados.

Os critérios de inclusão serão estudos primários que abordam programas de educação para a autogestão de doenças crónicas, estudos que avaliam a adesão ao regime terapêutico em pessoas com DRC e estudos publicados em inglês, português ou espanhol.

Os critérios de exclusão incluirão estudos que não tratam de programas específicos para a DRC, estudos que não fornecem dados relevantes sobre a adesão ao tratamento e estudos publicados em idiomas que não sejam os mencionados.

A pesquisa será realizada em bases de dados relevantes, incluindo MEDLINE Complete, CINAHL Complete, SciELO e Cochrane. Serão utilizadas palavras-chave como "educação para autogestão", "adesão ao regime terapêutico" e "doença crónica". Os documentos selecionados serão geridos através do Mendeley para evitar duplicados e facilitar a análise.

O processo de seleção dos estudos será documentado seguindo o fluxograma PRISMA-ScR, garantindo transparência e rigor na metodologia.

Para facilitar a conclusão de todas estas etapas num período de tempo adequado o discente criou um cronograma (apêndice II) com as principais etapas a desenvolver e as semanas para a conclusão de cada uma delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais de um projeto de estágio constituem um momento de reflexão crítica sobre os objetivos traçados, as estratégias definidas e os desafios esperados. No presente projeto, são traçadas as linhas orientadoras para o desenvolvimento de competências que são fundamentais para o enfermeiro especialista. Este estágio, previsto para decorrer na ULSMT, Hospital de Torres Novas, serviço de nefrologia, com foco na diálise peritoneal, tem como propósito principal a consolidação de competências clínicas e de investigação.

A escolha da área de diálise peritoneal reflete um interesse pessoal e profissional do autor, alinhando-se com a sua experiência prévia em hemodiálise. A decisão de desenvolver o estágio numa área que ainda requer a aquisição de novos conhecimentos e práticas, nomeadamente a diálise peritoneal, demonstra uma vontade clara de expandir e diversificar o seu leque de competências. Tal abordagem permite uma evolução profissional significativa, particularmente no que diz respeito à educação da pessoa com insuficiência renal crónica, os seus familiares e cuidadores, capacitando-os para a autogestão da doença. A educação é, sem dúvida, uma das áreas centrais deste projeto, pois assume um papel preponderante na promoção da autonomia e qualidade de vida da pessoa em TSFR.

O projeto de estágio descreve diversas atividades que o discente tenciona desenvolver ao longo deste percurso, focando-se tanto na prestação direta de cuidados, no desenvolvimento de competências comuns e específicas e desenvolvimento de capacidades de investigação. As atividades clínicas incluem a criação de planos de cuidados individualizados, a participação em consultas multidisciplinares e a implementação de intervenções educativas. Já a vertente investigativa, como a revisão Scoping Review sobre programas de educação para a autogestão em IRC, contribuirá não só para a prática clínica informada, mas também para o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua dos cuidados prestados. É fundamental reconhecer que a gestão das doenças crónicas, em particular a IRC, exige uma abordagem complexa e multidimensional. A colaboração com equipas multidisciplinares e o envolvimento ativo da pessoa e sua família no processo de cuidados são elementos-chave que podem potenciar os resultados clínicos e melhorar a qualidade de vida. O enfermeiro especialista, no papel de educador e facilitador, desempenha um papel crucial nessa mudança, fornecendo não apenas os cuidados técnicos, mas também a orientação necessária para que a pessoa em situação crónica seja capaz de gerir a sua condição com maior autonomia e confiança.

Há, no entanto, que reconhecer as limitações que decorrem do curto período de tempo do ensino clínico. O autor, ao refletir sobre o seu projeto, reconhece que o contacto com o serviço ainda é limitado, o que pode condicionar a amplitude e a profundidade das atividades a desenvolver. Este fator coloca uma pressão adicional na seleção das atividades, levando o autor a focar-se naquelas que, no tempo disponível, podem ser realizadas de forma eficaz.

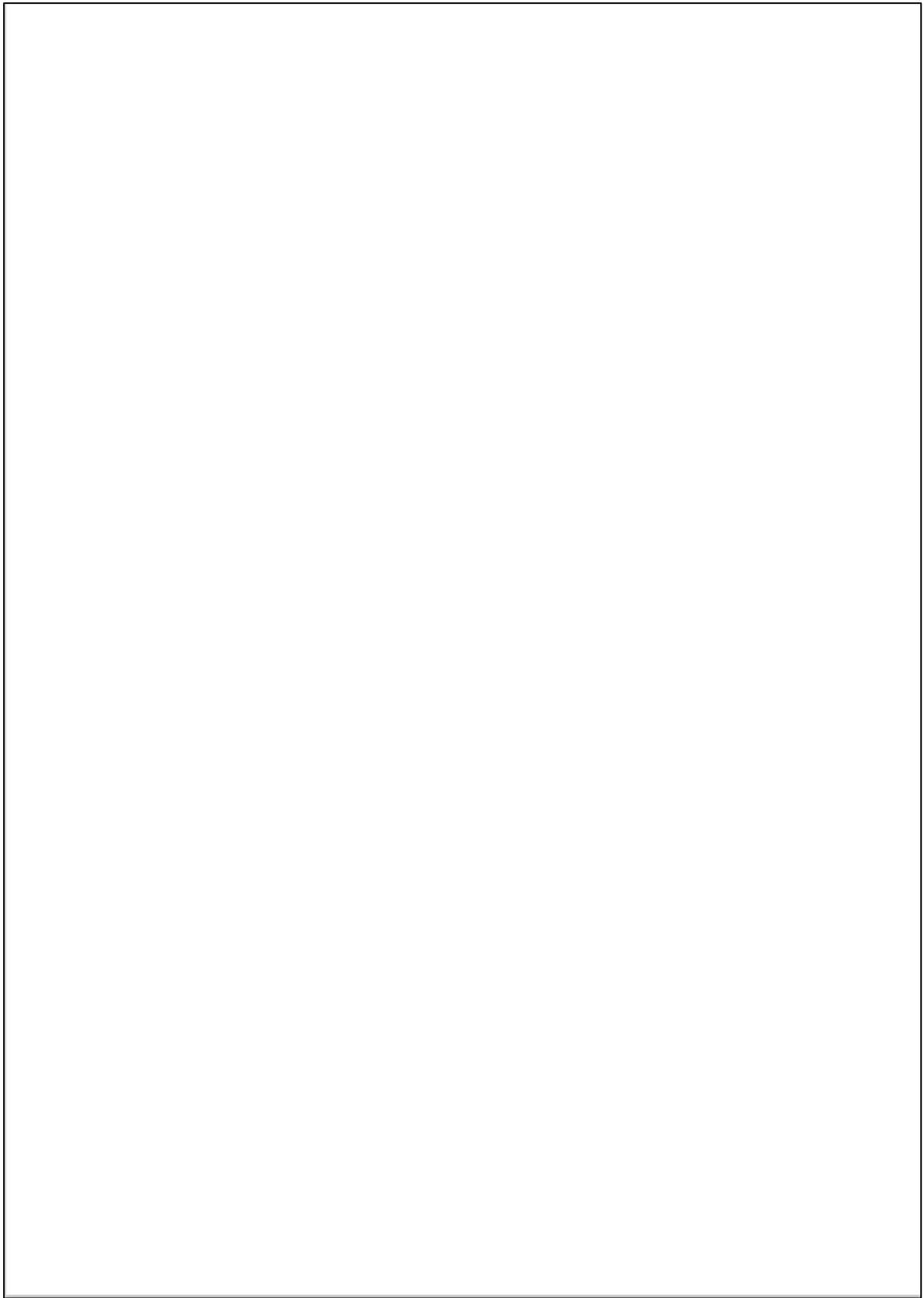
Apesar destas limitações temporais, o projeto pretende ser robusto, delineando uma série de atividades e objetivos claros, que visam não só o desenvolvimento de competências comuns e específicas, mas também a criação de valor acrescentado para o serviço de nefrologia e para as pessoas em situação crónica.

Em suma a integração entre prática, educação e investigação proporciona uma formação abrangente e prepara o discente para enfrentar os desafios complexos que caracterizam o cuidado à pessoa em situação crónica. Desta forma, este estágio não só contribuirá para a consolidação das competências do autor como enfermeiro especialista, mas também para a promoção de cuidados de saúde mais humanizados e centrados na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 30(6), 637-645. doi:10.1111/j.1365-2214.2004.00474.
- Beck J., Greenwood D., Blanton, L., *et al.* (2017). Standards Revision Task Force. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 40 (10), 1409-1419.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto editora. (tradução do original inglês From novice to Expert: Excellence and Power in clinical nursing practice, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient selfmanagement of chronic disease in primary care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469-2475. doi: 10.1001/jama.288.19.2469
- Corbin, J., & Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology*, 8, 224-287.
- Decreto-Lei n. 161/96, Diário da República, Série I-A de 1996-09-04, 2959 – 2962.
- Escoval, A. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116.
- ESEnFC. (2024). Guia Orientador Componente Clínica da Pessoa em Situação Crónica
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M., Leal, R., Neves, M., Amoedo, M., & Silva, G. (2023). Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2022. Gabinete de Registo Da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. <https://www.spnefro.pt/sociedade/gabinete-de-registo-de-doenca-renal-terminal>
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018>

- Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Sousa, M., Pereira, F., Martins, T., Rua, I., Ribeiro, I., Cerdeira, C., Lopes, L., Sevegrand, C., & Santos, C. (2017). Impact of an educational programme in Portuguese people with diabetes. *Action Research*, 17(2), 258-276. DOI: 10.1177/1476750317736369
- Vaidya, S., & Aeddula, N. (2022). *Chronic Renal Failure*. Stat Publishing LLC.
- World Health Organization (2018). *Noncommunicable diseases country profiles*. ISBN 978-92-4-151462-0. Disponível em <https://iris.who.int/handle/10665/274512>



APÊNDICE 2 – PROPOSTA DO ESTUDO E DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR DO RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE PROPOSTA DO ESTUDO E DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR DO RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

(Regulamento n.º 42/2020, Regulamento Geral do Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem - Versão 2.1 do DR II Série, nº11 de 16/01/20. Anexo II-Normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio)

Este documento será enviado à UICISA:E para agregação ao Projeto Estruturante indicado.

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em Situação Crónica

Responsável pela UC de Estágio com Relatório: Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Estudante: Ricardo Martins Maia

Orientador proposto: Professor Doutor Pedro Miguel Lopes de Sousa

Co-orientador proposto: Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Justificação da proposta de co-orientação: Experiência do professor na orientação do meu ensino clínico anterior, garantindo continuidade e conhecimento aprofundado sobre o tema a investigar.

Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra o estudo inserido no Relatório Final de Estágio:

A Pessoa em Situação Crónica

Responsável do Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra o estudo inserido no Relatório Final de Estágio:

Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Título do estudo inserido no Relatório Final de Estágio:

A autogestão da pessoa em diálise peritoneal: uma scoping review

Assinaturas:

Estudante Ricardo Martins Maia

Orientador _____

Co-Orientador _____

Responsável pelo projeto estruturante da UICISA:E _____

Responsável pela UC de Estágio com Relatório _____

**RESUMO DO ESTUDO INSERIDO NO
RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**
(Máximo 250 palavras)

Enquadramento

A crescente prevalência de doenças crónicas, como a doença renal crónica, impacta significativamente a saúde pública e gera elevados custos económicos (Ministério da Saúde, 2018; WHO, 2018). A complexidade de viver com estas condições torna a autogestão diária essencial, como por exemplo, para as pessoas em diálise peritoneal (DP). Este modelo transfere parte da responsabilidade dos profissionais de saúde para os indivíduos e suas famílias, promovendo autonomia e autocuidado (Sousa et al., 2017). Os programas de autogestão emergem como estratégias eficazes para capacitar os cidadãos, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os custos associados. A educação para a autogestão é fundamental, preparando os indivíduos para resolver problemas fora dos serviços de saúde, com o apoio contínuo dos profissionais (Escoval, 2010).

Objetivos

Mapear a evidência disponível sobre a autogestão da pessoa em diálise peritoneal no domicílio.

Metodologia

Scoping review, conforme metodologia do Joanna Briggs Institute, com o intuito de compilar informações sobre a autogestão em pessoas em DP. A questão de investigação será: “Quais as características da autogestão da pessoa em DP no domicílio?”. A seleção dos estudos seguirá a mnemónica PCC: população (pessoas em diálise peritoneal), conceito (autogestão) e contexto (domicílio). Serão incluídos estudos qualitativos, quantitativos e mistos, bem como revisões da literatura e literatura cinzenta, sem limite temporal.

