



## **DIÁLISE PERITONEAL:**

**UM PASSO PARA A  
AUTONOMIA DA PESSOA**

## ▲ FICHA TÉCNICA

### **Título**

Guia Orientador de Boas Práticas: Diálise peritoneal – um passo para a autonomia da pessoa

### **Promotores**

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

### **Redactores Enfermeiros**

Aies Ademar Gonçalves Moutinho

Carlos Manuel Lopes Torgal

Fernando Luís Freire Vilares

Marco Aurélio Carvalho Medeiros

Maria Arminda da Silva Tavares (Coordenadora)

(O grupo de Enfermeiros foi nomeado por NI BAST 2017/19 de 11.07.2017)

### **Revisão Científica**

- **Mesa do Colégio de Enfermagem Médico-Cirúrgica**
  - Catarina Alexandra Rodrigues Faria Lobão (Presidente)
  - Sílvia Manuela Pação Alminhas (Secretário)
  - Nuno Cristóvão Alves Ferreira (Secretário)
- **Peritos**
  - Nuno Miguel de Almeida Loureiro
  - Carlos Alberto Oliveira Gonçalves

**Edição:** Ordem dos Enfermeiros

**Grafismo e Paginação:** Onda Grafe

**ISBN:**

Esta obra foi redigida ao abrigo do antigo Acordo Ortográfico

## ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>aDPA</b>	Diálise Peritoneal Automática Assistida
<b>aDPCA</b>	Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória Assistida
<b>aPD</b>	Diálise Peritoneal Assistida
<b>APEDT</b>	Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação
<b>DGS</b>	Direcção-Geral da Saúde
<b>DP</b>	Diálise Peritoneal
<b>DPA</b>	Diálise Peritoneal Automática
<b>DPCA</b>	Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória
<b>DPCC</b>	Diálise Peritoneal Contínua Cíclica
<b>DPCCT</b>	Diálise Peritoneal Contínua Cíclica Tidal
<b>DPI</b>	Diálise Peritoneal Intermitente
<b>DPNI</b>	Diálise Peritoneal Nocturna Intermitente
<b>DRC</b>	Doença Renal Crónica
<b>DRCT</b>	Doença Renal Crónica Terminal
<b>EDTNA/ ERCA</b>	European Dialysis and Transplantation Nurses Association/ European Renal Care Association
<b>EEEMC</b>	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
<b>EPS</b>	<i>Encapsulating Peritoneal Sclerosis</i>
<b>GOBP</b>	Guia Orientador de Boas Práticas
<b>HD</b>	Hemodiálise
<b>ICN</b>	<i>International Council of Nurses</i>
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IPP</b>	Pressão Intra-Peritoneal
<b>ISPD</b>	International Society for Peritoneal Dialysis
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OM</b>	Ordem dos Médicos
<b>TEP</b>	Teste de Equilíbrio Peritoneal
<b>WHO</b>	World Health Organization

<b>1</b>	<b>O PROCESSO DE VIVÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA EM PORTUGAL</b>	<b>10</b>
1.1	<b>A Pessoa em Diálise Peritoneal</b>	<b>11</b>
1.1.1	Unidades de Diálise Peritoneal	12
1.1.2	Em Contexto Domiciliário	13
1.1.3	Visita Domiciliária de Enfermagem em Diálise Peritoneal	14
<b>2</b>	<b>CUIDADOS À PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL</b>	<b>16</b>
2.1	<b>Acolhimento da Pessoa, Família e/ou Cuidador</b>	<b>16</b>
2.2	<b>Consulta de Enfermagem</b>	<b>17</b>
2.3	<b>Procedimentos em Diálise Peritoneal</b>	<b>18</b>
2.3.1	Membrana Peritoneal	18
2.3.2	Acesso Peritoneal	19
2.3.3	Soluções de Diálise Peritoneal	20
2.4	<b>Modalidades de Diálise Peritoneal</b>	<b>20</b>
2.5	<b>Complicações Associadas à Diálise Peritoneal</b>	<b>22</b>
2.5.1	Complicações Mecânicas	22
2.5.2	Outras Complicações Associadas à Diálise Peritoneal	23
2.5.3	Complicações Infecciosas	25
2.6	<b>Falência da Técnica de DP</b>	<b>27</b>
2.7	<b>Gestão de Sinais e Sintomas</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>EDUCAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADOR EM DIÁLISE PERITONEAL</b>	<b>30</b>
3.1	<b>Sobre a Importância do Ensino da Pessoa e Família/Cuidador em Diálise Peritoneal</b>	<b>30</b>
3.2	<b>A Educação da Pessoa e Família/Cuidador em Diálise Peritoneal no Contexto dos Cuidados de Enfermagem</b>	<b>31</b>
3.3	<b>Avaliação Inicial: Ponto de Partida Para o Ensino Efectivo</b>	<b>32</b>
3.3.1	Destinatários do Ensino	32
3.3.2	Estilos de Aprendizagem	33
3.3.3	Quando Iniciar o Ensino?	34
3.3.4	Identificação e Controlo das Barreiras à Aprendizagem	34
3.4	<b>Formulação dos Diagnósticos de Enfermagem: Determinação das Áreas de Intervenção</b>	<b>35</b>

<b>3.5</b>	<b><i>Planeamento dos Cuidados</i></b>	<b>36</b>
3.5.1	Definição de Objectivos	36
3.5.2	Conteúdos do Ensino	37
3.5.3	Programas de Intervenção	39
<b>3.6</b>	<b><i>Intervenção: Implementação do Plano</i></b>	<b>41</b>
3.6.1	Individualização do Ensino	41
3.6.2	Optimização do Espaço	41
3.6.3	Duração do Programa	42
<b>3.7</b>	<b><i>A Avaliação Final: O Reinício do Processo</i></b>	<b>43</b>
3.7.1	Estratégias de Avaliação	43
3.7.2	O Reensino e a Consolidação dos Processos de Aprendizagem	43
<b>4</b>	<b><i>DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS</i></b>	<b>46</b>
<b>4.1</b>	<b><i>Formação dos Enfermeiros Para a Prestação de Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica em Diálise Peritoneal</i></b>	<b>46</b>
<b>4.2</b>	<b><i>Competências Diferenciadas na Prestação de Cuidados à Pessoa/Família e Cuidadores em Diálise Peritoneal</i></b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b><i>Plano de Formação de Enfermeiros em Diálise Peritoneal</i></b>	<b>49</b>
<b>4.4</b>	<b><i>Dotações de Enfermeiros nas Unidades de Diálise Peritoneal</i></b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b><i>INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</i></b>	<b>52</b>
	<b><i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i></b>	<b>58</b>
	<b><i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i></b>	<b>59</b>
	APÊNDICE A – PLANO DE FORMAÇÃO ENFERMEIROS EM DIÁLISE PERITONEAL	68

## ■ MENSAGEM DA DIGNÍSSIMA BASTÓNARIA E DA PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

O Guia Orientador de Boa Prática “Diálise Peritoneal - Um passo para a autonomia da pessoa” é um trabalho que agrega as experiências e o saber de vários colegas especialistas numa área que constitui um desafio permanente para os Enfermeiros, sobretudo quando falamos de uma terapêutica domiciliária em que, uma vez mais, é o enfermeiro que está ao lado do doente.

Este desafio é ainda maior face ao ritmo do avanço técnico-científico e à evidência dos benefícios dos cuidados especializados. É por isso que este Guia surge apenas três anos depois da publicação do Guia Orientador de Boa Prática “Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise”.

A doença é sempre limitativa; a doença crónica é um veredicto para a vida, no decurso da qual, o doente e o enfermeiro estabelecem também, mais do que em qualquer outra situação, uma ligação para a vida. Todos os contributos são imprescindíveis neste caminho, onde o doente e a sua família aprendem com o enfermeiro de modo a tornarem-se mais autónomos.

É essencial continuar a valorizar o trabalho que tem sido feito ao longo dos anos, compartilhando-o com os restantes enfermeiros.

Agradecemos todo o empenho, dedicação e profissionalismo que os colegas dedicaram a este projecto. Valorizamos este contributo, acreditando que terá um papel motivador para a melhoria dos cuidados de saúde, unindo os enfermeiros no seu principal objectivo: não deixar ninguém sozinho. É este o verdadeiro sentido de um Guia Orientador de Boa Prática.

## ■ MENSAGEM DE PRESIDENTE DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Em 2018, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, regulamentou o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica de acordo com o alvo e contexto de actuação, surgindo a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O aumento da esperança de vida encontra-se associada ao aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes. Embora cada doença seja única e tenha um impacto diferente em cada pessoa, há um núcleo comum de problemas e complicações associados. Assim, a doença crónica é definida com a “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada” (Decreto -Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, p.3857).

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida que a mesma acarreta.

O avanço no conhecimento técnico e científico requer que o Enfermeiro Especialista desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, promovendo intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objectivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica.

Este Guia Orientador de Boa Prática evidencia o cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crónica, nomeadamente na pessoa com insuficiência renal (Estadio IV) submetida a terapêutica de substituição renal, na modalidade de diálise peritoneal.

Este Manual foi desenvolvido por peritos na área a quem esta Mesa do Colégio gostaria de deixar o seu mais sincero agradecimento.

## INTRODUÇÃO

A elaboração do Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) Diálise Peritoneal – Um Passo para a Autonomia da Pessoa, vem no seguimento da publicação em 2016 do Guia Orientador de Boa Prática Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. A complexidade da doença renal crónica e a necessidade de realização de terapêuticas substitutivas de órgãos vitais são um constante desafio para os enfermeiros. A Diálise Peritoneal (DP) é uma terapêutica domiciliária, na qual a pessoa aprende com o enfermeiro todas as fases importantes para a realizar de forma autónoma.

O grupo de trabalho nomeado procurou enquadrar os aspectos mais relevantes na construção da autonomia da pessoa em DP, bem como, dar resposta a uma necessidade de congregar num só documento a informação necessária para as intervenções autónomas dos enfermeiros. Pretende-se que o guia seja um instrumento de qualidade para todos os enfermeiros, não só da área da nefrologia, para que conheçam a técnica de DP e baseiem a sua actuação profissional numa prática baseada na evidência científica e assente na qualidade. As recomendações descritas no documento, são as que consideramos essenciais para obter os melhores resultados na prestação de cuidados à pessoa em DP.

O GOBP é composto por cinco capítulos, o primeiro caracteriza a complexidade da doença renal e o processo de vivência da doença crónica pela pessoa e família identificando os modelos teóricos de enfermagem que apoiam o enfermeiro no processo de tomada de decisão. O segundo capítulo enumera e descreve os recursos necessários para a realização da técnica de DP em contexto hospitalar e domiciliário. No terceiro capítulo são abordados os cuidados à pessoa em DP com foco para as intervenções autónomas de enfermagem baseadas em evidência científica. A educação e o ensino são evidenciados no quarto capítulo, no qual são enquadrados a educação da pessoa e família/cuidador em DP e as recomendações para a prática. As dotações seguras para a prática de cuidados são expressas no quinto capítulo. O sexto capítulo versa sobre a construção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem fundamentais para a avaliação da sua efectividade.