Resultados esperados

Identificar as características da autogestão da pessoa em DP; identificar modelos de autogestão, fatores promotores e dificultadores; compreender as intervenções de enfermagem que facilitam a autogestão; analisar a relação entre a autogestão e a adesão terapêutica e como os resultados podem orientar investigações futuras e recomendações para a prática clínica, promovendo a melhoria da autogestão e da qualidade de vida das pessoas em DP.

Quatro a seis palavras-chave

Doença Renal Crónica, Diálise Peritoneal, Autogestão

A proposta apresentada é pertinente, adequada, exequível e de relevância para a qualificação futura dos cuidados de enfermagem, estando assegurada a sua orientação por professores devidamente qualificados.	
Validado pela Comissão Permanente do Conselho Técnico Científico em ____/____/____	Aprovado pelo Presidente do Conselho Técnico Científico (CTC) em ____/____/____
Assinatura do Professor Responsável	Assinatura do Presidente do CTC

Ask AI Assistant

By using AI Assistant, you agree to [Generative AI User Guidelines](#).

DOENÇA RENAL CRÔNICA

ESTÁDIO 5



E AGORA ?

O rim

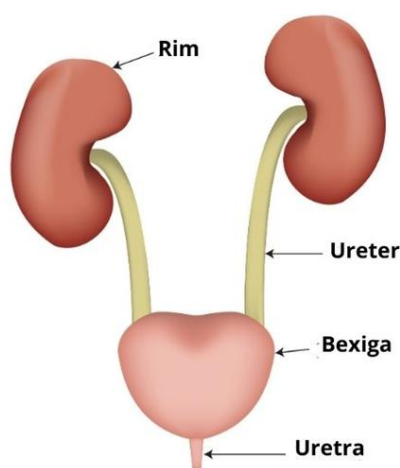
É um órgão par

Forma de “feijão” (6cm x 12cm x 2,5cm)

Localizado junto a parede posterior do abdômen (posterior ao peritôneu)

O direito está situado inferiormente ao fígado e ligeiramente mais abaixo que o esquerdo

Controlam a quantidade de sais e água no organismo



ACUMULAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS NOCIVAS

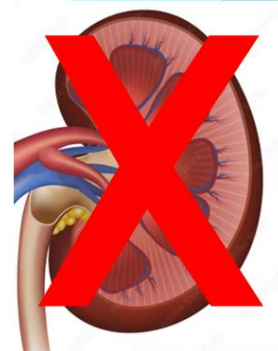
- Ureia
- Creatinina
- Potássio
- Sódio
- Água

FUNÇÕES ESSENCIAS

- Produção de glóbulos vermelhos
- Normal calcificação dos ossos

DEFICIENTE PRODUÇÃO RENAL

- Eritropoetina
- Vitamina D ativa



A KDIGO DRC 2012 classifica a DRC em 6 categorias (G1 a G5 com divisão de G3 em a e b) com base na TFG e também, inclui três níveis de albuminúria (A1 a A3)

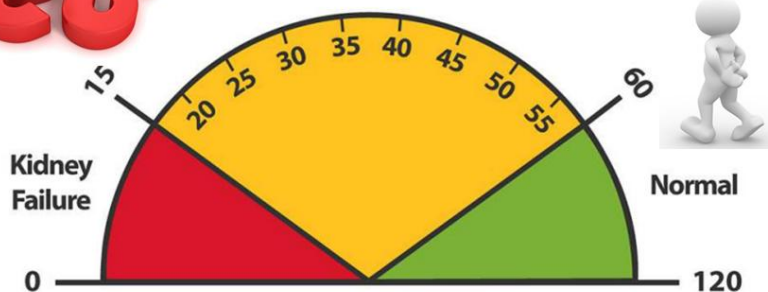


KDIGO 2022 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR DIABETES MANAGEMENT IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category

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

A Doença Renal Crónica (DRC) é definida como a diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) abaixo de 60 ml/min/1,73m² e/ou a presença de anormalidades na estrutura renal, com duração acima de 3 meses



CONSULTA DE ESCLARECIMENTO

- ✓ Esclarecimento pleno do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas;
- ✓ Individualizada e dispor de registo próprio;
- ✓ Integrar uma equipa multidisciplinar (nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista)
- ✓ Dispor de apoio de material informativo adequado.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



NÚMERO: 017/2011
DATA: 28/09/2011
ATUALIZAÇÃO: 14/06/2012

ASSUNTO: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5
PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crónica ; Modalidades Terapêuticas; Consentimento Informado
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

MODALIDADES TERAPÊUTICAS

Hemodiálise (HD)

Dialise Peritoneal (DP)

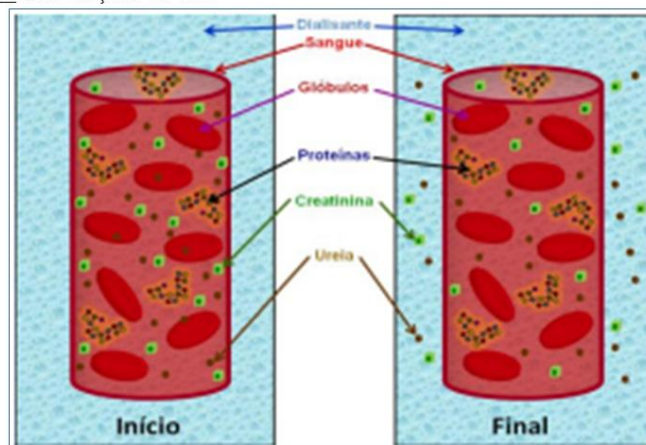
Transplante Renal (TR)

Tratamento Médico Conservador (TMC)

DIÁLISE

(HEMODIÁLISE OU DIÁLISE PERITONEAL)

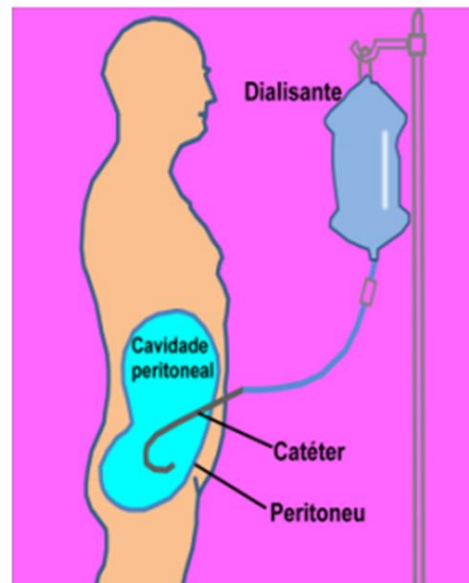
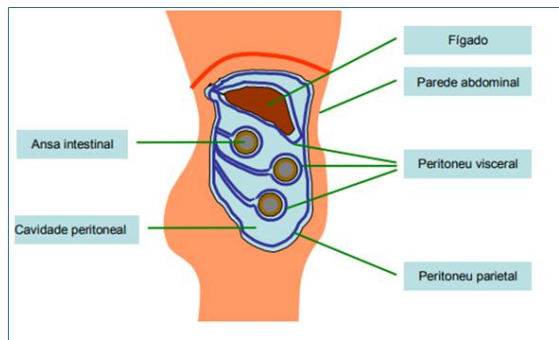
Substitui algumas das funções do rim



o sangue vai sendo “limpo” das substâncias tóxicas dialisáveis

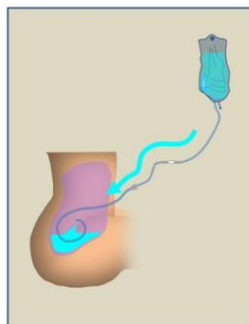


DIÁLISE PERITONEAL



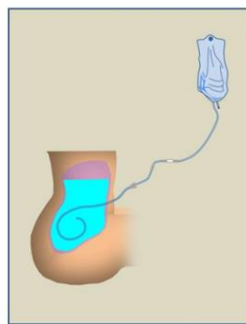
DIÁLISE PERITONEAL (cont.)

PERIODO DE INFUSÃO



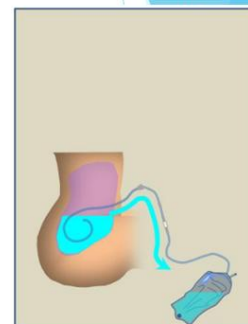
Introdução, pelo catéter, do dialisante na cavidade peritoneal

PERIODO DE PERMANÊNCIA



O excesso de água e das substâncias indesejáveis passe do sangue para o dialisante

PERIODO DE DRENAGEM



a solução contendo as toxinas depuradas - dialisado ou efluente - é drenada

DIÁLISE PERITONEAL (cont.)

DIÁLISE PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATÓRIA (DPCA)

O dialisante é renovado,
geralmente, 3-5
vezes/dia



As trocas são processadas por
um dispositivo automático,
(cicladora) durante a totalidade
do tratamento ou na sua maior
parte, geralmente durante o
período de repouso

DIÁLISE PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

DIÁLISE PERITONEAL (cont.)

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Enfartamento

Obstipação

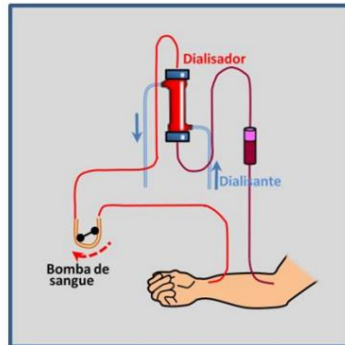
Dor nos ombros

Dor abdominal

Formação de hérnias

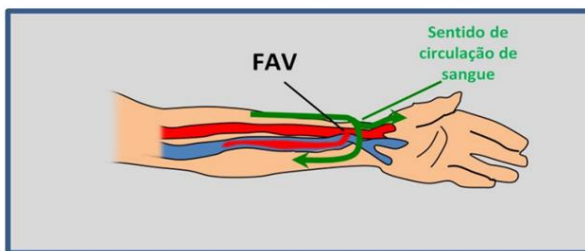
Infeções (orifício de inserção do catéter e a peritonite)

HEMODIÁLISE

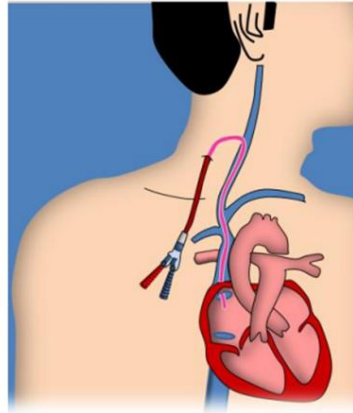


Na grande maioria dos casos, cada tratamento ("sessão") de hemodiálise dura cerca de 4 horas e é efetuado 3 vezes por semana.

HEMODIÁLISE (cont.)



HEMODIÁLISE (cont.)



HEMODIÁLISE (cont.)



- ✓ Hospital ou unidade de diálise
- ✓ Horário fixo (entre as 08.00 e 24:00)

HEMODIÁLISE (cont.)

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Náuseas
Vômitos
Dor de cabeça
Hipotensão
Cãibras
Hematomas
Perda de sangue
Reações alérgicas

DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE

Ambas as
escolhas são
ser válidas

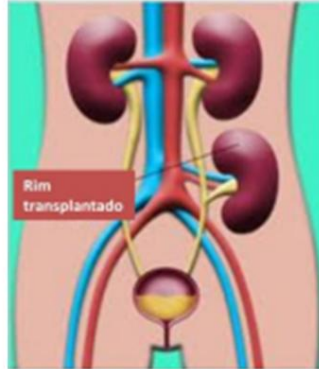
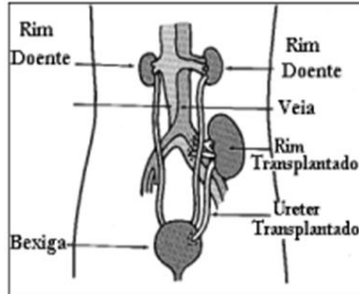
Igualmente
eficazes

Tem a hipótese
de mudar

A escolha é
principalmente
sua!

TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Consiste da colocação no abdómen de um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo.



TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR



Sem prejuízo da observância do direito de o doente optar livremente pela modalidade terapêutica, o tratamento conservador médico não é uma alternativa às outras modalidades, encontrando-se reservado para situações graves, de mau prognóstico de vida, em que a diálise não faculte uma esperança e uma qualidade de vida superiores



TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR (Cont.)