O primeiro passo está dado.



# 01

## **O PROCESSO DE VIVÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA EM PORTUGAL**

# 1. O PROCESSO DE VIVÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA EM PORTUGAL

O conceito de pessoa é definido como um ser social, agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, tornando cada indivíduo como um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

As doenças crónicas são transtornos orgânicos e funcionais, que obrigam a uma modificação no estilo de vida da pessoa, apresentando uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial da pessoa para a reabilitação ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados, (WHO, 2003).

O impacto da doença crónica constitui para a pessoa, família e cuidador, um acontecimento que induz elevados níveis de stress. A transição de um processo saudável para a situação de doença acompanha-se sempre de novas exigências, conduzindo à necessidade de prestação de cuidados realizados por profissionais com novos conhecimentos e competências.

A evolução da profissão de enfermagem modificou a forma da prestação de cuidados, isto porque, passou a abranger os conceitos de cuidados globais e integrados que conferem aos enfermeiros a responsabilidade do conjunto de Cuidados de Enfermagem necessários para a pessoa, família e/ou cuidador.

A palavra “*cuidados*” tem sido amplamente utilizada, graças à sua multiplicidade de concepções, representando, sempre, uma atenção particular, uma abordagem personalizada que não pode ser dissociada do cuidar. Assim, os cuidados designam as acções através das quais se cuida, revelando a atenção particular que se tem com cada pessoa.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive. No decurso da vida, pretende-se **prevenir a doença e promover os processos de readaptação**, procura-se a **satisfação das necessidades** humanas fundamentais e a **máxima independência** na realização das actividades da vida, bem como a **adaptação** e a **reabilitação funcional**, (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

No âmbito das suas competências técnicas, científicas, relacionais, pedagógicas e de gestão/liderança os enfermeiros especialistas promovem a educação, o autocuidado e apoiam no processo de vivência da doença crónica, (Bernardini,

Price e Figueiredo, 2006; Tavares, 2012; Figueiredo et al, 2016). Estas competências estão alicerçadas nas competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e nas competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, publicadas no Regulamento n.º429/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. No artigo n.º 6 do regulamento pode ler-se que as competências são: *Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e otimiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica*. O mesmo documento descreve em anexo, as unidades de competência e os critérios de avaliação.

Na resposta ao desafio lançado pelo *International Council of Nurses* (2018), os enfermeiros devem assumir a sua liderança no apoio e na gestão da doença crónica através da adopção de comportamentos que visem intervir na prevenção primária e secundária da doença crónica e proactivos no desenvolvimento de competências e inovação que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

Na concepção de cuidados de enfermagem segundo um pensamento organizado, os enfermeiros devem dotar-se de referenciais teóricos que lhes permitam serem autónomos nas suas decisões. A tomada de decisão clínica em enfermagem é a ferramenta utilizada para assumir a dimensão autónoma da profissão.

Os referenciais teóricos que constituem um quadro de referência para a concepção de cuidados em DP, são na nossa perspectiva a **Teoria das Transições** de Afaf Meleis e a **Teoria do Autocuidado** de Dorothea Orem.

## 1.1 A PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL

A DP integra as terapêuticas de tratamento da Doença Renal Crónica Terminal (DRCT). A sua expressão em Portugal tem vindo a aumentar e segundo dados do gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em 2017 encontravam-se em tratamento 756 pessoas. Portugal dispõe de 25 Unidades de DP, distribuídas pelo Continente e Ilhas. As Unidades de DP têm na sua maioria, 11 a 50 pessoas em programa. A modalidade de DP mais realizada é a Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), com uma média de idades de 54,8 anos, (Macário et al, 2018).

Em 2017, de acordo com autores supracitados, iniciaram DP em Portugal 228 pessoas. Em todo o mundo o aumento da Doença Renal Crónica (DRC) é uma realidade largamente documentada. Em Portugal, estima-se que 10% da população sofra desta patologia e 20 mil pessoas estejam a necessitar de uma terapêutica de substituição da função renal. A principal etiologia da DRC é a diabetes e na DP, a glomerulonefrite crónica aparece como a segunda etiologia mais frequente. De

entre as terapêuticas, o número de pessoas em DP é menor quando comparado com as outras formas de tratamento, como seja a hemodiálise (HD) e o transplante renal.

Com o avanço tecnológico, os tratamentos de substituição da função renal tendem a garantir um aumento significativo da qualidade e da esperança de vida dos doentes renais. Para o desenvolvimento e implementação de um programa de DP em Unidades específicas, são necessárias condições e requisitos estruturais, materiais e humanos para garantir o êxito do mesmo. 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.

### 1.1.1 UNIDADES DE DIÁLISE PERITONEAL

As unidades de DP devem cumprir os requisitos legais previstos no que respeita ao seu funcionamento e licenciamento, (Portaria nº347/2013). É importante que as unidades de DP disponibilizem meios técnicos e não técnicos para, profissionais, pessoa e seus familiares/cuidador que permitam garantir cuidados personalizados e com qualidade. Destaca-se neste capítulo alguns dos requisitos importantes para o tratamento da pessoa em DP.

#### **a. Informação que deve estar visível nas Unidades de Diálise**

- Horário de funcionamento;
- Nome dos responsáveis da Unidade: Director Clínico e Enfermeiro-Chefe
- Procedimentos em situações de emergência;
- Direitos e deveres dos utentes.

#### **b. Estrutura e equipamentos de apoio à Consulta de Diálise Peritoneal**

É muito importante que as Unidades de DP tenham apoio estrutural adequado para proporcionar um ambiente calmo e seguro para pessoas e profissionais. Devem ter em atenção as condições de segurança, climatização, iluminação e garantir condições físicas para pessoas com mobilidade reduzida. Sem esquecer todas as exigências legais, é importante realçar os seguintes requisitos que devem ser garantidos para a implementação de um Programa de DP com êxito:

- Área de recepção e apoio de secretariado;
- Zona para arquivo;
- Zona de armazenagem de dispositivos médicos e terapêuticos com acesso reservado e climatização legalmente recomendada;
- Sala de espera;
- Ajudas técnicas: maca e cadeira de rodas;

- Vestiário com cacifos para pessoas e profissionais;
- Zona de despejos;
- Zona de armazenamento e acondicionamento de resíduos, nos termos da legislação em vigor;
- Instalações sanitárias públicas para pessoas e profissionais, em conformidade com os requisitos legais.

### **c. Área Assistencial**

As zonas habitualmente destinadas para atendimento, ensino e treino da pessoa submetida a tratamento por DP são uma sala para realizar a consulta de enfermagem e ensino, uma sala para treino e execução da técnica. Devem ser garantidos todos os requisitos previstos na legislação em vigor para o funcionamento e licenciamento das Unidades de Diálise Peritoneal e tendo em consideração as recomendações dos manuais de boas práticas, (OM, 2017; Portaria nº 347/2013; APEDT, 2011; OE, 2001). Os Gabinetes para consulta, ensino, treino e tratamento devem garantir adequadas condições de privacidade, iluminação e climatização.

## 1.1.2 EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

O local onde a pessoa executa a técnica deve atender ao referido no Despacho nº 14 391/2001 e da própria portaria nº 347/2013, como por exemplo:

- Ser amplo, com adequadas condições de iluminação, higiene e arejamento;
- Ter material recomendado para o cumprimento das normas de higienização e desinfecção, nomeadamente sistemas de lavagem e secagem das mãos, preferencialmente por toalhetes descartáveis e sistemas dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica (SABA);
- Ter o material necessário para a realização da técnica de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) ou Diálise Peritoneal Automática (DPA) em segurança;
- Sistema de telecomunicação que assegure as ligações telefónicas com a Unidade de referência e outros serviços de apoio;

Além destes requisitos deve também existir um espaço:

- Para armazenamento dos consumíveis clínicos necessários à realização da técnica, que garanta a sua conservação em condições para utilização e segurança;
- Para acondicionamento e adequado para um sistema de destino final de resíduos, nos termos da legislação em vigor.

### 1.1.3 VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM EM DIÁLISE PERITONEAL

Respeitando os requisitos previstos nos enunciados descritivos do Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as recomendações inseridas no Manual de Boas Práticas para a Diálise Crónica, a visita domiciliária deverá ser implementada pelos serviços de nefrologia nos quais existam programas de DP e as mesmas deverão ser realizadas por enfermeiros com experiência em DP, (Ordem dos Médicos, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Recomenda-se que sejam realizadas pelos enfermeiros que iniciam e implementam o processo de enfermagem à pessoa/família e/ou cuidador.

Apesar da frequência das visitas domiciliárias serem variáveis (conforme os protocolos das diferentes Unidades de DP), devem, de acordo com Coronel et al (2005) e Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APDT) (2011), ocorrer:

- Antes de 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.
- De acompanhamento e avaliação de necessidades, como reciclagem no ensino relacionada com a técnica e prevenção de complicações. É entendimento do grupo a realização no mínimo de 3 visitas anuais;

Todas as visitas devem ter um relatório das observações e intervenções realizadas.

# 02

## **CUIDADOS À PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL**

## 2. CUIDADOS À PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL

A DP é por excelência um campo de actividade da enfermagem, desde a fase de pré-diálise, ao início do tratamento e ao posterior acompanhamento no domicílio. As intervenções de enfermagem centram-se no objectivo de facilitar os processos de mudança e transição das pessoas, ensinando-as, instruindo-as e treinando-as de forma a adquirirem os conhecimentos e habilidades necessárias à realização da sua terapêutica de diálise de forma autónoma e segura.

A investigação em Portugal em cuidados de enfermagem em DP é escassa. A prática dos cuidados é baseada em estudos e orientações internacionais e na experiência de cada Unidade na obtenção dos melhores resultados. Compreendemos a variedade de experiências e as particularidades de cada Unidade e não é nossa intenção determinar o que deve ou não deve ser feito, mas sim proporcionar um Guia de Boas Práticas baseado na experiência do dia-a-dia de peritos da área e em evidência científica, procurando aumentar a qualidade e segurança na prestação de cuidados.

### 2.1 ACOLHIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E/OU CUIDADOR

A Direcção-Geral de Saúde através norma nº 017/2011 define as orientações para os serviços de nefrologia sobre o esclarecimento das diferentes modalidades de tratamento da DRCT, recomendando que a mesma deve ser realizada quando as pessoas se encontram no estágio IV da doença. Recomendam **a existência de uma consulta de esclarecimento**, com os seguintes requisitos:

- a) ter o objectivo de contribuir para o esclarecimento da pessoa, família e/ou cuidador acerca das diferentes modalidades de tratamento e respectivas técnicas;
- b) ser funcionalmente individualizada e dispor de registo próprio;
- c) integrar uma equipa multidisciplinar constituída, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista;

Face ao descrito na presente norma, os objectivos inserem-se no domínio das competências dos enfermeiros. Defendemos que a consulta de esclarecimento deve constar de uma consulta de enfermagem individualizada, realizada por Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa



em Situação Crónica, um padrão de cuidados de enfermagem definido para uma intervenção especializada promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Na opção de tratamento por DP, a pessoa, família e/ou cuidador deve ser referenciado precocemente para a equipa multidisciplinar da DP que fará o acolhimento e iniciará todo o processo de preparação até ao início do tratamento.