Medidas terapêuticas

Aplicação de tratamentos não invasivos e de medidas:

- ✓ Eliminar ou atenuar os sintomas de doença;
- ✓ Proporcionar o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis;
- ✓ Fornecer apoio não diferenciado (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, levante, manutenção do domicílio) quando necessário

TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR (Cont.)

Tratamento substitutivo
não faculta uma
esperança e uma
qualidade de vida
superiores

Tratamento substitutivo
não se encontra
indicado ou não é
possível fazer

Indicações terapêuticas:

- ✓ A opção consciente e informada do doente ou, caso este não se encontre em condições de a expressar, de quem legalmente se encontre em condições de o fazer;
- ✓ Coma irreversível;
- ✓ Ausência irreversível de vida;
- ✓ Estado demencial grave e irreversível;
- ✓ Impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de transplantação renal;
- ✓ Coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida;
- ✓ Coexistência de outra doença ou condição, física ou psíquica, que condicione, previsivelmente, severo e irreversível sofrimento

TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR (Cont.)

TRATAMENTO DIETÉTICO

Restrição de proteínas
Restrição de sal
Restrição de líquidos
Prescrição de suplementos alimentares

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Medicação para alívio de sintomatologia

Náusea
Vômitos
Hipus (soluços) incoercíveis
Prurido (comichão) generalizado e incomodativo
Insónia
Ansiedade
Dispneia (falta de ar)
Dores
Se necessário, ser-lhe-á instituída sedação (indução de sono profundo)

Quadro comparativo das modalidades terapêuticas

	Hemodiálise		Diálise peritoneal		Transplantação renal		Tratamento conservador
	Em centro	No domicílio	DPCA	DPA	Dador vivo	Dador cadáver	
Especificidades	Não aplicável	Disponibilidade de equipamento	Não aplicável		Não aplicável		Apenas indicado em situações de mau prognóstico ou com impossibilidade de efetuar outro tratamento
Frequência	Geralmente, 4 horas 3 vezes por semana	Variável e adaptável aos interesses do doente	Mudança manual das bolsas $\pm$ 4 x por dia que demoram $\pm$ 40 minutos	Cerca de 8 horas durante o período de repouso, sendo as permutas efetuadas por cicladora	Não aplicável		Contínuo
Local	Em unidade hospitalar ou em centro privado	No domicílio, após pequena adaptação das instalações	No domicílio		Apenas em alguns hospitais. Consulte a listagem		No domicílio ou no local onde estiver a residir
Disponibilidade	Na maioria das cidades de Portugal e de países desenvolvidos. Necessária marcação prévia		Pode efetuar em qualquer local limpo. Pode transportar os consumíveis. Contactar o fornecedor para informar disponibilidade no local	Pode efetuar em qualquer local limpo. Pode transportar os consumíveis. Contactar o fornecedor para informar disponibilidade no local para dispensa de cicladora. Ou passar, transitoriamente, para DPCA	Pode iniciar o processo de transplantação antes de iniciar tratamento dialítico	Só disponível após iniciar tratamento dialítico. Pode ter de esperar vários anos até surgir um rim compatível	Deverá, previamente, assegurar-se da disponibilidade desta modalidade terapêutica
Equipamento no domicílio	Não necessário	Monitor de hemodiálise, unidade de purificação de água, consumíveis	Os consumíveis (bolsas, tampas, máscaras) são colocados no domicílio	Os consumíveis (bolsas, tampas, máscaras) são colocados no domicílio, bem como a cicladora	Não necessário		Variável. Dependerá da sua situação clínica
Treino	Não necessário	Formação do próprio e/ou de parceiro até adquirirem total autonomia	Necessita de várias sessões de treino no hospital. A aprendizagem, do próprio e/ou de parceiro, das mudanças manuais (DPCA) é obrigatória. A aprendizagem com cicladora, se necessária, é efetuada ulteriormente		Não é necessário. Apenas deverá estar atento a sintomas de infeção do rim ou de qualquer outra localização e aos de rejeição, bem como cumprir as regras da sua prevenção		Não necessário
Dieta	Variável. Geralmente com restrição de sal, de água e de alguns alimentos ricos em potássio e/ou em fósforo		Será necessário reduzir sal, açúcares e gorduras		Sem restrições, exceto as que a sua situação clínica impuser (p. ex., restrição de sal se hipertensão arterial)		Fundamental. prosseguir as restrições prescritas
Nível de liberdade	Condicionalizado pelo horário dos tratamentos	Horário adaptável aos interesses do doente	Condicionalizado, apenas, pelos períodos de mudança	Condiciona o período de repouso mas com liberdade de escolha de horário, desde que o tempo seja cumprido	Total, devendo, contudo, efetuar os exames de controlo, comparecer às consultas de avaliação e cumprir terapêutica prescrita		Depende da sua situação clínica
Nível de responsabilidade	Disciplina alimentar e cumprimento da medicação	Execução da técnica. Disciplina alimentar e cumprimento da medicação	A responsabilidade pela execução da técnica cabe, sobretudo, ao doente e/ou ao seu parceiro, devendo ser observados todos os cuidados ensinados		Prosseguir disciplinadamente a medicação e os cuidados prescritos, bem como submeter-se aos processos de avaliação clínica e laboratorial		Cumprir as prescrições médica

APÊNDICE 4 – ACOLHIMENTO EM DP

LEMBRE-SE!

O sucesso do seu tratamento depende do seu compromisso e dedicação!

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).



Duração total do procedimento: 40-60 seg.



1 Molhe as mãos com água



2 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



3 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



4 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



5 Palma com palma com os dedos entrelaçados



6 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



7 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



8 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



9 Enxágue as mãos com água



10 Seque as mãos com toalha descartável



11 Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



12 Agora as suas mãos estão seguras.

Em caso de dúvida, não hesite em contactar-nos,

estamos cá para o ajudar!



CONTACTOS

UNIDADE HOSPITALAR DE TORRES NOVAS

Hospital Rainha Santa Isabel

Telf: 249810100

Av. Xanana Gusmão 2350-399 Torres Novas

UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL

(Dias úteis das 08:30 às 16:30)

Telf: 249193203

SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Telf: 249193248 / 249193249



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
MÉDIO TEJO

SERVIÇO DE NEFROLOGIA

UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL

Nefrologia

Departamento: Área Médica

Diretora de Departamento: Isabel Martins

Diretor de Serviço: Paulo Santos

Nefrologistas: Dr. Hernâni Gonçalves e Dra. Rita Alves

Enfermeira responsável: Telma Matias

Enfermeiras da unidade: Patrícia Assunção e Patrícia Lopo

Bem-vindo à nossa Unidade

A Unidade de Diálise Peritoneal (DP) integra o Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde (ULS) Médio Tejo, e destina-se a prestar apoio e acompanhamento à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal que optou por Diálise peritoneal como Terapia de Substituição da função renal

Funciona como consulta externa e assegura o atendimento à pessoa em programa de DP de segunda a sexta-feira, das 08:30 às 16:30 horas. Fora deste período e, em situações urgentes, o apoio é assegurado pela equipa do serviço de internamento de Nefrologia e, pelo nefrologista de urgência.

Sentir-se perdido é normal no início. Mas não se preocupe! Estamos aqui para ajudar.

Sabemos que começar a diálise peritoneal pode parecer complicado e até um pouco assustador. No entanto, a nossa equipa de profissionais de saúde está sempre disponível para o esclarecer, orientar e acompanhar em todas as etapas deste processo.

Nunca estará sozinho nesta jornada. O nosso objetivo é que se sinta seguro, confiante e devidamente apoiado.

Formação e acompanhamento

Ao optar pela diálise peritoneal (DP), receberá ensinamentos contínuos e adaptados às suas necessidades. O objetivo é ajudá-lo a cuidar de si em segurança, identificar complicações precocemente e resolvê-las de forma eficaz.

Será ainda acompanhado pela assistente social e nutricionista do serviço, em caso de necessidade.

Consultas realizadas na unidade

Consulta mensal (1x mês)

Avaliamos o seu estado geral, sinais vitais, peso, glicemia (se diabético) e realizamos análises ao sangue e revisão do seu tratamento.

Consulta de adequação (3 em 3 meses)

Para além do que é feito na consulta mensal, monitorizamos a eficácia da diálise e analisamos amostras de urina e dialisado de 24 horas.

Teste de Equilíbrio Peritoneal -TEP (1 mês após o início da DP, 1 x ano ou 1 mês após peritonite)

Avaliamos o funcionamento do peritонеu. Inclui colheitas de sangue e dialisado em três tempos: início, 60 e 240 minutos. – **Conte ficar mais tempo na unidade!**

Manutenção do cateter (6 em 6 meses)

Substituímos o prolongador do seu cateter de DP a cada 6 meses para garantir a sua segurança!

QUANDO CONTACTAR A UNIDADE?

Situações urgentes (deve deslocar-se imediatamente ao hospital):

- Dor abdominal intensa ou persistente.
- Febre associada à diálise peritoneal.
- Solução de diálise turva (aspeto leitoso).
- Presença de sinais de infeção no orifício do cateter (vermelhidão, inchaço ou drenagem de pus).
- Dificuldade ou impossibilidade de realizar as trocas de diálise.

Situações não urgentes (contactar a Unidade para apoio):

- Questões sobre o tratamento ou ajustes no protocolo.
- Pedido de materiais ou medicamentos.
- Dúvidas sobre o registo de dados ou pequenas

O QUE DEVE SABER

Higiene e controlo de infeção

É fundamental realizar a diálise em um local limpo, seguindo rigorosamente as orientações fornecidas pela equipa. Lave bem as mãos, utilize os materiais da forma recomendada e tenha muita atenção durante a realização do penso do orifício de saída do cateter de DP. Evite erros de assepsia!

Registo de Dados

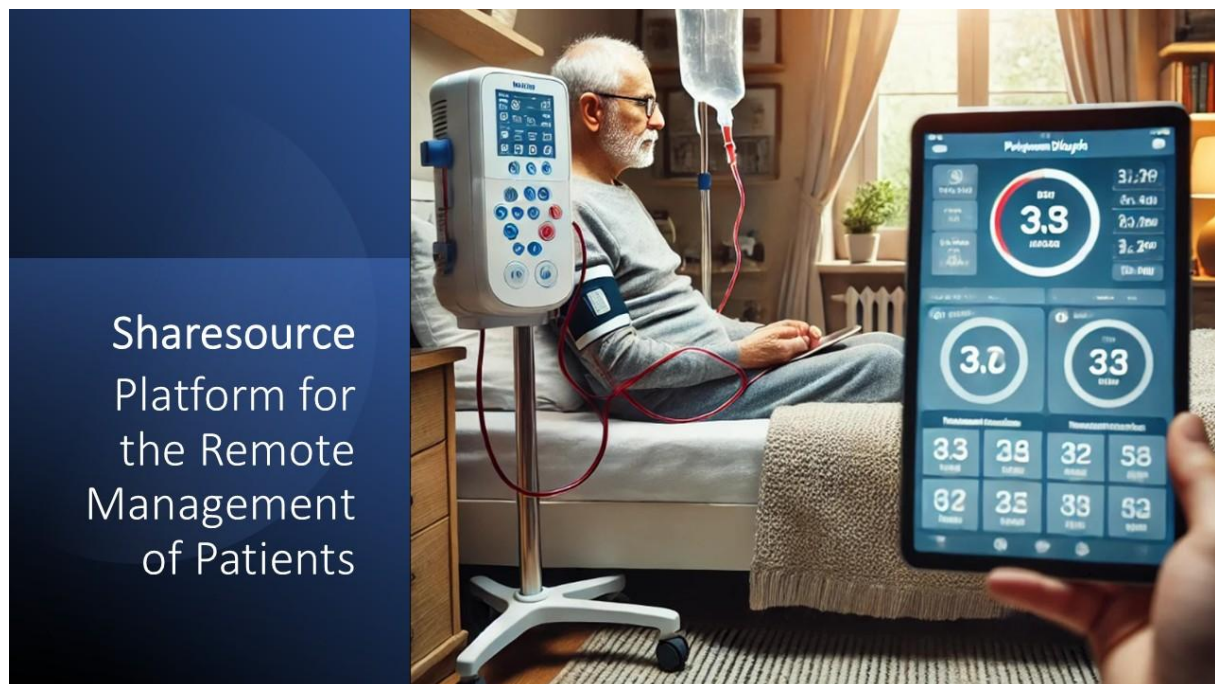
Registe diariamente os volumes de infusão, drenagem e outros parâmetros considerados relevantes como a cor do dialisado. Este registo é essencial para o acompanhamento do seu tratamento.