## 2.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

O início de DP é considerado um momento crítico por todas as implicações que impõe na vida da pessoa com DRC. A **Consulta de Enfermagem** é fundamental para a pessoa/família e/ou cuidador para promover/facilitar a aprendizagem da técnica como também para permitir a manutenção desta. Este processo formativo tem que ser dinâmico e contínuo. A pessoa deve ficar capacitada para a realização da técnica em segurança, permitindo alcançar os melhores resultados, (Figueiredo et al, 2016).

As alíneas d) e e) do artigo 3º, do anexo I da portaria 207/2017 referem que «**Consulta**» é “o ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde e «**Consulta de Enfermagem**», é a “consulta realizada por enfermeiro”. Ou seja, legalmente estão reunidas todas as condições para que as unidades de DP disponham de consultas de enfermagem autónomas, individualizadas e com padrão de cuidados de enfermagem próprio que permitam ao enfermeiro a concepção, implementação e avaliação do processo de enfermagem.

A par das políticas de promoção da saúde aposta-se também no esforço de informar mais e melhor a população, permitindo que o esclarecimento leve a uma utilização racional dos serviços de saúde. Informar a pessoa, família e/ou cuidador do seu projecto de cuidados, atribuindo-lhes **o poder e a capacidade de decisão**, permite-lhes decidir em consciência, adquirindo um papel activo no processo de gestão da doença.

No âmbito da intervenção especializada o enfermeiro na consulta de enfermagem, elabora o plano de cuidados para a pessoa, família e /ou cuidador em DP. Formula os diagnósticos em necessidades de cuidados de enfermagem e planeia a sua intervenção de modo a capacita-lo para o autocuidado, facilitando-o na vivência do processo de transição saúde/doença, promovendo a qualidade de vida.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001) definiu o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos que estabelecem a base padronizada da qualidade dos cuidados que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Este documento

constitui-se como um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

A DP é pelas suas características uma diálise domiciliária, não se podendo dissociar a pessoa do seu ambiente, e é mesmo necessário compreender todos os fenómenos de enfermagem que envolvem a pessoa, de forma a identificar os **focos de atenção** para a prática de enfermagem, diagnósticos e as intervenções. Os focos de atenção para a prática de enfermagem na pessoa em DP centram-se na pessoa, na família e na comunidade. Podemos ainda destacar a aceitação do estado de saúde; tomada de decisão; medo; ansiedade; risco de infecção; cansaço; obstipação; imagem corporal; adaptação; adesão e gestão do regime terapêutico; aprendizagem; autocuidado; estilos de vida; processo familiar; processo social.

## 2.3 PROCEDIMENTOS EM DIÁLISE PERITONEAL

A motivação e a capacidade para o autocuidado da pessoa, família e/ou cuidador são critérios determinantes na adesão ao regime terapêutico na pessoa em DP. Esta é também indicada no tratamento da DRC estágio V, na criança e na ausência de acessos vasculares para HD. No entanto, não é uma técnica isenta de complicações. É importante conhecer que existem contra-indicações relativas à realização da técnica, tais como fugas peritoneais, doença inflamatória/isquémica; intolerância a volumes intra-peritoneais; infecções da parede abdominal; desnutrição; diverticulites e obesidade mórbida, (Ronco, C. et al, 2019).

A DP é uma técnica de depuração extra-renal que utiliza o peritoneu como membrana semipermeável, baseada em três elementos: **a estrutura da membrana peritoneal, o acesso peritoneal e as características físico-químicas das soluções de diálise**, (Heras, 2006). Durante a diálise, a cavidade peritoneal serve de reservatório à solução de diálise, e a membrana peritoneal funciona como um filtro de transporte, (Blake & Daugirdas, 2008; Watske & Struijck, 2009).

### 2.3.1 MEMBRANA PERITONEAL

A membrana peritoneal reveste a superfície das vísceras abdominais (peritoneu visceral) e a superfície interna da parede abdominal (peritoneu parietal). É constituída por três camadas (mesotélio, tecido intersticial e endotélio capilar), através das quais ocorrem as trocas entre o sangue e o dialisante, (Heras, 2006; Marques, 2011). O transporte de solutos e água está mais dependente da área de superfície capilar do que da área total do peritoneu e ocorre através dos mecanismos de difusão, ultrafiltração e absorção, (Blake & Daugirdas, 2008).

### 2.3.2 ACESSO PERITONEAL

O acesso à cavidade peritoneal é realizado através do catéter de DP. Há referência na bibliografia a várias técnicas de implantação, não havendo consenso de qual recomendar, referindo que é importante a equipa multidisciplinar utilizar a técnica com a qual está mais familiarizada, (Briggs et al, 2017). As orientações da *International Society for Peritoneal Dialysis*, (Figueiredo et al, 2010) e as da *European Best Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis*, (2005), descrevem as várias técnicas de implantação e as complicações pós inserção do catéter peritoneal, havendo falta de evidência na recomendação da técnica de inserção com melhores resultados para a pessoa em DP. Mais recentemente, um grupo de investigadores está a rever novamente as orientações face às diferentes técnicas de inserção do catéter peritoneal por forma a obter evidência científica, analisando as diferentes técnicas de inserção para a obtenção dos melhores resultados. Em análise consideraram os seguintes indicadores: funcionalidade do catéter peritoneal; falência da técnica; complicações pós-inserção; entre outros, (Briggs *et al*, 2017).

No final da inserção do catéter peritoneal, podemos verificar uma das seguintes situações: catéter peritoneal exteriorizado ou catéter peritoneal interiorizado (subcutâneo), (Ash & Daugirdas, 2003).

Dos diferentes tipos de catéteres peritoneais disponíveis no mercado para implantação deve ser utilizado o mais biocompatível, que não propicie nenhuma reacção inflamatória ou imunológica, que seja resistente às bactérias, de fácil implantação, com fluxo adequado, que dificulte a migração e que esteticamente seja bem tolerado pela pessoa. Os mais utilizados actualmente têm dois *cuff* para uma melhor fixação, o primeiro fixa internamente no músculo da parede abdominal e o segundo *cuff* fixa no tecido subcutâneo, (Ash & Daugirdas, 2003).

Não há fortes evidências de que qualquer intervenção relacionada ao cateter, incluindo o uso de diferentes tipos de cateter ou diferentes técnicas de inserção, reduz os riscos de peritonite por DP ou outras infecções relacionadas à DP, falha técnica ou morte (todas as causas). No entanto, os números e tamanhos dos estudos foram geralmente pequenos e a qualidade metodológica dos estudos disponíveis foi abaixo do ideal, de modo que a possibilidade de que uma determinada intervenção relacionada ao cateter possa ter um efeito benéfico não pode ser completamente descartada com confiança (Htay H, *et al*, 2019).

A existência de uma equipa dedicada e com experiência em DP composta por Nefrologista, Enfermeiro com competência em DP, preferencialmente Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crónica e Cirurgião para a definição do orifício de saída do catéter peritoneal, é recomendado pelas orientações internacionais, (Figueiredo *et al*, 2010;

OM, 2017) e está relacionado com maiores níveis de satisfação da pessoa, bem como, influencia o número de complicações associadas à sua colocação. Payton (2016), recomenda que haja uma monitorização da funcionalidade do catéter, propondo uma taxa de sobrevivência do catéter peritoneal funcionante superior a 80% ao fim de 1 ano.

### 2.3.3 SOLUÇÕES DE DIÁLISE PERITONEAL

As soluções de DP são compostos eletrolíticos (água e eletrólitos) que devem possibilitar funções dialisantes por processos de transporte de água e solutos entre a membrana peritoneal e a solução de diálise. Estas contêm sódio, cálcio, magnésio, cloro, lactato ou bicarbonato e variam na concentração de glicose, devendo preservar a função fisiológica da membrana peritoneal e proporcionar funcionalidade dialítica eficaz. O agente osmótico presente nas soluções de diálise é a glicose. No entanto, existem no mercado soluções que não contêm glicose, como seja a icodextrina e as soluções com aminoácidos, (Banasco et al, 2006).

As soluções de diálise devem permitir uma elevada *clearance* das toxinas, uma eliminação suficiente da água corporal, homeostasia, serem biocompatíveis e de fácil manuseamento, (Banasco et al 2006).

## 2.4 MODALIDADES DE DIÁLISE PERITONEAL

A DP é actualmente classificada em duas grandes modalidades: a diálise peritoneal manual e a diálise peritoneal automática, (Páez & Palma, 2006; Díaz et al 2006). Na diálise peritoneal manual consideramos a DPCA e a DPCA com período seco. Na diálise peritoneal automática, consideramos os diferentes regimes terapêuticos, de acordo com as necessidades da pessoa. Mais recentemente a diálise peritoneal assistida (aPD) teve a sua implantação em países como Bélgica, França e permite que a pessoa realize o seu tratamento domiciliário com assistência do profissional de saúde, (Peterson & Lennerling, 2017).

### **Diálise Peritoneal Manual**

Esta modalidade é caracterizada por se efectuarem os ciclos de forma manual, entre 3 a 4 vezes por dia.

### **Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória**

É a modalidade de diálise mais frequente, em que os ciclos são realizados manualmente, 3 a 4 vezes por dia e a pessoa permanece com líquido no peritoneu durante as 24 horas do dia.

### **Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória com período seco**

Os ciclos são realizados de forma manual, de 3 a 4 vezes por dia. No período nocturno, é drenado o líquido e o peritoneu permanece vazio. Esta modalidade é indicada para pessoas que absorvem líquido de diálise.

### **Diálise Peritoneal Automática (DPA)**

Na DPA os ciclos são realizados através de um mecanismo automático, denominado cicladora. De acordo com as necessidades terapêuticas da pessoa, podem adaptar-se vários regimes terapêuticos.

### **Diálise Peritoneal Automática adaptada**

Nesta modalidade terapêutica são adaptados os volumes de infusão intra-peritoneais e os tempos de permanência, de acordo com o tipo de membrana peritoneal para aumentar a *clearance* de solutos e/ou a ultrafiltração.

### **Diálise Peritoneal Contínua Cíclica (DPCC)**

A cicladora efectua as trocas de solução dialisante, geralmente durante a noite, mantendo a pessoa a solução dialisante na cavidade peritoneal durante o restante tempo.

### **Diálise Peritoneal Contínua Cíclica *plus***

Semelhante à DPCC, em que a cicladora realiza trocas contínuas de solução dialisante, geralmente durante a noite, mantendo a pessoa a solução dialisante no peritoneu no resto do tempo, mas efectua uma ou mais trocas suplementares durante o dia.

### **Diálise Peritoneal Contínua Cíclica Tidal (DPCCT) e Tidal *plus***

Neste regime terapêutico, apenas uma percentagem de solução de diálise é substituída em cada ciclo. É indicada para pessoas que apresentam dor no final da drenagem, ficando um volume residual de efluente constantemente em contacto com a membrana peritoneal.

### **Diálise Peritoneal Nocturna Intermitente (DPNI)**

A cicladora efectua várias mudanças contínuas de solução dialisante, geralmente durante a noite, mantendo-se o doente sem solução dialisante na cavidade peritoneal durante o período diurno.

### **Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)**

Nesta modalidade a pessoa efectua sessões de diálise periódicas (não diariamente, concentradas em um ou mais dias da semana) em que o número e a duração dos ciclos são superiores aos habituais em DPCC ou DPIN.

### **Diálise Híbrida**

É uma técnica dialítica em que são aplicadas sucessivamente, quer com periodicidade programada quer não, uma das modalidades de DP e uma das modalidades de HD.

## **Diálise Peritoneal Assistida (aPD)**

A aPD tem ganho terreno em alguns países europeus nas várias modalidades (aDPCA ou aDPA). Na realização da aDPCA o enfermeiro visita o domicílio da pessoa 4 vezes por dia. Na aDPA recebe 1 a 3 visitas por dia para a preparação da cicladora para o tratamento durante a noite, (Giuliani et al 2017).

França, Suécia e Bélgica são actualmente os países europeus com maior experiência nos programas de diálise assistida. Peterson & Lennerling (2017), num estudo qualitativo de abordagem fenomenológica estudaram as vivências das pessoas em diálise peritoneal assistida. Da análise dos dados obtidos, os autores referem que os participantes experienciaram uma boa qualidade de vida, apesar da idade avançada, de estarem fisicamente frágeis e com necessidade de uma terapêutica vital. Os autores referem que aPD deve estar disponível em todos os países que oferecem a DP como opção de tratamento da substituição da função renal por conduzir a bastantes benefícios para a qualidade de vida das pessoas com necessidade de realizar tratamentos substitutivos da função renal. É nossa convicção que em Portugal a disponibilidade da aPD conduziria a bastantes benefícios para a qualidade de vida das pessoas com necessidade de realizar tratamentos substitutivos da função renal sem a necessidade de deslocação do seu domicílio para um centro de diálise.

## **2.5 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIÁLISE PERITONEAL**

As complicações relacionadas com a técnica de DP podem colocar em causa a viabilidade do tratamento e são a principal razão de transição de técnicas de substituição da função renal, sendo que a maior parte das pessoas em DP transita para HD, (Macário et al, 2018)

As principais complicações da DP descritas na bibliografia são as complicações mecânicas e as infecciosas, (Campos, 2006; De la Torre, 2006).

### **2.5.1 COMPLICAÇÕES MECÂNICAS**

As complicações mecânicas estão relacionadas com a disfunção do catéter e/ou alterações decorrentes da realização da técnica DP. As mais frequentes caracterizam-se pela alteração no volume de fluxo do líquido peritoneal, falência de ultrafiltração da membrana peritoneal e fuga de líquido peritoneal.

#### **Alteração de volume de fluxo de líquido peritoneal**

As alterações de volume de fluxo podem ser caracterizadas por diminuição ou

ausência de fluxo de drenagem do efluente e pela impossibilidade de infusão do dialisante. As causas de ausência de fluxo podem ser extra-luminais ou luminais. É importante manter um trânsito intestinal regular para evitar a obstipação, realizar radiografia do abdômen para identificar a posição do catéter, verificar a permeabilidade do catéter. O mesmo pode estar dobrado e ou estar obstruído por fibrina. As intervenções de enfermagem visam identificar a causa da alteração do volume de fluxo e direccionar as acções para a sua resolução.

### **Falência de ultrafiltração**

A falência de ultrafiltração é caracterizada pela diminuição ou ausência de ultrafiltração da membrana peritoneal. Como causas transitórias identificam-se problemas mecânicos relacionados com o catéter, fugas de líquido peritoneal, presença de hérnias e/ou a situação clínica da pessoa. As causas permanentes de falência de ultrafiltração estão relacionadas com alterações estruturais da membrana peritoneal.

### **Fuga de Líquido Peritoneal**

A fuga de líquido peritoneal é caracterizada pela presença de líquido de diálise fora da cavidade peritoneal. Pode ocorrer de forma precoce ou tardia, é caracterizada pela presença de líquido peritoneal em redor do orifício de saída ou quando existe infiltração da parede abdominal. A fuga de líquido pode suceder quando há necessidade de iniciar DP de forma precoce. Há correlação entre a presença de volume intra-peritoneal e o aumento da pressão intra-peritoneal (IPP). Valores de IPP considerados normais com um volume intra-peritoneal de 1000ml/m<sup>2</sup> são  $10 \pm 2$  cmH<sub>2</sub>O em crianças e  $12 \pm 2$  cm H<sub>2</sub>O em adultos com 2L de volume intra-peritoneal. Pessoas com IPP acima de 20cm H<sub>2</sub>O têm maior ocorrência de hérnias e fugas de líquido, (Castellanos et al, 2017). As acções a desenvolver incluem: pesquisa de líquido no orifício de saída, monitorização dos volumes de infusão e da ultrafiltração, pesquisa de infiltração na parede abdominal e pesquisa de edema na zona genital.

## **2.5.2 OUTRAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIÁLISE PERITONEAL**

No decorrer da técnica podem ocorrer outras complicações mecânicas, tais como:

### **Exteriorização do *cuff* externo**

A exteriorização do *cuff* externo poderá estar relacionada com a elasticidade do catéter, tracções, aumento da pressão intra-abdominal, presença do *cuff* próximo do orifício de saída e/ou infecção.

### **Perfuração intestinal**

Esta complicação mecânica pode ocorrer na colocação do catéter peritoneal, numa fase precoce. Pode ocorrer numa fase tardia, devido à erosão intestinal.

## **Comunicação pleuro-peritoneal**

É uma complicação mecânica caracterizada pela saída de líquido de diálise para a cavidade pleural. É importante ensinar a pessoa para comunicar alterações do padrão respiratório (dor torácica, tosse persistente e/ou dispneia).

## **Hérnias**

As hérnias surgem entre 12 a 37%, (Balda, S., Power, A., Papalois, V., & Brown, E., 2013), das pessoas em DP e estão relacionadas com o aumento da IPP. A sua localização poderá ser na linha média, inguinal, umbilical, epigástrica e pericatéter. As acções de enfermagem visam ensinar a pessoa a otimizar o trânsito intestinal regular e cuidados inerentes à correção cirúrgica, caso seja necessário.

## **Hemoperitoneu**

O hemoperitoneu é caracterizado pela presença de sangue no efluente peritoneal. É importante despistar causas como o ciclo menstrual nas senhoras, ruptura de quisto e/ou peritonite. Recomenda-se o uso de meios auxiliares de diagnóstico em situações de hemoperitoneu grave.

## **Dor**

A dor na diálise peritoneal poderá está relacionada com a infusão de líquido frio, posição do catéter e infusão de ar por não preenchimento das linhas. Na drenagem a dor pode ocorrer devido à posição do catéter peritoneal. Nestas situações de dor na drenagem, recomendam-se os regimes terapêuticos *Tidal* (apenas disponível em Dialise Peritoneal Automatizada).

## **Dor Lombar**

A dor lombar está caracterizada pela presença do volume de líquido intraperitoneal na cavidade peritoneal. É importante que seja monitorizada a pressão intra-abdominal e que os regimes terapêuticos sejam adaptados à situação clínica da pessoa.

## **Corte acidental ou ruptura do catéter peritoneal**

É uma complicação mecânica que é caracterizada pela perfuração do catéter de diálise peritoneal: pode ocorrer na colocação do mesmo no bloco operatório; na exteriorização do catéter ou na realização do penso, quando se utilizam objectos cortantes junto do catéter peritoneal. As acções a desenvolver passam por dar resposta ao problema identificado. No caso da ruptura ocorrer no domicílio, a pessoa deve ser instruída a clampar de imediato o catéter a montante e contactar imediatamente a unidade de DP.

Recomenda-se que as equipas multidisciplinares das unidades de DP desenvolvam um manual próprio de procedimentos onde estejam descritas as acções e os meios auxiliares de diagnóstico a desenvolver em cada complicação mecânica.



### 2.5.3 COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS

As complicações infecciosas são as mais frequentes na técnica DP e as que implicam o principal motivo de saída da técnica. Segundo dados do gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia 35,3% das pessoas em DP, interromperam a técnica em 2017 devido a complicações infecciosas. Toda a estratégia de ensino para o auto-cuidado da pessoa em DP tem como objectivo adquirir as capacidades necessárias para que seja capacitada para a prevenção, detecção e gestão dos sinais e sintomas relacionados com a infecção. As complicações infecciosas incluem as infecções do orifício de saída (OS) do catéter peritoneal, do túnel subcutâneo e as peritonites.

As orientações internacionais, (Li et al, 2016) recomendam que todos os programas de diálise peritoneal monitorizarem a incidência de infecções relacionadas com o catéter peritoneal. Recomendam que a apresentação seja em número de episódios/doente/ano. A monitorização também deve englobar as infecções de orifício de saída, túnel subcutâneo e a monitorização das infecções causadas por organismos tais como *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas species*.

#### **Infecção do orifício de saída (OS) do catéter peritoneal**

Li et al, (2016) definem a infecção do OS pela presença de exsudado purulento, com ou sem eritema da pele na junção do catéter e a epiderme. A definição de infecção de túnel é caracterizada pela presença de sinais inflamatórios no trajecto do túnel do catéter peritoneal, (Yap e Yip, 2016). Estas duas infecções podem ocorrer individualmente ou em simultâneo. Com o objectivo de prevenir a infecção, as orientações internacionais recomendam que os programas de DP, devem implementar projectos de melhoria contínua da qualidade, de forma a analisar os dados obtidos das acções implementadas para a prevenção da infecção, (Szeto et al, 2017).

As medidas de cuidados gerais ao OS e a higienização das mãos de forma efectiva são fundamentais para a prevenção da infecção. O OS deve ser limpo pelo menos 2 vezes por semana e sempre que a pessoa tome banho de chuveiro. O catéter deve estar imobilizado e a utilização de penso permeável é recomendado. No caso de infecção do orifício de saída recomendam a limpeza diária, com uso de antibiótico tópico, de acordo com o microrganismo identificado, (Li et al, (2016).

Vários agentes de limpeza têm sido testados e os resultados foram inconclusivos na identificação do melhor agente de limpeza para a prevenção da infecção do OS. O uso de clorexidina na desinfecção do orifício mostrou-se superior ao uso da limpeza com soro fisiológico na colonização por *staphylococcus aureus*. Wang et al, (2017) efectuaram um estudo prospectivo randomizado e controlado em 89 doentes, o 1º grupo realizou a desinfecção do OS com clorexidina e o 2º grupo (grupo de controlo) a limpeza do OS com soro fisiológico. Dos dados analisados, concluíram

que a clorexidina como agente de cuidado do orifício de saída poderá ser uma boa estratégia na prevenção da colonização do orifício por *staphylococcus aureus* e MRSA. No entanto, a eficácia do mesmo agente na descolonização de bactérias gram negativas não foi clara.

Na prevenção da infecção do OS é recomendado o uso de antibiótico creme. A aplicação diária de mupirocina creme no OS pode prevenir o aparecimento de infecção do OS por *staphylococcus aureus*. A resistência ao uso de mupirocina está mais associado ao uso intermitente, do que ao uso diário, (Mushahar et al, 2017).