Material de Apoio:

Guarde o manual e os materiais de instrução fornecidos. Eles contêm informações importantes para o seu tratamento e para a sua segurança.

IMPORTANTE!
Em caso de dúvida pergunte

APÊNDICE 5 - ARTIGOS CIENTÍFICOS: PLATAFORMA SHARESOURCE



International Urology and Nephrology (2022) 54:2673–2681
https://doi.org/10.1007/s11255-022-03178-5

NEPHROLOGY – ORIGINAL PAPER

Effects of a remote patient monitoring system for patients on automated peritoneal dialysis: a randomized crossover controlled trial

Kiyotaka Uchiyama¹ · Kohkichi Morimoto² · Naoki Washida^{3,4} · Ei Kusahana¹ · Takashin Nakayama¹ · Tomoaki Itoh¹ · Takahiro Kasai¹ · Shu Wakino¹ · Hiroshi Itoh¹

Received: 27 June 2021 / Accepted: 15 March 2022 / Published online: 1 April 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature B.V. 2022

Evolution of Peritoneal Dialysis Technology

Ronco C, Crepaldi C, Rosner MH (eds): Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2019, vol 197, pp 9–16 (DOI: 10.1159/000496302)

Evolution of Automated Peritoneal Dialysis Machines

Anna Giuliani^a · Carlo Crepaldi^a · Sabrina Milan Manani^a · Sara Samoni^a · Manuela Cannone^a · Massimo De Ca^{a,b} · Claudio Ronco^{a,c}

^aDepartment of Nephrology, Dialysis and Transplantation, San Bortolo Hospital, Vicenza, Italy;
^bInternational Renal Research Institute of Vicenza (IRRV), Vicenza, Italy; ^cUniversity of Padova, Padova, Italy

International Urology and Nephrology (2021) 53:1933–1940
https://doi.org/10.1007/s11255-021-02816-8

NEPHROLOGY – ORIGINAL PAPER

Pilot health technology assessment study: organizational and economic impact of remote monitoring system for home automated peritoneal dialysis

Gianpaolo Amici¹ · Daniela D'Angela² · Antonina Lo Cicero³ · Dino Romanini¹ · Francesca K. Martino² · Federico Spandonaro²

Received: 10 August 2020 / Accepted: 13 February 2021 / Published online: 6 March 2021
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature B.V. part of Springer Nature 2021

MEDICAL
SCIENCE
MONITOR

Received: 2023.01.17
Accepted: 2023.02.09
Date online: 2023.02.17
Published: 2023.04.06

CLINICAL RESEARCH

e-ISSN 1643-3750
© Med Sci Monit, 2023; 29: e939523
DOI: 10.12659/MSM.939523

Evaluation of the Impact of Remote Monitoring Using the Sharesource Connectivity Platform on Adherence to Automated Peritoneal Dialysis in 51 Patients

Author's Contribution:
Study Design: A
Data Collection: B
Statistical Analysis: C
Data Interpretation: D
Manuscript Preparation: E
Literature Search: F
Funds Collection: G

ABP 3.2 Min-Yu Chang
ABCP 3.2.3 Po-Jui Chi
A 1.2 Hsi-Hao Wang
A 1.2 Yi-Chen Lee
F 3.2 Li-Chun Ho
CD 3.2.4 Ching-Fang Wu
SP 1.2 Ching-Yang Chen
HF 1.4 Hung-Hsiang Liou
AD 1.4 Shih-Yuan Hung

¹ Department of Nephrology, E Da Hospital, E Da University, Kaohsiung, Taiwan
² School of Medicine, College of Medicine, E Da University, Kaohsiung, Taiwan
³ Department of Nephrology, E Da Hospital, E Da University, Kaohsiung, Taiwan
⁴ Department of Nephrology, E Da Hospital, E Da University, Kaohsiung, Taiwan
⁵ Department of Nephrology, E Da Hospital, E Da University, Kaohsiung, Taiwan
⁶ School of Medicine for International Students, College of Medicine, E Da University, Kaohsiung, Taiwan

Clinical Experience with RPM in PD

Ronco C, Crepaldi C, Rosner MH (eds): Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2019, vol 197, pp 84-98 (DOI: 10.1159/000496997)

Use of Sharesource in Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis: A Canadian Nurse's Perspective

Karen Eyolfson

Seven Oaks General Hospital, Winnipeg, MB, Canada

Clinical Experience with RPM in PD

Ronco C, Crepaldi C, Rosner MH (eds): Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2019, vol 197, pp 44-53 (DOI: 10.1159/000496317)

Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis: Impact on Clinician's Practice and Behavior

Carlo Crepaldi^a • Anna Giuliani^a • Sabrina Milan Manani^a • Nicola Marchionna^a • Paola Piasentin^a • Claudio Ronco^{a,c}

^aDepartment of Nephrology, Dialysis and Transplant, San Bortolo Hospital, Vicenza, Italy; ^bInternational Renal Research Institute Vicenza (IRRV), Vicenza, Italy; ^cUniversity of Padova, Padova, Italy

Clinical Experience with RPM in PD

Ronco C, Crepaldi C, Rosner MH (eds): Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2019, vol 197, pp 73-83 (DOI: 10.1159/000496318)

Use of Sharesource in Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis: A UK Nurse's Perspective

Michelle Blaauw

Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust, London, UK

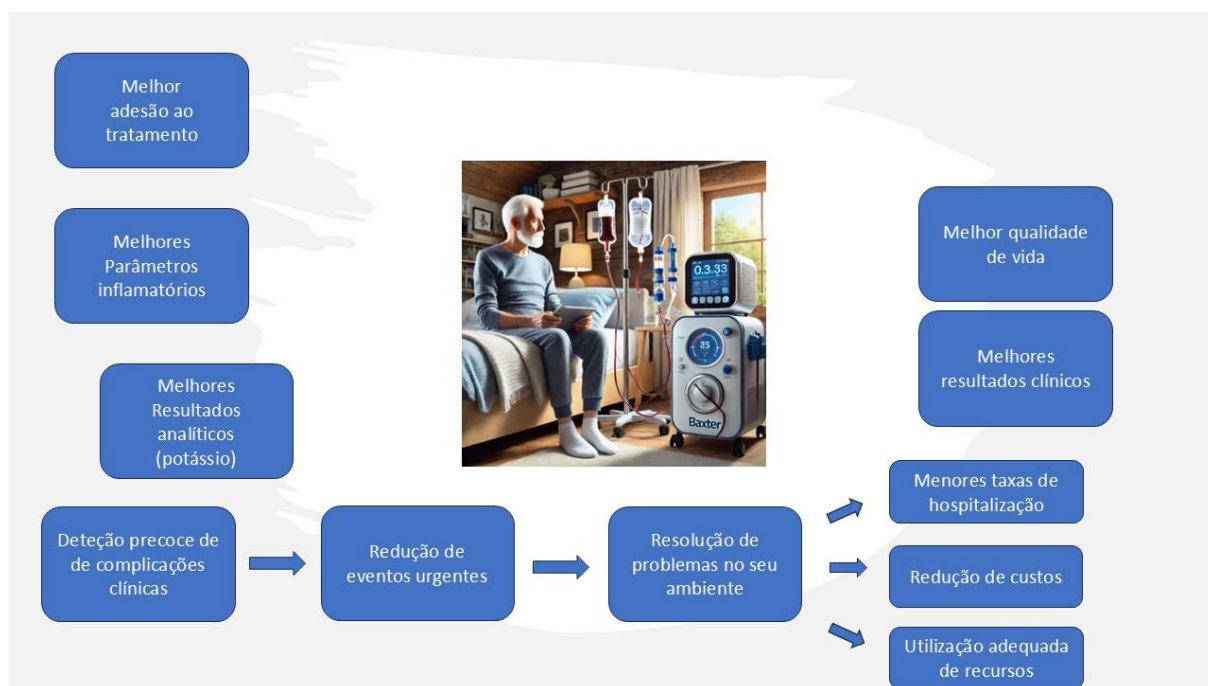
Clinical Experience with RPM in PD

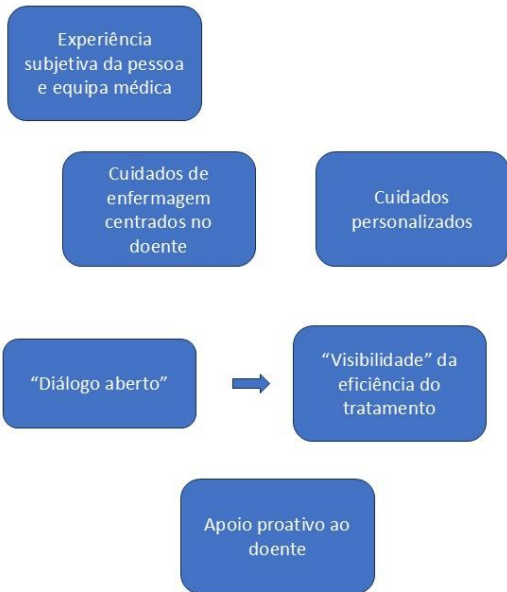
Ronco C, Crepaldi C, Rosner MH (eds): Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2019, vol 197, pp 124-132 (DOI: 10.1159/000496319)

Remote Patient Management in Peritoneal Dialysis Improves Clinical Outcomes

Sabrina Milan Manani^{a,b} • Carlo Crepaldi^{a,b} • Anna Giuliani^{a,b} • Grazia Maria Virzi^{a,b} • Marta Proglia^{a,b} • Claudio Ronco^{a,c}

^aDepartment of Nephrology, Dialysis and Transplant, San Bortolo Hospital, Vicenza, Italy; ^bInternational Renal Research Institute Vicenza (IRRV), Vicenza, Italy; ^cUniversity of Padova, Padova, Italy





APÊNDICE 6 – RESULTADOS DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: TERMOS DE PESQUISA

Joanna Briggs Institute PCC	Termos Livres	Termos de indexação	
		CINAHL CINAHL Headings	MEDLINE MeSH 2025
P - População	Peritoneal dialysis	Peritoneal dialysis	Peritoneal dialysis
		Pd	Pd
		Dialysis patients	Apd
		Home dialysis	Capd
		Renal replacement therapy	Peritoneal dialysis patients
		Kidney disease	Renal dialysis
		Renal disease	
		Chronic kidney disease	
		Ckd	
		Advanced kidney disease	
		Kidney failure	
		Renal insufficiency	
C - Conceito	Self management	Self-management	Self-management
		Self management	Self management
		Self-care	Self-care
		Self care	Self care
		Self-administration	Disease management
		Self-supervised	Self-management
	Self care	Self-administering	Illness management
		Self-managed	Self-administration
		Disease management	Self-supervised
		Self-management	Self-administering
		Illness management	Self-managed
			Patient care management
C - Contexto	Home	Home health care	Home care services
		Home dialysis	Home health care
		Peritoneal	Home healthcare
	Ambulator	Home hemodialysis	Home environment
		Home treatment	Home infusion therapy
		Home healthcare	Ambulatory care
	Home care	Home care	Hospital "to" home transition
		Home based treatment	

APÊNDICE 7 – RESULTADOS DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: ESTRATÉGIA DE PESQUISA

PESQUISA	CINAHL	RESULTADOS
#1	(TI peritoneal dialysis) OR (AB peritoneal dialysis) OR (MH (peritoneal dialysis OR "pd")) OR (MH dialysis patients) OR (MH home dialysis) OR (MH renal replacement therapy) OR (MH (kidney disease OR renal disease OR chronic kidney disease OR ckd OR advanced kidney disease OR kidney failure OR renal insufficiency))	22 120
#2	(TI (self management OR self-management)) OR (AB (self management OR self-management)) OR (TI self care) OR (AB self care) OR (MH (self-management OR self management OR self-care OR self care)) OR (MH (self-administration OR self-supervised OR self-administering OR self-managed)) OR (MH (disease management OR self-management OR illness management))	92 394
#3	(TI home) OR (AB home) OR (TI Ambulator) OR (AB ambulator) OR (MH home health care) OR (MH (home dialysis OR peritoneal OR home hemodialysis)) OR (MH (home treatment OR home healthcare OR home care OR home based treatment))	188 257
#1 AND #2 AND 3#	(TI peritoneal dialysis OR AB peritoneal dialysis OR MH (peritoneal dialysis OR "pd") OR MH dialysis patients OR MH home dialysis OR MH renal replacement therapy OR MH (kidney disease OR renal disease OR chronic kidney disease OR ckd OR advanced kidney disease OR kidney failure OR renal insufficiency)) AND (TI (self management OR self-management) OR AB (self management OR self-management) OR TI self care OR AB self care OR MH (self-management OR self management OR self-care OR self care) OR MH (self-administration OR self-supervised OR self-administering OR self-managed) OR MH (disease management OR self-management OR illness management)) AND (TI home OR AB home OR TI Ambulator OR AB ambulator OR MH home health care OR MH (home dialysis OR peritoneal OR home hemodialysis) OR MH (home treatment OR home healthcare OR home care OR home based treatment))	164