Na colocação do catéter peritoneal é sugerido que seja realizada a pesquisa de portador nasal de *Staphylococcus aureus*. Caso se confirme ser portador, sugere-se o tratamento com mupirocina nasal, (Szeto et al, 2017).

Todavia, um estudo randomizado controlado, realizado por Wong e colaboradores, foi comparada a utilização alternada de mupirocina/gentamicina e gentamicina tópica isolada, concluindo que ambas as alternativas não se mostraram eficazes na redução das infecções relacionadas com o catéter devido ao aparecimento de microrganismos oportunistas e uma maior incidência do uso de antibióticos para o tratamento de peritonite fúngica. A gentamicina tópica mostrou-se eficaz nas infecções de orifício de saída por pseudomonas aeruginosa, (Wong et al, 2016).

## **Peritonites**

A peritonite é uma complicação infecciosa da técnica de DP. É uma complicação comum, está relacionada com a maior causa de falência de técnica de DP e transição para HD. Recentemente a ISPD realizou uma revisão das orientações para a prevenção da peritonite, (Li et al, 2016). Os autores referem que é fundamental que cada unidade de DP analise o seu próprio padrão de infecção, os microrganismos e as suas sensibilidades e que adaptem os protocolos às causas identificadas. Relacionado com a taxa de peritonite, recomendam que todos os programas de DP devem monitorizar a incidência de peritonite no ano corrente.

As peritonites são classificadas como (Li et al., 2016):

- Recorrente: Episódio que ocorre em menos de 4 semanas após terminar a antibioterapia do último episódio, mas com um organismo diferente;
- Recidivante: Episódio que ocorre em menos de 4 semanas após terminar antibioterapia do último episódio, com o mesmo organismo ou episódio com cultura estéril;
- Reinfecção: Episódio que ocorre depois de 4 semanas após terminar antibioterapia do último episódio com o mesmo organismo;
- Refratária: Manutenção do líquido turvo após 5 dias de antibioterapia;
- Peritonite relacionada com o catéter: Peritonite que ocorre após infecção do OS/túnel, com o mesmo organismo ou com cultura estéril do OS.

O tratamento da peritonite realiza-se com o recurso a antibióticos e no tratamento prolongado de infecções é recomendado realizar-se profilaxia antifúngica. O início do tratamento da peritonite deve ocorrer assim que houver uma suspeita (efluente turvo e/ou dor abdominal) através de antibioterapia empírica que cubra microorganismos gram-positivos e gram-negativos, por via intra-peritoneal. Após os resultados das culturas do líquido peritoneal, a antibioterapia deve ser ajustada ao microorganismo identificado. No caso de peritonite refractária, recidivante e peritonite fúngica, recomenda-se a remoção do catéter de DP, (Li et al, 2016).

A peritonite esclerosante encapsulante (EPS) é uma complicação rara da DP, associada a um alto risco de morbidade e mortalidade. Está relacionada com o tempo de permanência em DP. A incidência de EPS é muito variável entre países e unidades de DP. Apesar de ser uma complicação rara, devido à sua elevada mortalidade existem aspectos que devem ser avaliados em cada pessoa do programa DP por forma a avaliar o potencial risco de diagnóstico de EPS. Factores como a idade e prognóstico da pessoa; tempo de permanência em DP; qualidade da diálise; acesso ao transplante; potencial risco em HD e qualidade de vida, devem ser equacionados, (Brown et al, 2017).

## 2.6 FALÊNCIA DA TÉCNICA DE DP

A falência da técnica de DP está documentada como: qualquer complicação que leva a que a pessoa não consiga realizar mais DP. A ISPD e o grupo de trabalho internacional do Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (PDOPPS) elaboraram um documento onde identificam sete causas para apoiar no diagnóstico de falência da técnica, (Perl et al, 2016). Identificaram como causas as relacionadas com a infecção; problemas de funcionamento do catéter; redução da *clearance* de solutos e/ou ultrafiltração; fuga de líquido; hérnias; problemas psicológicos e/ou situação clínica da pessoa; risco e/ou diagnóstico de EPS. Consideram outras causas para a falência da técnica, o hemoperitoneu e/ou patologia intra-abdominal.

## 2.7 GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS

As estratégias e intervenções passam necessariamente pela prevenção e controlo da infecção na DP, no entanto, devemos também estar atentos a outros sinais e sintomas essenciais ao sucesso do tratamento, por exemplo: sinais/sintomas de sobrecarga hídrica; sinais/sintomas de não adesão às recomendações alimentares e sinais/sintomas de *burnout* da pessoa, família e/ou cuidador.

Recomendamos que a pessoa, família e/ou cuidador, conheçam e apliquem as medidas gerais de higienização das mãos de acordo com as orientações da

Circular Normativa nº13, (DGS, DQS/DSD; 2010), a limpeza e higienização do local de realização da técnica e o cumprimento dos planos de vacinação.

Campbell et al (2016) analisaram num estudo qualitativo a perspectiva das pessoas na prevenção e tratamento da peritonite, concluindo que as mesmas estão altamente motivadas para realizar o seu tratamento de DP, mas as exigências na assepsia e os procedimentos inerentes à realização da técnica provocam extrema fadiga, levando ao erro. Algumas pessoas não percebem os sintomas de peritonite e outros não conseguem identificar as causas que estão inerentes ao seu aparecimento. Estes dados são importantes indicadores que possibilitam direccionar a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados.

Na DP é necessário saber se a pessoa para além de estar autónoma a realizar a sua técnica, avaliar também se a mesma é eficaz para o tratamento da DRCT. A adequação da DP refere-se à qualidade da prescrição de diálise individualizada. Esta vai depender da modalidade de DP, da depuração (clearance), da ultrafiltração, da função renal residual, do tipo de membrana e da situação nutricional. Recomenda-se que as unidades de DP avaliem a adequação e eficácia de diálise, recorrendo à realização do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP), à cinética de ureia, às análises laboratoriais de uma forma regular para permitir um controlo efectivo da eficácia de diálise e do bem-estar da pessoa em DP. Os programas de DP devem estabelecer os protocolos necessários à monitorização da adequação e eficácia de diálise, (Perl et al, 2016).

A avaliação da Pressão Intra-Peritoneal (PIP) é um método simples, que deve ser avaliada para ajudar na prescrição do tratamento de DP, especialmente em pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) elevado. A PIP pode ser avaliada na mesma altura que a realização do 1º TEP, permitindo uma adaptação da prescrição de DP, ajustando o volume intra-peritoneal para a prevenção de fugas de líquido, hérnias, complicações abdominais e falência de ultrafiltração, (Castellanos et al, 2017).

Recomenda-se que as unidades de DP desenvolvam um manual próprio de procedimentos onde estejam inseridas as acções a desenvolver para cada complicação infecciosa e para a avaliação da adequação e eficácia da DP.

# 03

## **EDUCAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADOR EM DIÁLISE PERITONEAL**

# 3. EDUCAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADOR EM DIÁLISE PERITONEAL

A DP é uma técnica dialítica com características próprias, como sejam o local de realização do tratamento e o nível de responsabilidade exigido à pessoa e família/cuidador. Desta forma, enquanto a HD é uma técnica habitualmente efectuada em clínicas ou hospitais, a DP é realizada, em cerca de 90% dos casos, pelas próprias pessoas com DRC em suas casas, (Hall et al, 2004).

## 3.1 SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADOR EM DIÁLISE PERITONEAL

A DP é uma técnica de autocuidado, pelo que se afigura como necessário um período preparatório, habitualmente designado por treino ou ensino, preferencialmente realizado por Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crónica. É através do ensino, que a pessoa e família/cuidador se torna autónoma na gestão dos aspectos relacionados com a execução do tratamento.

De acordo com a *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*, (EDTNA/ERCA, 2016), antes de se iniciar a DP em casa, é essencial que tenha lugar um processo de educação efectiva, estando o sucesso dependente da abordagem adoptada, (Riemann & Casal, 2009).

Importa salientar que os resultados obtidos num programa de DP não se limitam aos processos de ensino, antes são influenciados por vários factores, que incluem: a experiência de enfermeiros e nefrologistas, os aspectos relacionados com a técnica de colocação do catéter e algumas barreiras ambientais, (Figueiredo, A. et al, 2016).

Ainda assim, é cada vez mais reconhecida a associação entre a educação efectiva da pessoa e família/cuidador em DP e a obtenção de bons resultados, ( Hall et al., 2004; Bernardini, Price, & Figueiredo, 2006; Thomas, 2014; Schaepe & Bergjan, 2015; Zhang, Hawley, & Johnson, 2015). De acordo com a ISPD, o ensino, quando realizado de forma deficitária, poderá resultar na ocorrência de peritonites e infecções do local do catéter, na necessidade de internamentos, na saída da técnica e até em óbitos, (Bernardini et al., 2006). Trata-se, portanto, de uma temática da maior importância. Quer a ISPD quer a EDTNA/ERCA emitiram já algumas recomendações sobre o ensino em DP e existe investigação produzida

nesta área, apesar de ser reconhecidamente insuficiente, (Schaepe & Bergjan, 2015).

## 3.2 A EDUCAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADOR EM DIÁLISE PERITONEAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A educação para a saúde é, nas diferentes áreas de prestação de cuidados e ao longo do ciclo da vida, uma das dimensões mais presentes no exercício profissional dos enfermeiros.

É entendimento da EDTNA/ERCA (2016) que, nos cuidados à pessoa com DRC e sua família/cuidador, o compromisso do Enfermeiro deverá ser o de proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado, (EDTNA/ERCA, 1999).

Um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é a readaptação funcional. Considera-se que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro, conjuntamente com a pessoa e família/cuidador, desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Entre os elementos importantes a considerar face à readaptação funcional encontram-se o ensino, a instrução e o treino. É frequentemente através de processos de aprendizagem que se procura a máxima independência da pessoa e a sua adaptação funcional, (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Na prática de cuidados, os enfermeiros desenvolvem dois tipos de intervenções: as interdependentes (iniciadas por outros técnicos da equipa multidisciplinar) e as autónomas (prescritas pelo enfermeiro, sob sua única e exclusiva responsabilidade). As intervenções de enfermagem incluem diversas funções, nomeadamente, a realização do ensino sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos, (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Considerando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), verifica-se que os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica que inclui (Ordem dos Enfermeiros, 2015):

- a) a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
- b) a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;

- c) a formulação do diagnóstico de enfermagem;
- d) a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- e) a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
- f) a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.

A educação para a saúde, em sentido mais abrangente, ou o ensino da pessoa e família/cuidador em DP, se quisermos especificar, constituem áreas de excelência para o exercício das intervenções autónomas de enfermagem. Na prática de cuidados em DP, o enfermeiro avalia as necessidades de ensino, planeia e concretiza as intervenções necessárias e analisa os resultados obtidos. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O processo de enfermagem constitui um método ordenado e sistemático de identificar e resolver os problemas da prática clínica. É constituído por cinco etapas: avaliação inicial, formulação dos diagnósticos de enfermagem, planeamento, intervenção e avaliação final, (Dillon, 2007).

## 3.3 AVALIAÇÃO INICIAL: PONTO DE PARTIDA PARA O ENSINO EFECTIVO

A avaliação inicial inclui a recolha, validação e organização dos dados. Trata-se de um momento de especial importância, dado que uma avaliação menos conseguida condicionará as restantes etapas do processo, (Dillon, 2007).

### 3.3.1 DESTINATÁRIOS DO ENSINO

Considerando que a DP é uma técnica de autocuidado, é portanto frequentemente a própria pessoa com DRC aquela que aprende os conhecimentos e procedimentos necessários. No entanto, seja por necessidade ou vontade, surgem situações em que se incluem no ensino familiares e pessoas significativas ou cuidadores.

De acordo com o estabelecido pela ISPD, o ensino pode ser dirigido à pessoa com DRC, a um cuidador ou a ambos, devendo o enfermeiro avaliar, sem prejuízo das preferências da pessoa com DRC, quem está mais bem capacitado para o efeito, (Bernardini et al., 2006).

Do ponto de vista dos resultados, têm sido reportadas taxas de peritonite idênticas nas situações em que o ensino é feito à pessoa com DRC ou a um cuidador (familiar ou não) ( Li et al., 2007; Verger et al., 2007; Yang, Xu, Zhuo, & Dong, 2012).



### 3.3.2 ESTILOS DE APRENDIZAGEM

Um dos aspectos referidos na literatura sobre a educação da pessoa em DP prende-se com a necessidade de avaliar o estilo de aprendizagem. Poder-se-á dizer que não existe uma única forma de aprender. Sejam conceitos teóricos ou competências técnicas, todas as pessoas aprendem de forma potencialmente diferente. Neste sentido, torna-se fundamental avaliar as especificidades de quem aprende e, com isso, otimizar os processos de aprendizagem. A preocupação será a de recorrer a métodos ou estratégias de ensino que facilitem a comunicação. Deste modo, será possível orientar o ensino em função das características da pessoa e família/cuidador, em vez de, por uma questão de conforto ou hábito do enfermeiro, se insistir numa forma invariável de ensinar, (Jenkins & Mahon, 2008; Riemann & Casal, 2009).

Foram identificados vários estilos de aprendizagem, aos quais se associam estratégias de ensino próprias. Apesar de não existir consenso, sintetiza-se aqui o método VARK<sup>1</sup>, referido nas recomendações da ISPD para a educação da pessoa em DP, (Figueiredo, A. et al 2016). De acordo com este método, é inicialmente aplicado um questionário, (Fleming & Baume, 2006) que vai permitir evidenciar os estilos de aprendizagem predominantes ou, de forma mais precisa, quais as tendências preferenciais de comunicação. Poderão ser quatro:

- **Estilo visual:** neste caso, a aprendizagem é facilitada pelo uso de imagens, símbolos, esquemas ou gráficos;
- **Estilo auditivo:** incluem-se aqui estratégias como a descrição de um procedimento passo a passo, a interpelação da pessoa e família/cuidador ou a repetição de explicações. Deverá valorizar-se a aprendizagem através da discussão;
- **Estilo leitura-escrita:** privilegiam-se as informações apresentadas através de palavras ou na forma de texto. Poderá ser oportuno disponibilizar manuais ou pedir à pessoa e família/cuidador para escrever o que aprendeu;
- **Estilo cinestésico:** valorizam-se as actividades em que prevalece o fazer, a manipulação. A aprendizagem poderá ser facilitada com o recurso a manequins ou a material de simulação.

Independentemente dos estilos de aprendizagem, existem abordagens que deverão sempre ser evitadas. São disso exemplo: longas palestras, realização de procedimentos sem supervisão ou ausência de períodos de descanso entre sessões, (Figueiredo, A. et al 2016). Além disso, o facto da pessoa e família/cuidador preferir aprender através da leitura, não torna dispensável o treino supervisionado nos diferentes procedimentos que se pretendem ensinar. Significa isto, que a avaliação dos estilos de aprendizagem não pode ser feita de forma isolada. Deve ser considerada a mensagem que se pretende transmitir, orientando as estratégias de ensino também em função dos conteúdos que se pretendem trabalhar.

<sup>1</sup> VARK: Acrónimo para Visual, Aural (Auditory), Read-Write e Kinesthetic (Motor).

A avaliação das formas de aprendizagem é, de acordo com os autores do método VARK, um ponto de partida e não pretende ser um processo redutor de categorização. Pretende promover o conhecimento de quem se quer ensinar e tornar o ensino mais individualizado, (Fleming & Baume, 2006), aspectos muito importantes quando se pretende preparar alguém para ser autónomo na gestão da sua doença e respectivo tratamento.

### 3.3.3 QUANDO INICIAR O ENSINO?

A promoção do autocuidado da pessoa e família/cuidador e os processos de ensino não são exclusivos das equipas de DP. Existem vários momentos que poderão influenciar, não só o entendimento que a pessoa e família/cuidador faz da técnica, como a gestão futura do seu tratamento. Um desses momentos formais é a **Consulta de Esclarecimento**.

Mas existem outros momentos menos formais. Ao equacionar a realização de DP, é habitual que a pessoa e família/cuidador questione outros profissionais de saúde e procure informações. Todos estes conhecimentos que foram sendo adquiridos deverão ser ponderados e validados.

Desta forma, poder-se-á dizer que a aprendizagem principia mesmo antes do início do programa formal de ensino. Este terá como finalidade capacitar a pessoa e família/cuidador no sentido de conseguir gerir todos os aspectos relacionados com o seu tratamento.

Importa, então, questionar qual o melhor momento para iniciar o referido programa formal de ensino.

De acordo com a ISPD, o ensino poderá iniciar-se antes ou após a colocação do catéter peritoneal, (Figueiredo, A. et al, 2016).

Foram associadas taxas de peritonite mais elevadas quando o programa de ensino decorreu nos primeiros 10 dias após a colocação do catéter peritoneal, (Figueiredo et al., 2015). Por conseguinte, sugere-se que este período não inclua sessões de ensino e seja reservado para a completa recuperação da cirurgia.

### 3.3.4 IDENTIFICAÇÃO E CONTROLO DAS BARREIRAS À APRENDIZAGEM

É reconhecido o esforço de adaptação que a DRC pode implicar. A evolução natural da doença implicará alterações na vida laboral, social e familiar, na alimentação e na vivência da sexualidade, (Ballerini & Paris, 2006).

A este dado poderão ser acrescentadas diferentes barreiras com potencial para tornar o contexto de aprendizagem ainda mais adverso. Importa identificá-las e minimizá-las tanto quanto possível, (Thomas, 2014).

Estão descritas algumas **barreiras físicas ou orgânicas**. Ao iniciar o ensino ou o próprio tratamento, muitas pessoas com DRC referem sintomas relacionados com a síndrome urémica (náuseas, vômitos, perturbações do sono e confusão). A ocorrência de anemia poderá desencadear cansaço. É também necessário avaliar a existência de dor, por exemplo, associada à realização das primeiras infusões ou drenagens. Todos estes aspectos provocarão mal-estar e condicionarão a predisposição para aprender. Poderá ser oportuno administrar terapêutica apropriada ou identificar um período do dia mais favorável ao ensino. Além destes aspectos, deverão ser consideradas outras barreiras, mais frequentes na idade avançada, como a redução da acuidade visual e auditiva ou a dificuldade em memorizar, (Riemann & Casal, 2009).

Existem também as **barreiras psicossociais**. A realização do ensino a pessoas provenientes de países estrangeiros poderá ser dificultada por barreiras relacionadas com a linguagem, entre outros aspectos culturais. Toda a informação deve ser dada de forma clara, inequívoca e de fácil compreensão. Em alguns casos, poderão existir outros problemas mais difíceis de ultrapassar ou que deverão ser discutidos com a equipa multidisciplinar. São exemplo as dificuldades psicológicas de adaptação, por vezes manifestadas pela negação da doença. Outros factores poderão condicionar a motivação para aprender, como o desemprego ou problemas económicos, mas a família poderá constituir uma rede de suporte, (Jenkins & Mahon, 2008; Riemann & Casal, 2009).

Há ainda a ter em conta as **barreiras ambientais**. Para que a aprendizagem ocorra do melhor modo, torna-se fundamental proporcionar um ambiente seguro. É importante assegurar privacidade e uma temperatura agradável na sala, (Riemann & Casal, 2009). A realização do ensino no domicílio permitirá efectuar a aprendizagem no exacto contexto onde a pessoa e família/cuidador vai realizar tratamento, com ganhos daí decorrentes e que serão discutidos mais à frente.

### 3.4 FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: DETERMINAÇÃO DAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Nesta fase do Processo de Enfermagem, partindo da avaliação efectuada, identificam-se os problemas reais ou potenciais e estabelecem-se prioridades, (Dillon, 2007).

A educação da pessoa e família/cuidador em DP é bastante abrangente no que respeita aos diferentes conceitos e procedimentos que lhe são inerentes. Partindo

de cada situação particular, torna-se necessário estabelecer uma hierarquia de prioridades relativamente às temáticas que se pretendem ensinar.

Numa determinada situação, a urgência em iniciar DP pode direccionar o ensino para a aprendizagem da técnica manual. Noutras situações, poderá ser preferencial autonomizar a pessoa e família/cuidador nos cuidados com o orifício do catéter e só posteriormente iniciar a aprendizagem da técnica dialítica propriamente dita.

No que respeita ao estabelecimento de prioridades, estão descritos três níveis diferentes no ensino da pessoa e família/cuidador em DP, (Riemann & Casal, 2009; Figueiredo, A. et al 2016):

- 1) Em primeiro lugar, deve ser considerado aquilo que a pessoa e família/cuidador necessita realmente de saber. Incluem-se aqui todas as informações com carácter mandatório, imprescindíveis em termos de autonomia e segurança;
- 2) De seguida, ter-se-á em conta o que a pessoa e família/cuidador deve saber. Trata-se de aprendizagens importantes para o sucesso do tratamento, mas que não são imprescindíveis;
- 3) No final desta hierarquia de prioridades encontra-se o que a pessoa e família/cuidador pode saber. Incluem-se aqui as informações de carácter geral, que complementam as aprendizagens anteriores.

Partindo desta ponderação, será possível diagnosticar as áreas específicas em que o ensino é premente e outras que serão trabalhadas posteriormente.

## 3.5 PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

O planeamento dos cuidados envolve definir objetivos e perspectivar resultados, bem como equacionar possíveis intervenções a concretizar, (Dillon, 2007).

### 3.5.1 DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

No sentido de garantir a realização do tratamento de forma autónoma, confortável e segura, estão identificados objectivos mínimos que deverão ser integralmente atingidos (Figueiredo et al., 2016). Assim, é esperado que, através do programa de ensino, a pessoa e família/cuidador se torne completamente apta a:

- Realizar os procedimentos necessários em segurança, respeitando a assépsia das conexões;
- Reconhecer possíveis contaminações, verbalizando as medidas necessárias a adoptar;
- Identificar alterações no equilíbrio hídrico e sua relação com a tensão arterial;

- Detectar, reportar e gerir potenciais complicações dialíticas, usando os recursos disponíveis;
- Compreender quando e como deverá comunicar com a sua unidade de diálise.