PESQUISA	MEDLINE	RESULTADOS
#4	(TI peritoneal dialysis) OR (AB peritoneal dialysis) OR (MH (peritoneal dialysis OR "pd" OR apd OR capd)) OR (MH peritoneal dialysis patients) OR (MH renal dialysis)	122 445
#5	(TI (self-management OR self management OR self-care OR self care)) OR (AB (self-management OR self management OR self-care OR self care)) OR (MH (self-management OR self management OR self-care OR self care)) OR (MH (disease management OR self-management OR illness management)) OR (MH (self-administration OR self-supervised OR self-administering OR self-managed)) OR (MH patient care management)	132 244
#6	(TI home care) OR (AB home care) OR (MH (home care services OR home health care OR home healthcare)) OR (MH home environment) OR (MH home infusion therapy) OR (MH Ambulatory care) OR (MH hospital "to" home transition)	96 829
#4 AND #5 AND 6#	(TI peritoneal dialysis OR AB peritoneal dialysis OR MH (peritoneal dialysis OR "pd" OR apd OR capd) OR MH peritoneal dialysis patients OR MH renal dialysis) AND (TI (self-management OR self management OR self-care OR self care) OR AB (self-management OR self management OR self-care OR self care) OR MH (self-management OR self management OR self-care OR self care) OR MH (disease management OR self-management OR illness management) OR MH (self-administration OR self-supervised OR self-administering OR self-managed) OR MH patient care management) AND (TI home care OR AB home care OR MH (home care services OR home health care OR home healthcare) OR MH home environment OR MH home infusion therapy OR MH Ambulatory care OR MH hospital "to" home transition)	55

APÊNDICE 8 – RESULTADOS DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Nº	Autor(es)	Ano	Título	País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Amostra	Conceito	Principais resultados	Conclusões
1	Qiao et al.	2022	Análise dos Efeitos do Modelo Conhecimento-Crença-Prática nas complicações e na capacidade de autogestão de pacientes em Diálise Peritoneal domiciliária.	China	Investigar o efeito da aplicação do modelo Conhecimento-Crença-Prática (KAP) na continuidade dos cuidados a pessoas em DP domiciliária.	Estudo quantitativo, experimental, comparativo (ensaio com grupo controle).	100 participantes	Efeitos do modelo KAP na capacidade de autogestão da pessoa em DP	O grupo de intervenção (KAP) apresentou uma menor taxa de peritonite, infecção do local de saída do cateter, dificuldades de drenagem e ocorrência total de complicações. O grupo de intervenção (KAP) obteve scores mais altos em competências práticas de autocuidado, autoimagem (conceito de si próprio), sentido de responsabilidade e pontuação total de capacidade de autocuidado. Não houve diferenças significativas no conhecimento em saúde. O grupo de intervenção (KAP) apresentou scores de qualidade de vida significativamente mais elevados nos domínios função física, função psicológica, função social, condições de vida e pontuação total da qualidade de vida.	A intervenção de enfermagem baseada no modelo KAP permite melhorar a aquisição de conhecimentos e competências práticas, estabelecimento de crenças e atitudes positivas, modificação de comportamentos prejudiciais, redução da ocorrência e frequência de complicações, melhoria da capacidade de autocuidado e da qualidade de vida e prolongamento da sobrevivência da pessoa em DP.
2	Leone et al.	2021	Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem - estudo de método misto	Brasil	Compreender a aplicabilidade da Teoria Geral de Enfermagem de Orem na assistência prestada a pessoas em DP domiciliar.	Método misto (quantitativo e qualitativo).	Fase quantitativa: 34 pessoas em DP Fase qualitativa: 23 entrevistas com 19 pessoas em DP	Aplicabilidade da Teoria de Orem à pessoa em DP domiciliária	59% dos participantes tinham capacidade para o autocuidado operacionalizado. As pessoas em DP atenderam, em diferentes graus, às seis categorias de requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Pessoas com capacidade não operacionalizada dependiam mais de cuidadores e apresentavam mais dificuldades na realização da DP. O sistema de enfermagem predominante foi o de apoio-educação. A educação terapêutica pelo enfermeiro foi fundamental para o engajamento dos participantes e o atendimento dos requisitos de desvio de saúde.	A Teoria de Orem é aplicável às intervenções de enfermagem em DP, pois orienta a avaliação das necessidades de autocuidado, a sistematização da assistência e a escolha do sistema de enfermagem adequado. A sua adoção pode fundamentar o processo de enfermagem, contribuir para práticas baseadas em evidências e aumentar a qualidade do cuidado oferecido e satisfação da pessoa e família.
3	Farias et al.	2020	Experiences of people with chronic kidney disease when training for peritoneal dialysis	Brasil	Compreender as experiências das pessoas com DRC ao realizar a capacitação para a DP ambulatorial contínua no ambiente hospitalar.	Estudo qualitativo	20 pessoas em DPCA	Experiências das pessoas ao realizar a capacitação para DPCA	Foram construídas três categorias: É bem difícil! Sentimentos e sensações gerados à pessoa durante a capacitação; Olhar e repetir! Processo de aprendizagem durante a capacitação no hospital; Participação da família na capacitação.	As pessoas com DRCT apresentaram diversos sentimentos e sensações relacionadas com a sua condição clínica, emocional e social, influenciando de forma negativa o processo de aprendizagem, realizado pelo enfermeiro, para DP
4	Gomes et al.	2019	Enfrentamento, Dificuldades e Práticas de	Brasil	Compreender o enfrentamento, as dificuldades e as	Revisão integrativa da literatura	9 artigos	Enfrentamento, dificuldades e práticas de	As pessoas demonstram sentimentos de medo, insegurança e dificuldade de aceitação, mas progressivamente passam a entender o	A vivência de uma nova etapa da vida pela pessoa com DRCT que inicia

			Autocuidado de Pacientes com Doença Renal Crônica Submetidos à Diálise Peritoneal		práticas de autocuidado utilizadas por pessoas com doença renal crônica, submetidas ao tratamento por DP			autocuidado das pessoas em DP	tratamento como solução. A aceitação é influenciada por experiências prévias e pelo suporte educativo dos profissionais. Como dificuldades salientam-se a impossibilidade de trabalhar, limitação física e espacial, impactos familiares e psicológicos. A rotina exigente da DP afeta a vida pessoal e social, reforçando a necessidade de suporte familiar e profissional. As práticas de autocuidado, incluem cuidados com o cateter, controle da alimentação e ingestão hídrica, higiene, adesão ao tratamento e adaptações no ambiente doméstico. A família e a equipa de enfermagem desempenham papel essencial na promoção do autocuidado.	tratamento por DP, implica profundas alterações no seu estilo de vida. Toda esta realidade deve ser cuidadosamente considerada pelo enfermeiro, que assume um papel central como intermediário no sucesso deste processo terapêutico. Compete a este profissional prestar o apoio necessário à pessoa e à família, orientando a pessoa na realização do tratamento e assegurando todos os cuidados essenciais para promover o seu bem-estar físico e emocional nesta nova fase da vida.
5	Pedroso et al.	2018	Ações do enfermeiro na capacitação do usuário e família em diálise peritoneal	Brasil	Conhecer e analisar a produção científica, no período de 2011 a 2016, sobre as ações do enfermeiro relativas à formação dos utilizadores em DP e dos seus familiares.	Revisão integrativa da literatura descritiva e exploratória com abordagem qualitativa	12 artigos	Capacitação da pessoa e família em DP pelo enfermeiro	Agruparam-se os artigos em 3 categorias: ações do enfermeiro na capacitação dos familiares e usuários em DP; dificuldades dos usuários no processo de aprendizagem do treinamento e contribuições do enfermeiro para os usuários em DP e seus familiares. O enfermeiro tem um papel essencial na capacitação da pessoa e da família para a DP domiciliar, através de formação técnica, apoio emocional, visitas domiciliares e promoção do autocuidado. A criação de vínculos, a adaptação do ensino às necessidades individuais e o uso de estratégias como grupos de apoio contribuem para a adesão ao tratamento e prevenção de complicações como a peritonite.	A atuação do enfermeiro é essencial na capacitação para o autocuidado da pessoa em DP proporcionando-lhe um cuidado integral. As ações desenvolvidas por este profissional são cruciais no contexto clínico e na gestão e sucesso da realização da terapia domiciliar, abrangendo todos os aspetos humanos da pessoa em DP.
6	Chang et al.	2018	Research progress on self-care ability of patients with home peritoneal dialysis.	China	Analisar o progresso da investigação sobre a capacidade de autocuidado em doentes em DP domiciliar, incluindo definição, fatores influenciadores e medidas de intervenção.	Revisão narrativa da literatura	Não mencionado	Capacidade para o autocuidado das pessoas em DP no domicílio	A capacidade de autocuidado é um fator determinante para o sucesso da DP domiciliar. Fatores que influenciam a capacidade de autocuidado são o domínio do conhecimento, a autoeficácia, o apoio social, a idade e a visão. A educação estruturada baseada na Teoria de Orem e no modelo 5W1H, o acompanhamento contínuo (incluindo visitas domiciliares, diários, plataformas digitais) e o envolvimento da família são estratégias eficazes para promover a autogestão. A autoeficácia e o apoio social estão diretamente relacionados com melhores resultados em saúde e adesão terapêutica.	Melhorar a capacidade de autocuidado da pessoa em DP domiciliar pode fazer com que haja um controlo mais rigoroso da doença, aumentar a confiança dos doentes no tratamento e melhorar a sua qualidade de vida. A aplicação de intervenções baseadas na Teoria do Autocuidado de Orem é recomendada, adaptada ao estado clínico da pessoa, das suas necessidades e das suas características psicológicas e sociais.
7	Chang et al.	2018	A study on the Information-Motivation-Behavioral Skills Model among Chinese Adults with Peritoneal Dialysis	China	Avaliar se o modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais (IMB) pode prever o comportamento de autocuidado entre adultos chineses em DP	Estudo quantitativo observacional, transversal.	201 participantes	Aplicação do modelo IMB em DP	A informação e a motivação pessoal estiveram positivamente associadas às competências comportamentais, que por sua vez influenciaram positivamente o comportamento de autocuidado em DP. A informação e a motivação social apresentaram associações diretas com o comportamento de autocuidado em DP. As pessoas com DRCT com maior conhecimento, motivação pessoal positiva, apoio	O modelo IMB é aplicável a adultos chineses em DP. Uma intervenção baseada no modelo IMB deve ser implementada para melhorar o conhecimento, a motivação e as competências comportamentais das pessoas chinesas em DP, promovendo o comportamento de autocuidado e ajudando a prevenir infeções associadas à DP.

									social e maior autoeficácia demonstraram um comportamento de autocuidado superior em DP. O comportamento de autocuidado tem impacto direto na prevenção da peritonite associada à diálise peritoneal (PDAP).	
8	Nobre et al.	2017	Quality of life of people in peritoneal dialysis	Brasil	Avaliar a qualidade de vida de pessoas em tratamento por Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPCA).	Estudo quantitativo (Descritivo transversal)	35 participantes	Qualidade de vida da pessoa em DPCA	Os domínios mais afetados foram os aspetos físicos (limitações para realizar atividades diárias), capacidade funcional (dificuldades em tarefas como subir escadas, vestir-se ou tomar banho) e estado geral de saúde (perceção global negativa da própria saúde).	A DPCA impacta negativamente a qualidade de vida, especialmente nos domínios físicos, na capacidade funcional e no estado geral de saúde. É necessário um atendimento multiprofissional direcionado às singularidades de cada pessoa, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.
9	Meza et al.	2015	Conocimiento teórico y apego al procedimiento de diálisis peritoneal del paciente o su familiar	México	Determinar o nível de conhecimento teórico e a adesão ao procedimento dialítico por parte da pessoa ou do familiar	Estudo descritivo	24 participantes	Conhecimento teórico e adesão à técnica de DPCA	O nível de conhecimento teórico geral foi moderado (73,24%). O GP obteve um índice mais elevado (75,35%) do que o GF (71,45%). Relativamente à técnica, no geral, aderiram a 80,3% dos passos recomendados. O GP obteve um índice mais baixo de execução correta (78,63%) do que o GF (81,92%).	Pessoa em DP e familiares demonstraram défices nos conhecimentos teóricos e adesão à técnica. É necessário avaliá-los periodicamente para detetar falhas de conhecimento e técnica que possam predispor a pessoa a complicações evitáveis.
10	Freire	2015	Autocuidado e cuidado de dependente em diálise peritoneal ambulatorial contínua: um estudo da teoria de Orem	Brasil	Analisar o autocuidado e o cuidado de dependente em usuários submetidos à DPCA	Estudo qualitativo Descritivo-exploratório.	17 participantes	Autocuidado e cuidado de dependente no contexto da DP domicilia	70,6% dos participantes tinham cuidador (desses 78,6% eram mulheres. 42,9% eram filhos e 78,6% residiam com os usuários). Os fatores que interferem nos requisitos universais foram os relacionados à alimentação, eliminação, atividade e repouso, solidão e interação social e promoção da saúde. A aplicação do índice de Katz (grau de funcionalidade) e a Escala de Lawton (grau de dependência) permitiram identificar o défice de autocuidado para a demanda de atividade e repouso e de solidão e interação social. A sobrecarga de cuidador foi classificada de moderada a severa em 28,6% dos cuidadores. Apenas 14,3% dos cuidadores relataram não compreender o funcionamento da DP. Quanto à capacidade física, 78,6% dos cuidadores relataram cansaço, indisposição e falta de energia após a função de cuidador. As identificações dos défices de autocuidado permitiram estabelecer diagnósticos, sistemas e intervenções de enfermagem e e esquematizar um modelo descritivo de unidade de cuidado de dependente ao usuário de DPAC.	A Teoria de Orem é adequada para sistematizar o cuidado de enfermagem em DPCA, permitindo a avaliação e orientação das necessidades reais dos seus utilizadores e cuidadores, promovendo o desenvolvimento do autocuidado e cuidado de dependente.
11	O'Shaughnessy	2014	Application of Dorothea Orem's Theory of Self-Care to the Elderly Patient on Peritoneal Dialysis.	EUA	Fornecer uma visão geral sobre a aplicação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem na orientação dos	Revisão da literatura (teórico-reflexivo)	Não mencionado	Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem a pessoas idosas em DP.	A aplicação da Teoria de Orem permite identificar défices de autocuidado e intervir eficazmente. A DP pode promover autonomia, autoestima e melhor qualidade de vida nos idosos. A agência de enfermagem é crucial na formação e apoio ao idoso durante todo o processo.	Para que a pessoa tenha plena capacidade para realizar DP, a avaliação e orientação deve ser adaptada à sua idade e capacidades cognitivas. A Teoria de Orem pode ser adaptada à DP.

					cuidados à pessoa idosa em DP				O suporte personalizado e adaptado às capacidades cognitivas melhora a adesão e os resultados.	Uma relação de confiança entre enfermeiro e pessoa em DP durante a formação permite que esta última atinja os objetivos de autocuidado e participe no plano terapêutico. Implementar intervenções que mantenham a pessoa em DP com sentido de controlo sobre a sua própria experiência de manutenção de saúde promove melhores resultados. Cultivar a capacidade natural da pessoa para o autocuidado, através de um treino sistemático e da agência de enfermagem, promove um maior envolvimento nos cuidados e melhores resultados.
12	Calderan et al.	2013	Self-Care Practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis	Brasil	Conhecer as práticas de autocuidado utilizadas por pessoas com DRC submetidos à DPCA	Estudo qualitativo	9 participantes	Práticas de autocuidado relacionadas com a doença e com o tratamento em DPCA	Práticas de autocuidado relacionados com a doença: restrição hídrica e alimentar, sono e repouso, lazer e autoestima. Práticas de autocuidado relacionados com a DPCA: adaptação do ambiente doméstico, higiene das mãos e do local, uso de máscara, controle de temperatura da solução e cuidado com o cateter (banho, curativo, uso de soro fisiológico e gentamicina).	Os participantes utilizam práticas de autocuidado semelhantes, o que pode ser pelas orientações e informações disponibilizadas pelo serviço de nefrologia e reforçadas pela equipa de enfermagem em cada consulta. No geral, os participantes possuem saberes relacionados com a sua doença e tratamento, desenvolvendo o autocuidado de maneira independente. O papel do enfermeiro é central na orientação contínua da pessoa e família para a realização e manutenção do seu autocuidado, evitando possíveis complicações e consequentemente promovendo uma melhor qualidade de vida e sobrevida.
13	Oliver et al.	2010	Impact of contraindications, barriers to self-care and support on incident peritoneal dialysis utilization	Canada	Determinar o impacto das contraindicações e barreiras à autogestão na utilização inicial da DP e verificar se o apoio familiar aumenta a utilização da DP quando há assistência domiciliária disponível.	Estudo quantitativo, prospectivo, de coorte multicêntrico	497 participantes	Contraindicações para a DP Barreiras à autogestão em DP autogerida ou assistida (apoio familiar e/ou assistência domiciliária)	Das 497 pessoas investigadas 110 (22%) tinham contraindicações médicas ou sociais absolutas para DP. Das restantes 387 pessoas, 245 (63%) apresentavam pelo menos uma barreira física ou cognitiva à autogestão. As pessoas com barreiras eram mais velhas, tinham menos peso e eram mais frequentemente mulheres. O apoio familiar esteve associado a um aumento da elegibilidade para a DP de 63% para 80% e da escolha pela DP de 40% para 57% entre as pessoas com barreiras à autogestão. O apoio familiar aumentou a utilização incidente da DP de 23% para 39% entre as pessoas com barreiras à autogestão. Quando o apoio familiar estava disponível, 34% as pessoas realizaram DP assistida pela família, 47% realizaram DP assistida por apoio domiciliário, 12% receberam ambos os tipos de assistência (familiar e domiciliária) e 7% realizaram apenas DP autogerida.	A presença de contraindicações, barreiras físicas ou cognitivas à autogestão e a ausência de apoio limitam significativamente a utilização da DP. Mesmo com assistência domiciliária disponível, o apoio familiar é um fator determinante na elegibilidade, escolha e utilização efetiva da DP entre pessoas com barreiras à autogestão. Quando há suporte familiar, a utilização da DP aumenta significativamente. Assim, a avaliação rigorosa, o envolvimento familiar e a disponibilidade de apoio podem melhorar a adesão e viabilidade da DP em pessoas com DRCT.

									A utilização incidente da DP na população com DRCT foi de 30% (147 de 497).	
14	Su et al.	2009	Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis.	China	Explorar os efeitos da promoção da autogestão no bem-estar de pessoas em DP	Estudo quantitativo com desenho pré e pós-intervenção, sem grupo de controle	30 participantes	Promoção da autogestão com base na teoria da autoeficácia de Bandura	Durante o estudo, o volume urinário e função renal residual diminuíram e a adequação da diálise manteve-se igual. O estado volêmico, a qualidade de vida e o estado de reabilitação melhoraram e o estado nutricional não se deteriorou. A capacidade de autogestão e os níveis de autoeficácia aumentaram de forma estatisticamente significativa.	Para que a autogestão em DP seja bem-sucedida uma abordagem em equipa é essencial. Os enfermeiros devem usar múltiplas estratégias baseadas na teoria da autoeficácia para melhorar os níveis de autoeficácia e as capacidades de autogestão das pessoas em DP
15	Oliver et al.	2007	Home care assistance and the utilization of peritoneal dialysis	Canada	Determinar se a disponibilidade de apoio domiciliário aumenta a utilização da DP	Estudo quantitativo, observacional e comparativo	134 participantes	Barreiras à autogestão em DP DP assistida Escolha e adesão à DP	81% das pessoas apresentavam pelo menos uma barreira à DP autônoma. Regiões com apoio domiciliário apresentavam maior elegibilidade (80%) comparativamente a regiões sem apoio (65%). Cada barreira à DP reduziu a probabilidade de elegibilidade para DP em 26%. A disponibilidade de apoio domiciliário não aumentou a probabilidade de escolher DP. Mulheres e pessoas seguidas em pré-diálise eram mais propensas a escolher DP. A utilização de DP foi de 47% nas regiões com apoio domiciliário e de 37% nas regiões sem apoio domiciliário. Com o aumento do número de barreiras identificadas há uma tendência para menor utilização da DP. Os eventos adversos foram semelhantes entre a DP assistida e as modalidades tradicionais.	As barreiras à autogestão da DP são muito comuns na população idosa com DRCT. O apoio domiciliário aumenta a elegibilidade para DP, mas não aumenta diretamente a escolha da pessoa. A avaliação multidisciplinar (médico, enfermeiro e assistente social) é essencial para identificar barreiras físicas e sociais e outras barreiras que tornam a autogestão difícil. O apoio domiciliário ajuda a superar limitações físicas e a aliviar a ansiedade e o sentimento de isolamento. A disponibilidade de visitas diárias de enfermagem especializadas permitiu que mais pessoas considerassem a PD. A DP assistida é viável, segura, bom custo-efetivo e pode reverter o declínio da sua utilização em populações envelhecidas.
16	Borràs et al.	2006	Patients with Learning Difficulties: Outcome on Peritoneal Dialysis	Espanha	Identificar pessoas com dificuldades de aprendizagem no contexto da DP e comparar os seus resultados clínicos com os da população geral em DP.	Estudo quantitativo (observacional e comparativo, com análise retrospectiva).	77 participantes	Dificuldades de aprendizagem na autogestão da DP	A idade e o índice de comorbilidade de Charlson foram os fatores que determinaram o número de sessões de treino necessárias. Pessoas mais idosas e com mais comorbilidades precisam de mais horas de treino. Pessoas com mais tempo de treino tiveram um tempo mais curto até à primeira peritonite (38 meses vs. 54 meses, p = 0,04). Não houve diferenças significativas na taxa de peritonite, percentagem de pessoas livres de peritonite, tempo de sobrevivência em DP ou taxa de transferência para HD.	Pessoas com dificuldades de aprendizagem são mais velhos e têm mais comorbidades. Mesmo com estas dificuldades podem alcançar resultados clínicos semelhantes às das outras pessoas em DP, exceto quanto ao tempo de treino e à primeira peritonite.
17	Polaschek	2006	'Doing dialysis at home': client attitudes towards renal therapy.	Nova Zelândia	Descrever as atitudes características face ao regime de tratamento de um grupo de pessoas em DP	Estudo qualitativo, descritivo	20 participantes	Atitudes das pessoas face à sua TSFR e integração do tratamento no seu estilo de vida	Durante o período inicial de adaptação ao tratamento, a maior parte dos participantes aprendeu, através da sua experiência com a prescrição terapêutica que a TSFR era necessária. Depois, usaram o conhecimento adquirido para ajustaram o regime de tratamento para manter o seu estilo de vida. A motivação dos participantes para continuar a cumprir com as exigências do tratamento passou a ser influenciada pela sua situação de vida	Os profissionais de saúde têm interpretado o comportamento das pessoas com doença renal em relação à terapêutica com base na adesão ao tratamento, dado que a eficácia depende da cooperação destes. No entanto, este não deve ser avaliado apenas em termos de adesão, mas sim de negociação entre a terapêutica e o estilo de vida.

									individual, incluindo relações interpessoais, trabalho e atitudes pessoais face à vida. Mais de metade dos participantes não cumpriu algum aspeto da prescrição terapêutica, quer para controlar os sintomas causados pela diálise, quer para integrar o tratamento no seu padrão de atividades regulares e manter o seu estilo de vida normal. No geral, cumpriam os requisitos do tratamento e viam as alterações à prescrição terapêutica não como falta de adesão, mas como a sua forma de gerir a vida sob dependência da terapia de substituição renal. Normalmente, não discutiam essas alterações com os profissionais de saúde A sua motivação para manterem a disciplina no tratamento baseava-se na perceção que tinham da sua vida em geral. A motivação positiva (família, trabalho, convicções pessoais) levava frequentemente a modificações pontuais do regime terapêutico, mas também proporcionava o impulso necessário para manter o compromisso com as exigências contínuas da terapia. Quem não tinha esta motivação era mais difícil manter o compromisso com o tratamento.	As pessoas em situação de DRC não seguem apenas os conselhos dos profissionais e procuram, através de um processo de negociação, integrar a terapêutica na sua rotina para manter um estilo de vida normal. A motivação das pessoas para cumprir o seu tratamento decorre da sua situação de vida global e não apenas do seu estado de saúde. A compreensão dessas atitudes permite aos profissionais oferecer cuidados mais personalizados, ajustados ao estilo de vida e necessidades das pessoas.
18	Figueiredo et al.	2005	Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado	Brasil	Descrever o modelo de educação utilizado na HSL-PUCRS e rever a metodologia de ensino para a pessoa urémica crónico.	Descrição da experiência prática de um programa educacional de DP	Não mencionado	Programa educacional para o autocuidado fundamentada na Teoria de Orem e capacitação da pessoa DRCT para DP	O modelo do autocuidado de Orem é utilizado com o objetivo de proporcionar máxima independência e segurança à pessoa em DP. A enfermeira de DP avalia a motivação, habilidades manuais e cognitivas. A seguir, realiza treinamento teórico/prático, individualizado às características de cada pessoa	O autocuidado pode ser utilizado na educação dos DRC de maneira eficaz e segura, proporcionando melhor qualidade de vida e independência.