### 3.5.2 CONTEÚDOS DO ENSINO

Para a realização da técnica de forma autónoma e segura, é essencial que o ensino contemple todas as matérias consideradas necessárias, (Thomas, 2014). Este período preparatório inclui a aprendizagem de determinados conceitos, bem como o treino de competências motoras específicas, (Bernardini et al., 2006). Têm sido descritos vários tópicos ou conteúdos que deverão ser introduzidos no programa formal de ensino. Indicam-se, em seguida, de forma adaptada, os que foram descritos pela ISPD, (Bernardini et al., 2006; Thomas 2014; Figueiredo, A. et al, 2016).

- **Introdução ao programa de ensino.** Ao iniciar-se o treino, procurar-se-á estabelecer uma relação de confiança necessária à prossecução dos cuidados. Serão clarificados os objectivos do programa de ensino, tal como os conhecimentos e procedimentos que irão ser trabalhados. Deverá ser acordada a frequência das sessões e perspectivado o início do tratamento ou o momento em que a DP já será realizada de forma independente.

- **Noções gerais de DP.** Ao iniciar a aprendizagem de uma técnica substitutiva, será importante identificar essa necessidade no contexto da DRCT e das manifestações da própria doença. Incluem-se aqui, de forma simplificada, os mecanismos pelos quais se conseguem remover do organismo as toxinas e os fluídos em excesso, com os benefícios daí decorrentes, bem como as noções de infusão, permanência e drenagem. Poderá ser adequado explicar a diferença entre as várias soluções de diálise prescritas.

- **Manutenção da assepsia e prevenção da infecção.** Existem alguns conceitos essenciais à aprendizagem das técnicas de DP. Desta forma, é fundamental que a pessoa e família/cuidador identifique a diferença entre limpo, sujo, estéril, contaminado e infectado. Incluem-se também aqui os ensinamentos relacionados com as técnicas de higienização das mãos e com os cuidados de higiene em geral (higiene corporal e do espaço onde o tratamento vai ser realizado).

- **Procedimentos de DP manual.** Deverão ser ensinados e treinados todos os passos necessários. Partindo do tópico anterior, ao ser familiarizada com o material necessário, a pessoa e família/cuidador já conseguirá compreender, por exemplo, quais as superfícies que não podem ser tocadas e as áreas que, após a correcta higienização das mãos, podem ser manipuladas.

- **Procedimentos de DP automática.** Além do referido no tópico anterior, aplicam-se aspectos específicos. Por exemplo, deverá ser treinada a desconexão de emergência da máquina de diálise e facultado o respectivo material necessário. Deverão também ser abordados os procedimentos a adoptar perante a ocorrência dos principais alarmes, de falha de energia ou de avaria da cicladora. É aconselhável que a pessoa e família/cuidador em DP automática esteja preparada para realizar DP manual e disponha de material para este efeito.

- **Cuidados com o orifício do catéter peritoneal.** Após a cicatrização do orifício e sendo possível o recurso a técnica limpa, poderá ser oportuno autonomizar a pessoa e família/cuidador neste procedimento. Deverá ser enfatizada a correcta avaliação do orifício, o que possibilitará identificar precocemente potenciais problemas, como infecções ou traumatismos.

- **Identificação de complicações.** Durante a aprendizagem das técnicas de DP ou em momentos específicos para o efeito, será necessário ensinar a pessoa e família/cuidador a reconhecer as complicações mais frequentes. Estas poderão ser:

a) Complicações infecciosas, como a peritonite e a infecção do orifício do catéter peritoneal. Incluem-se aqui outras complicações potencialmente infecciosas, como a contaminação acidental ou a fractura do catéter, o traumatismo do local de inserção do catéter e a ruptura das bolsas de diálise ou dos tubos de circulação dos fluídos. A pessoa e família/cuidador deverá também reconhecer a necessidade de realizar medidas profilácticas antes de determinados procedimentos de diagnóstico ou terapêutica, como a colonoscopia ou extrações dentárias.

b) Complicações mecânicas ou não infecciosas, como o pneumoperitoneu, o hemoperitoneu, o aparecimento de fibrina, a disfunção do catéter e as alterações da morfologia abdominal (por eventual hérnia ou fuga de efluente).

Em qualquer dos casos, pretende-se que a pessoa e família/cuidador, além de prevenir possíveis complicações, esteja apta a identificá-las e a intervir de forma adequada em cada uma delas.

- **Realização de medições e registos.** Além de efectuar DP em casa, é esperado que a pessoa e família/cuidador registre alguns dados que permitem avaliar a evolução da respectiva condição de saúde. São exemplo a medição da tensão arterial, da frequência cardíaca, do peso e do volume removido em cada tratamento. Por este motivo, a pessoa e família/cuidador deverá ser instruída a proceder às respectivas avaliações e registos, da forma que se entender mais adequada para cada situação específica.

- **Agendamento de entregas de material de DP e logística associada.** Para a prossecução do tratamento, a pessoa e família/cuidador deve estar familiarizada com as formalidades necessárias à manutenção das entregas de consumíveis.

Incluem-se aqui os procedimentos necessários para o agendamento de entregas em férias. Todos os resíduos resultantes da realização do tratamento deverão ser tratados de acordo com a legislação em vigor.

- **Tratamento medicamentoso da DRC.** Além dos aspectos relacionados com a realização de DP, será necessário assegurar a correcta utilização de toda a medicação prescrita e que poderá incluir: estimuladores da eritropoiese, quelantes de fósforo, suplementos de cálcio e anti-hipertensores. Poderá também ser necessário treinar a pessoa e família/cuidador para a administração de terapêutica intraperitoneal.

- **Alimentação e equilíbrio hídrico.** A pessoa e família/cuidador deverá reconhecer a importância do equilíbrio hídrico e identificar as consequências do consumo excessivo de líquidos, agindo em conformidade. Deverão ser discutidas as práticas alimentares mais adequadas para cada situação específica.

- **Exercício físico e desporto.** Deverá ser incentivada a prática moderada de exercício físico. Em geral, é bastante saudável caminhar trinta minutos por dia. No entanto, cada situação deverá ser analisada em particular. Alguns desportos estão contra-indicados, como os que envolvem contacto físico (dado o risco de traumatismo do orifício do catéter) ou os desportos aquáticos realizados em piscinas (risco de infecção).

- **Sexualidade.** Durante o período de ensino, ou posteriormente, poderá ser necessário discutir questões relacionadas com a alteração da imagem corporal ou com a vivência da sexualidade. A utilização de métodos contraceptivos ou o tratamento da disfunção erétil são preocupações frequentes que não devem ser negligenciadas. Outros aspectos poderão ser considerados.

A ordem pela qual o enfermeiro aborda cada tópico poderá variar de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa e família/cuidador. No entanto, o princípio de transitar do mais simples para o mais complexo, bem como do de menor para o de maior responsabilidade, deverá ser aplicado, (Figueiredo, et al 2016).

### 3.5.3 PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Um programa formal e estruturado é o melhor método de preparar a pessoa e família/cuidador para o autocuidado de uma doença crónica. O processo de aprendizagem não deve consistir na mera transmissão de ideias para memorização, estando recomendada a elaboração de um plano de ensino, (Bernardini et al., 2006). Desta forma, são expectáveis ganhos em termos de abrangência, sistematização e uniformização.

Foi já documentado que a formalização de um programa de ensino em DP está associada à melhoria de resultados que poderão incluir: redução de complicações infecciosas, melhor equilíbrio hídrico, melhor adesão terapêutica e melhor eficácia dialítica, (Hall et al., 2004; Nasso, 2006; Gadola et al., 2013).

Apesar disso, importa considerar que o conteúdo específico de uma intervenção individualizada não pode ser determinado antes da interação enfermeiro-pessoa e família/cuidador, mas desenvolve-se em consequência dessa interação, (Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2008). Desta forma, torna-se necessário proceder à avaliação contínua das estratégias usadas e proceder aos ajustes necessários.

Na elaboração do plano, quatro aspectos deverão ser contemplados: o que se pretende ensinar, como se pretende fazê-lo, qual o resultado esperado e quando se prevê ter esta aprendizagem realizada, (Riemann & Casal, 2009).

Partindo de um inquérito internacional e da literatura já publicada, foi proposto pela ISPD um programa formal de ensino, que deverá ser considerado na elaboração dos planos de cada unidade, (Figueiredo, A. et al, 2016). Ressalva-se que cada local poderá proceder às adaptações decorrentes da sua realidade específica.

Os mesmos autores enfatizam a necessidade de, na educação da pessoa e família/cuidador em DP, se considerarem os seis princípios da educação de adultos de Knowles:

1. **A motivação.** A vontade que a pessoa e família/cuidador tem para aprender deve ser incentivada;
2. **A experiência de vida.** O conhecimento que a pessoa e família/cuidador mobiliza nas sessões de ensino deve ser tido em conta;
3. **Os objectivos.** A finalidade que orienta a aprendizagem deve ser claramente definida;
4. **A relevância.** A importância do que se aprende deve ser reconhecida pela pessoa e família/cuidador;
5. **A prática.** A aplicabilidade das aprendizagens deve ser conseguida com um ensino tão simples e directo quanto possível;
6. **O respeito.** Uma relação de confiança e respeito mútuo deve ser estabelecida durante o processo de aprendizagem.

No decorrer do processo de ensino, o enfermeiro poderá começar por introduzir alguns conceitos e procedimentos, alternando demonstrações com o esclarecimento de dúvidas. A supervisão de procedimentos e o feedback imediato é fundamental.

Na escolha das estratégias de ensino, deverão ser considerados os estilos de aprendizagem preferenciais. Os recursos pedagógicos poderão incluir materiais de fácil leitura, imagens, ilustrações, quadros, vídeos e equipamento para



manuseamento (catéteres, manequins, entre outros). A prática é muito importante. O treino simulado permitirá ganhar confiança antes da pessoa e família/cuidador usar o próprio catéter para efectuar tratamento. A criatividade do enfermeiro possibilitará identificar outras estratégias, especialmente adaptadas a cada situação particular, (Bernardini et al., 2006).

## 3.6 INTERVENÇÃO: IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

Ao implementar o plano previamente estabelecido, avaliam-se os resultados que são atingidos, (Dillon, 2007). Abordam-se de seguida alguns aspectos que contribuem para o sucesso das intervenções.

### 3.6.1 INDIVIDUALIZAÇÃO DO ENSINO

Apesar da intervenção em grupo poder ser uma estratégia a considerar, está recomendada a realização do ensino de forma individual, ou seja, uma pessoa e família/cuidador por cada enfermeiro, (Bernardini et al., 2006).

Deverá ainda ser assegurada a continuidade do mesmo enfermeiro ao longo das várias sessões de ensino. Pretende-se, assim, maior consistência nos processos de comunicação essenciais à aprendizagem. Em cada sessão, a atenção do enfermeiro deverá estar plenamente centrada nos aspectos do treino, (Figueiredo, A. et al 2016).