APÊNDICE 9 – APRESENTAÇÃO PARA ATO PÚBLICO DE DEFESA



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA AUTOGESTÃO EM DIÁLISE PERITONEAL

Ricardo Martins Maia

Orientação: Professor Doutor Pedro Sousa
Coorientação: Professor Doutor Paulo Ferreira

Coimbra, dezembro de 2025

SUMÁRIO

- ✓ **DOENÇAS CRÓNICAS: DESAFIO DO SÉCULO XXI**
- ✓ **PARTE I – ANÁLISE REFLEXIVA**
 - DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS
 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
- ✓ **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**
 - A AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DP: SCOPING REVIEW
- ✓ **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

DOENÇAS CRÔNICAS: DESAFIO DO SÉCULO XXI



IMPACTO GLOBAL

- 43 milhões de mortes
- 75% de todos os óbitos globais



CARACTERÍSTICAS

- Natureza prolongada
- Controladas mas não curadas



CONSEQUÊNCIAS

- Comprometem a qualidade e a esperança média de vida
- Forte pressão sobre os sistemas de saúde

(World Health Organization, 2024)

DOENÇAS CRÔNICAS: DESAFIO DO SÉCULO XXI

SOLUÇÕES



CENTRALIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR NA PESSOA

(World Health Organization, 2024)



COLABORAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Equipas interdisciplinares
- Continuidade dos cuidados



CRIAÇÃO DAS ULS

- Interoperabilidade
- Integração dos cuidados



ENQUADRAMENTO LEGAL

- Regulamento 429/2018 – Competências específicas do EEEMC-PSC



SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

- Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV)
- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC)
- **UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CARDIOLOGIA**

EIXOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA



CONHECIMENTO



GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO



PREPARAÇÃO PARA A ALTA



SERVIÇO DE NEFROLOGIA – UNIDADE DE DP

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 50 Pessoas em programa de DP
- Enfermeira gestora
- 2 enfermeiros especialistas (EEEMC – área nefrológica)
- **Rácio aproximado: 1 enfermeiro / 25 utentes**

ACOMPANHAMENTO NO DOMICILIO

- Parceria com Baxter
- Parceria com Fresenius Medical Care

EIXOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA



CONHECIMENTO



GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO



SEGUIMENTO PARA OUTRAS MODALIDADES /SAÍDA DO PROGRAMA

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL



CARDIOLOGIA

Transmissão de informação confidencial

- Hospital de dia em open-space

Consentimento informado

- Intervenção interdependente

Beneficência e Não maleficência

- Equipa de paliativos – plano personalizado

Continuidade de cuidados pós alta

- RNCCI



NEFROLOGIA – DP

Cultura ética centrada na pessoa

- Privacidade, confidencialidade

Participação ativa nas decisões

- Escolha informada Vs. Paternalismo

Colaboração interprofissional

- Consulta de nefrologia – esclarecimento multidisciplinar

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE



CARDIOLOGIA

Gestão de descompensação cardíaca

- Padrões de qualidade – enunciados descritivos

Projeto “carta de compromisso”

- Acompanhamento pós-alta

Implementação de medidas de segurança

- Medicação + higienização das mãos + EPI

Documentação e registos

- SClínico



NEFROLOGIA - DP

Protocolos e guidelines

Acolhimento - folheto

- Integração da pessoa em DP

Programa de melhoria continua

- Aplicação de gentamicina no OS do cateter de DP

Participação em ações formativas

- Prevenção de Lesões + abordagem terapêutica nas peritonites

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS



CARDIOLOGIA

Gestão de descompensação cardíaca

Programa de reabilitação cardíaca

- Sessões de educação para a saúde

Liderança e gestão de recursos

- Qualidade assistencial Vs. desenvolvimento profissional da equipa

Liderança colaborativa

- Valorização das opiniões da equipa



NEFROLOGIA - DP

Documentação dos cuidados

Comunicação Clínica em Nefrologia

- Desenvolvimento de competências comunicacionais

Gestão de recursos materiais

- Utilização criteriosa e colaboração nos pedidos

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS



CARDIOLOGIA

Autoconhecimento

- Reflexão sobre capacidades, limitações e áreas de melhoria

Prática reflexiva

Gestão das emoções e atuação sob pressão

Reabilitação cardíaca



NEFROLOGIA - DP

Implementação de novos protocolos

Prática baseada na evidência

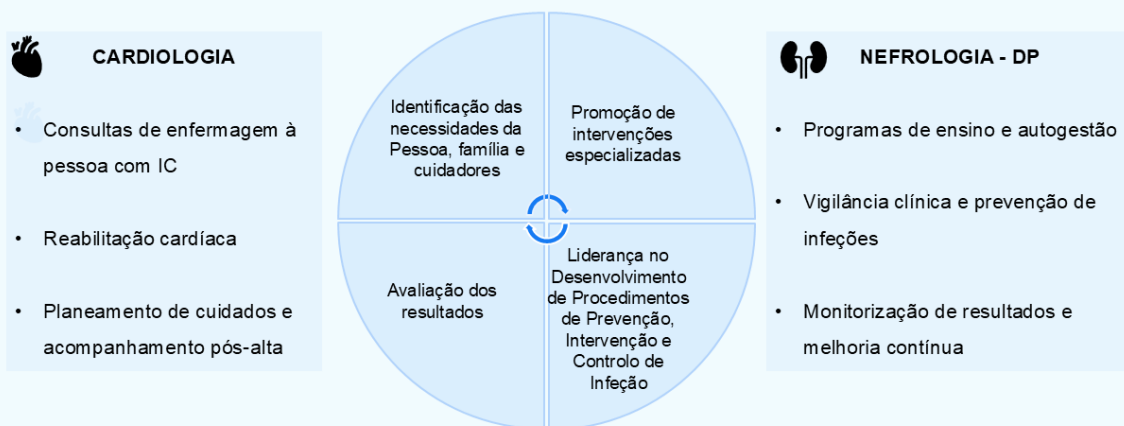
- Investimento diário na consolidação de conhecimentos técnicos e científico

Indicadores de qualidade

- N° de consultas; internamentos; complicações associadas; entradas e saídas do programa de DP e atividades formativas

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

CUIDA DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA



DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA

Gestão dos Processos Terapêuticos em Resposta à Transição Situacional e Adaptação à Doença Crónica	Gestão das Circunstâncias Ambientais que Potenciam a Ocorrência de Eventos Adversos	Estratégias Inovadoras de Prevenção do Risco Clínico e Não Clínico
• Educação terapêutica estruturada e centrada na pessoa • Promoção da adesão ao regime terapêutico e da autonomia • Planeamento individualizado da transição e continuidade de cuidados	• Prevenção de eventos adversos • Promoção da segurança clínica • Controlo e prevenção da infeção • Adequação do ambiente terapêutico e dos recursos disponíveis	• Identificação, monitorização e gestão do risco • Sistemas de notificação e aprendizagem com o erro • Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

SOLUÇÕES

**COMO PROMOVER A AUTOGESTÃO E A CORESPONSABILIZAÇÃO
DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA?**

MUDANÇA DE PARADIGMA

TRANSFERÊNCIA DO FOCO EXCLUSIVO DOS PROFISSIONAIS PARA UMA LÓGICA DE
CORESPONSABILIZAÇÃO COM A PESSOA E A FAMÍLIA/CUIDADOR

(SOUSA ETAL., 2021)

CAPACITAR A PESSOA E A FAMÍLIA/CUIDADOR

PARA A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NO DOMICÍLIO

SOLUÇÕES

**COMO PROMOVER A AUTOGESTÃO E A CORESPONSABILIZAÇÃO
DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA?**

MUDANÇA DE PARADIGMA

TRANSFERÊNCIA DO FOCO EXCLUSIVO DOS PROFISSIONAIS PARA UMA LÓGICA DE
CORESPONSABILIZAÇÃO COM A PESSOA E A FAMÍLIA/CUIDADOR

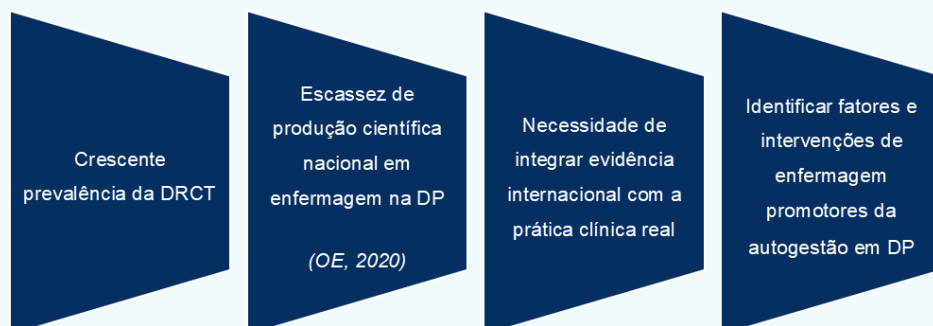
(SOUSA ETAL., 2021)

CAPACITAR A PESSOA E A FAMÍLIA/CUIDADOR

PARA A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NO DOMICÍLIO

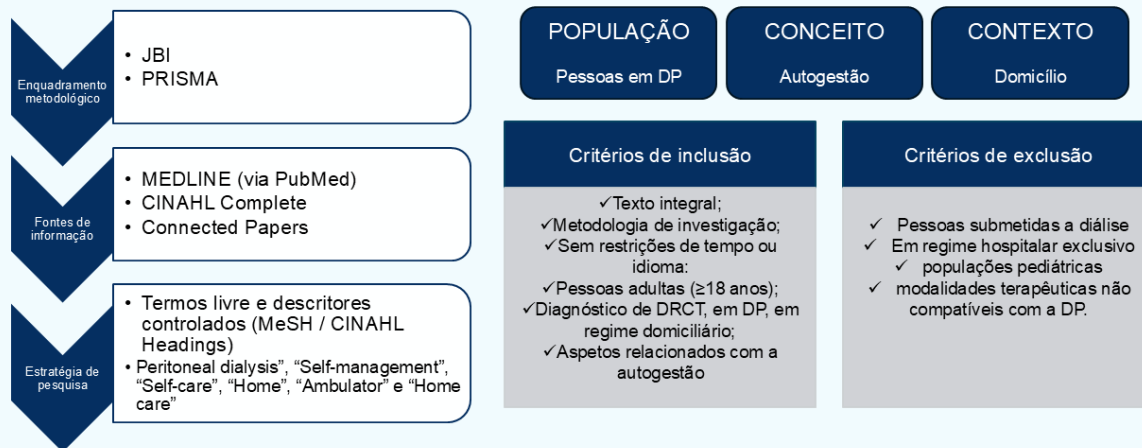
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: PRESSUPOSTOS

MAPEAR A EVIDÊNCIA SOBRE A AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL



PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: METODOLOGIA

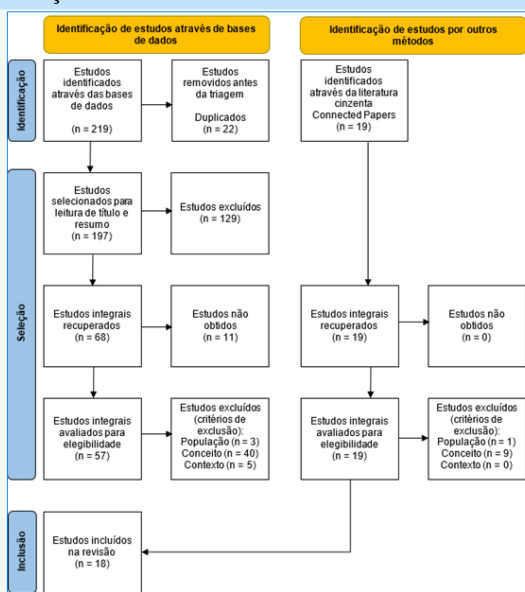
QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DA AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DP NO DOMICÍLIO?



PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: METODOLOGIA

PRISMA 2020

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS



PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RESULTADOS

MAPEAR A EVIDÊNCIA SOBRE A AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL



PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RESULTADOS

MAPEAR A EVIDÊNCIA SOBRE A AUTOGESTÃO DA PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL

Determinantes da autogestão em DP						
Estudo	Ano	Tipo de estudo	País	Amostra	Conceitos abordados	Eixos estruturantes
Farias et al.	2020	Estudo qualitativo com entrevista	Brasil	20 participantes	Experiências das pessoas ao realizar a diálise domiciliar para DP	Determinantes da autogestão
Gomes et al.	2019	Revisão integrativa da literatura	Brasil	9 artigos	Experiências, dificuldades e práticas de autogestão das pessoas em DP	Determinantes da autogestão
Chang et al.	2018	Revisão narrativa da literatura	China	Não mencionado	Capacidade para a autogestão das pessoas em DP	Determinantes da autogestão
Caldenan et al.	2013	Estudo qualitativo com entrevista	Brasil	8 participantes	Práticas de autogestão relacionadas com a adesão e com o tratamento em DP	Determinantes da autogestão
Oliver et al.	2010	Estudo quantitativo descritivo	Canadá	437 participantes (inclui familiares e cuidadores)	Contradições e barreiras à autogestão em DP	Determinantes da autogestão
Oliver et al.	2007	Estudo quantitativo observacional	Canadá	133 participantes (inclui familiares e cuidadores)	Barreiras à autogestão em DP, adesão, adesão e adesão à DP	Determinantes da autogestão
Borús et al.	2006	Estudo quantitativo observacional	Espanha	77 participantes	Dificuldades de aprendizagem na autogestão da DP	Determinantes da autogestão

Modelos e estratégias de autogestão de DP						
Estudo	Ano	Tipo de estudo	País	Amostra	Conceitos abordados	Eixos estruturantes
Qiao et al.	2022	Estudo quantitativo comparativo (com grupo controle)	China	100 participantes	Efeito do modelo KAP na capacidade de autogestão da pessoa em DP	Modelos e estratégias de autogestão
Pedroso et al.	2019	Revisão integrativa da literatura	Brasil	12 artigos (inclui familiares e cuidadores)	Capacidade da pessoa e família em DP pelo enfermeiro	Modelos e estratégias de autogestão
Chang et al.	2018	Estudo quantitativo observacional	China	201 participantes	Aplicação do modelo KAP em DP	Modelos e estratégias de autogestão
Freese	2016	Estudo quantitativo descritivo	Brasil	17 participantes	Autogestão e cuidado de dependentes em DP	Modelos e estratégias de autogestão
O'Donoghue et al.	2014	Revisão da literatura (meta-análise)	EUA	Não mencionado	Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem à prescrição de insulina em DP	Modelos e estratégias de autogestão
Su et al.	2008	Estudo quantitativo comparativo (com grupo de controle)	China	95 participantes	Promção da autogestão através da teoria da autogestão de Bandura	Modelos e estratégias de autogestão
Leone et al.	2021	Avaliação mista (quantitativo e qualitativo)	Brasil	54 participantes e 23 entrevistas com 10 participantes	Aplicabilidade da Teoria de Orem à pessoa em DP	Modelos e estratégias de autogestão
Figueredo et al.	2005	Descrição da experiência prática de um programa educacional de DP	Brasil	Não mencionado	Programa educacional para o autocuidado fundamentado na teoria de Orem e capacitação da pessoa DPCT para DP	Modelos e estratégias de autogestão

A autogestão em DP e a adesão terapêutica						
Estudo	Ano	Tipo de estudo	País	Amostra	Conceitos abordados	Eixos estruturantes
Meza et al.	2015	Estudo quantitativo descritivo	México	24 participantes (inclui familiares e cuidadores)	Conhecimento teórico e adesão à técnica de DP	Relação entre autogestão e adesão terapêutica
Potashnik	2005	Estudo qualitativo com entrevista	Nova Zelândia	20 participantes	Atitudes das pessoas em DP e integração ao tratamento de sua DP	Relação entre autogestão e adesão terapêutica
Netro et al.	2017	Estudo quantitativo descritivo	Brasil	35 participantes	Questões de vida da pessoa em DP	Relação entre autogestão e adesão terapêutica

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RESULTADOS

DETERMINANTES DA AUTOGESTÃO EM DIÁLISE PERITONEAL

Cognitivo	Técnico	Emocional	Relacional e de suporte
• Crenças e valores • Atitudes • História pessoal • Conhecimento • Aprendizagem • Memorização • Atenção e concentração • Escolaridade • Idade	• Competências práticas • Adesão à técnica • Comportamentos • Alterações sensoriais • Acuidade visual • Condições físicas e espaciais do domicílio	• Dificuldade de aceitação • Medo • Ansiedade • Impotência • Impossibilidade de continuar a trabalhar	• Apoio social • Apoio familiar • Apoio educativo • Acompanhamento de enfermagem

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RESULTADOS

MODELOS TEÓRICOS

Modelo KAP	Teoria do Autocuidado de Orem	Modelo IMB	Teoria da Autoeficácia (Bandura)
•Estratégia educativa promotora da autogestão •Redução de complicações (peritonite, infeções) •Melhoria do autocuidado e da autoimagem •Aumento do sentido de responsabilidade •Melhoria da qualidade de vida	•Modelo estruturante do processo de enfermagem •Suporte à consulta de enfermagem •Avaliação das necessidades reais de cuidados •Desenvolvimento das capacidades de autocuidado	•Modelo preditivo e promotor de comportamentos de autocuidado •Integra informação, motivação e competências comportamentais •Associação entre conhecimento, motivação, suporte social e autocuidado	• Promoção da autogestão e da autoeficácia •Melhoria da qualidade de vida •Melhoria da reabilitação social •Maior adesão às restrições dietéticas e à gestão do volume

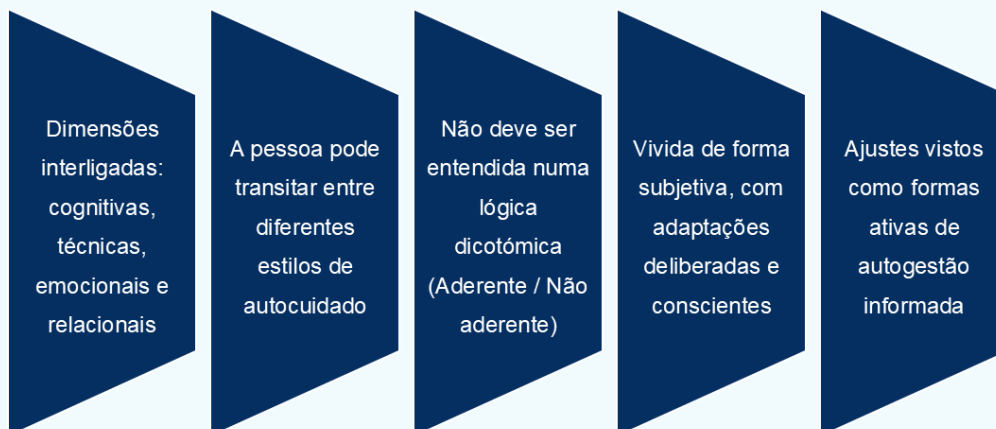
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RESULTADOS

A AUTOGESTÃO EM DP E A ADEÇÃO TERAPÊUTICA

Autogestão e Adesão	Fatores que influenciam a adesão	Dimensões da adesão terapêutica em DP	Papel da Enfermagem
•Relação direta entre a capacidade de autogestão e a adesão ao regime terapêutico •Programas estruturados de promoção da autogestão associam-se a melhor adesão •Recomenda-se supervisão periódica no domicílio	• Défices na execução técnica e conhecimento •Perda de memória, diminuição da motivação e estilo de vida •Motivação positiva, apoio social e autoeficácia •Idade e comorbilidades não determinantes da não adesão	•Regime dietético •Ingestão hídrica •Adesão à medicação •Repouso •Práticas de autocuidado relacionadas com o cateter: - Banho diário - Lavagem das mãos - Realização do penso (ex.: uso de SF e Gentamicina)	•Facilitadores da educação para a autogestão •Adesão como fenómeno subjetivo e contextual •Equilíbrio entre a prescrição médica e a integração do tratamento na vida quotidiana

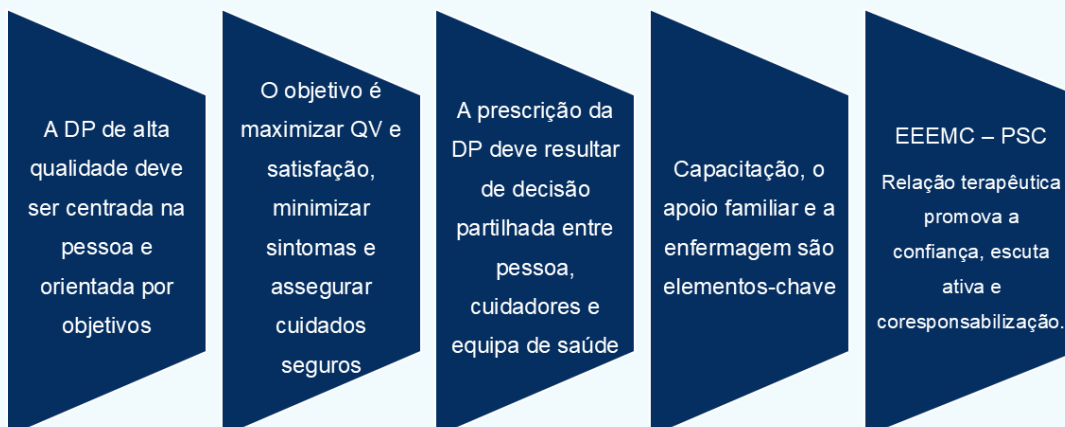
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: DISCUSSÃO

AUTOGESTÃO EM DP: UMA REALIDADE COMPLEXA E DINÂMICA



PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: DISCUSSÃO

DA “DIÁLISE ADEQUADA” À “DIÁLISE ORIENTADA POR OBJETIVOS”



Brown et al., 2020; KDIGO 2018

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Diversidade geográfica e cultural	Desfasamento temporal da evidência	Ausência de modelos estruturados de gestão da doença crónica	Limitação das fontes de informação
• Estudos provenientes de contextos organizacionais e culturais distintos • Diferentes concepções e práticas de autogestão em DP	• Escassez de estudos recentes sobre autogestão em DP • Inclusão de estudos sem restrição temporal • Pode não refletir avanços clínicos, tecnológicos e organizacionais atuais	• Não aplicação sistemática de modelos • Potencial ainda inexplorado no contexto da DP	• Número reduzido de bases de dados utilizadas • Possível exclusão de literatura relevante noutros repositórios

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: CONCLUSÃO

Autogestão em DP fenómeno complexo	Determinantes-chave	Modelos Teóricos	Autogestão e adesão terapêutica
• Processo multidimensional, dinâmico e contextual • Integra dimensões técnicas, cognitivas, emocionais, sociais e organizacionais • Requer estratégias de investigação rigorosas e bem delimitadas	• Cognitivo • Técnico • Emocional • Relacional e de suporte	• KAP • Orem • IMB • Bandura	• Autogestão influencia o cumprimento do regime terapêutico • Ajustes conscientes fazem parte da vivência da doença crónica • Processo negociado, adaptativo e não dicotómico • EEEMC-PSC como eixo central

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imperativo desenvolver respostas de saúde integradas, contínuas e centradas na pessoa, capazes de dar resposta à crescente complexidade da doença crónica.

A prática do enfermeiro transformou-se, passando a valorizar de forma mais aprofundada as necessidades singulares da pessoa, o impacto da doença crónica no quotidiano e o envolvimento da família e cuidadores.

A experiência formativa confirmou o papel insubstituível do EEEMC-PSC como agente de mudança, facilitador da autogestão, promotor da literacia em saúde e garante da continuidade e qualidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“SUCCESS IS NOT FINAL; FAILURE IS NOT FATAL: IT IS THE COURAGE TO CONTINUE THAT COUNTS”

WINSTON CHURCHILL

DOENÇA RENAL CRÓNICA
ESTÁDIO 5
E AGORA?

UNIDADE DE DIÁLISE PERITONEAL

Certificado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