### 3.6.2 OPTIMIZAÇÃO DO ESPAÇO

A educação da pessoa e família/cuidador em DP poderá ser realizada em contexto hospitalar ou no próprio domicílio, (Figueiredo, A. et al 2016).

Em todo o caso, é indispensável assegurar uma correcta iluminação do espaço e a existência de superfícies de trabalho apropriadas e lavatório. Todo o material necessário, incluindo cadeiras, deverá estar facilmente acessível. Durante as sessões, será prejudicial ocorrerem outras actividades simultaneamente, (Bernardini et al., 2006). Deverão ainda ser minimizadas as demais barreiras ambientais à aprendizagem, já discutidas.

Todas as medidas que garantam a máxima focalização de enfermeiro, pessoa e família/cuidador nos processos de aprendizagem são importantes. Como exemplo, deverão ser evitadas as interrupções causadas por chamadas telefónicas ou movimentos de terceiros na sala.

O domicílio será o local de eleição para a aprendizagem do tratamento, mas também para a verificação e consolidação de conhecimentos e procedimentos.

De facto, tem sido descrita a importância da visita domiciliária. Idealmente realizada pelo enfermeiro responsável pelo programa de ensino, possibilitará identificar e minimizar factores de risco, adaptar o espaço à realização do tratamento, observar os procedimentos aprendidos no hospital e avaliar a adesão terapêutica, (Farina, 2001).

Para a realização dos procedimentos de DP, o espaço deverá estar limpo e fechado. Eventuais aparelhos de ar condicionado ou ventoinhas deverão estar desligados e a presença de animais de estimação deverá ser impedida, (Piraino et al., 2011).

O domicílio como local privilegiado para a realização do treino está já documentado, estando associado à redução das taxas de peritonite, seja nas situações em que é realizado na íntegra no domicílio, (Castro et al., 2002), seja nos casos em que é efectuado como complemento do trabalho decorrido em contexto hospitalar, (Nasso, 2006; Nayak et al., 2007). Uma revisão narrativa da literatura reforçou esta evidência, (Schaepe & Bergjan, 2015).

De acordo com a ISPD, a visita domiciliária deve fazer parte dos cuidados à pessoa e família/cuidador em DP, apesar de não estar definida a sua periodicidade, (Bernardini et al., 2006).

### 3.6.3 DURAÇÃO DO PROGRAMA

A duração do ensino está dependente do cumprimento dos objectivos estabelecidos, (Bernardini et al., 2006).

Têm sido reportados programas de ensino com a duração de 8 a 40 horas. Alguns estudos sugerem que idosos, pessoas com comorbilidade ou com baixo nível educacional parecem ser mais vulneráveis, necessitando de mais tempo para adquirir capacidades de autocuidado e estando mais susceptíveis de desenvolver infecções relacionadas com a DP, (Schaepe & Bergjan, 2015). O enfermeiro responsável pelo programa de ensino deverá considerar estes aspectos, no sentido de antecipar potenciais problemas e assegurar as intervenções necessárias.

Está recomendada a realização do treino em dias consecutivos, devendo ser evitadas interrupções superiores a 48 horas. Em cada dia de ensino, deverão ser realizados intervalos entre as sessões, respeitando o ritmo de aprendizagem. Cada sessão deverá ter uma duração razoável, não superior a 30 minutos, (Figueiredo, A. et. al, 2016).

## 3.7 A AVALIAÇÃO FINAL: O REINÍCIO DO PROCESSO

Para a obtenção dos melhores resultados, torna-se necessário questionar continuamente a efectividade das intervenções realizadas. A avaliação pode ser o ponto de partida para o reinício do processo de enfermagem, (Dillon, 2007).

### 3.7.1 ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

O início autónomo da DP deve ser antecedido por um processo de avaliação que deve validar o cumprimento dos objectivos estabelecidos. Não estão preconizadas estratégias específicas de avaliação.

No decurso do programa de ensino e através da interpelação da pessoa e família/cuidador, será possível avaliar a sua compreensão de conceitos, a capacidade para identificar problemas, bem como a aptidão necessária para adoptar medidas adequadas perante complicações. Todos os procedimentos treinados deverão ser observados até serem realizados de forma adequada. De acordo com as recomendações mais recentes da ISPD, a elaboração e aplicação de um teste (oral ou escrito) não é obrigatória, (Figueiredo, et.al, 2016).

### 3.7.2 O REENSINO E A CONSOLIDAÇÃO DOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

Após o início da DP, importa garantir que todos os procedimentos são continuamente realizados conforme foram ensinados e que a pessoa e família/cuidador permanece apta a gerir os aspectos relacionados com o tratamento.

É fundamental assegurar que os objectivos que validaram o início do tratamento continuam a ser respeitados. Para isso, será determinante identificar eventuais problemas de adesão terapêutica e proceder aos reensinos necessários.

A este nível, um estudo concluiu que, após 33 meses em tratamento, 47% das pessoas em DP necessitavam de reensino. Essa necessidade foi identificada através de um questionário e pela observação de incorrecções na realização de procedimentos, (Russo et al., 2006). Outro estudo concluiu que 6 meses após o início do tratamento, cerca de metade das pessoas em DP ou não lavavam as mãos, ou não verificavam a data de validade das bolsas de diálise, ou não inspecionavam a existência de fugas no equipamento. Cerca de 10% não usavam máscara, (Dong & Chen, 2010).

O reensino é uma oportunidade para prevenir complicações. Deve contemplar a realização de procedimentos, o reconhecimento de situações de quebra da

assépsia e respectivas medidas a adoptar, bem como a identificação de sinais e sintomas de peritonite. Durante o reensino, é também possível identificar o aparecimento de limitações na capacidade funcional (física, cognitiva ou sensorial), porventura inexistentes à data do treino inicial, (Piraino et al., 2011).

De acordo com a ISPD, o reensino deve ser realizado:

- a) de forma periódica, 3 meses após o treino inicial e posteriormente, pelo menos uma vez por ano, (Piraino et al., 2011);
- b) após as seguintes complicações ou intercorrências: peritonite, infecção do orifício do catéter peritoneal, hospitalização prolongada, interrupção temporária da DP, mudança de equipamento (por exemplo para outro fornecedor), alterações da visão, destreza ou cognição, (Li et al., 2016).

Desta forma, promove-se a consolidação dos processos de aprendizagem, mesmo após um treino bem-sucedido ou na ausência de complicações.

# 04

## **DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS**

## 4. DOTAÇÕES SEGURAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A noção de competência caracteriza-se por ser um conceito amplo, sendo por vezes utilizado para designar conhecimentos, aptidões, capacidades, atitudes, tarefas ou saber-fazer. Aparece assim, na maioria das vezes, associada a verbos como agir, mobilizar, aprender, comunicar, comprometer, responsabilizar, educar e apresentar visão estratégica. Assenta no modelo dos saberes: saber-fazer, saber-ser e saber-saber, (Dutra, Fleury & Ruas, 2008).

### 4.1 FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DIÁLISE PERITONEAL

As intervenções de enfermagem à pessoa com DRC em programa de DP são realizadas por titulares da licenciatura em enfermagem ou equivalente legal, com o título profissional de enfermeiro atribuído pela OE, (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Recomenda-se que os serviços/unidades caminhem no sentido de que, tendencialmente, os enfermeiros possuam competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) no geral e em particular na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, 35% dos elementos da equipa.

Em face do contexto específico da intervenção do enfermeiro em Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), nomeadamente a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento dialítico, os cuidados de enfermagem especializados devem ser contínuos, que podem ser oferecidos quer em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário. Incidem sobre a prevenção da doença, a promoção do estilo de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projecto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida, nomeadamente:

- **Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica:**

- Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a detecção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica;
- Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador,

tendo como objectivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica;

- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infecção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;
  - Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica.
- **Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.**
- Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica;
  - Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de actuação;
  - Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de actuação.

Dada a especificidade do contexto de intervenção do enfermeiro, na área específica da nefrologia e particularmente, na execução das técnicas dialíticas, enquanto modalidades de tratamento substitutivo da função renal, propomos ainda em complementaridade as competências adoptadas pela EDTNA/ERCA, (Chamney, 2007):

- Apoiar a pessoa submetida a DP;
- Preparar e iniciar a DP;
- Prestar cuidados específicos à pessoa em DP;
- Promover ensino/educação à pessoa em DP;
- Administrar medicamentos em contexto de cuidados à pessoa em DP;
- Apoiar a pessoa na sua transferência da DP para a HD;
- Demonstrar capacidade de liderança nos cuidados de enfermagem no contexto da DP.

## 4.2 COMPETÊNCIAS DIFERENCIADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA/FAMÍLIA E CUIDADORES EM DIÁLISE PERITONEAL

A formação inicial específica na técnica da DP deve estar de acordo com as normas em vigor e dando resposta à legislação que define os requisitos para o funcionamento das unidades de diálise nomeadamente o Decreto-Lei N° 279/2009.

Recomendamos que a formação do enfermeiro numa unidade de DP deva ser de pelo menos 12 semanas de instrução incluindo um período de 6 a 8 semanas, com supervisão e observação de um enfermeiro especialista com competências

técnico-científicas e pedagógicas em DP. A orientação deve ser realizada por um enfermeiro reconhecido pela organização, como possuindo competências científicas e pedagógicas para o efeito e a sua duração deve ser no mínimo de 420 horas, (Portaria nº347/2013).

Este programa de formação deve incluir duas componentes: uma teórica e outra prática, conforme conteúdos incluídos no **Apêndice A**.

A formação inicial específica na técnica DP deve ser progressivamente assegurada e certificada por uma entidade acreditada para a formação na área de enfermagem. A formação contínua constitui-se como um elemento relevante para o desenvolvimento profissional do enfermeiro. O serviço/unidade deverá ter um papel determinante na persecução deste desiderato, assegurando um processo formativo contínuo através de um departamento de formação e/ou por uma equipa responsável pela formação em serviço. A formação em serviço deverá estar de acordo com os seguintes requisitos:

- A unidade/serviço deve nomear um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica preferencialmente na área de enfermagem da pessoa em situação crónica, responsável pela formação em serviço;
- A formação deve ser assegurada por profissionais qualificados e com competências científicas e pedagógicas;
- A oferta formativa deve decorrer do diagnóstico das necessidades individuais de formação dos enfermeiros;
- A carga horária de formação por enfermeiro deve ser, no mínimo, de 20 horas por ano.

Na prática clínica diária no contexto da unidade de DP, o enfermeiro cuida do indivíduo numa perspectiva holística mantendo a sua atenção centrada nos diferentes domínios da prática profissional, ética e legal, na prestação e gestão de cuidados e no desenvolvimento profissional, individual e colectivo, devendo estar preparado em conhecimentos, competências e habilidades que lhe permitam gerir os problemas de saúde resultantes da DRC, tanto para as próprias pessoas, como para os seus significativos, incluindo as necessidades da comunidade, proporcionando a aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de práticas profissionais avançadas, conducentes à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, com alteração da função renal, incluindo a sua família/cuidador e comunidade. A prática clínica diária no contexto da unidade de DP tem como principais objectivos:

- Informar, preparar, treinar e prestar cuidados assistenciais em contexto de ambulatório e internamento à pessoa em tratamento de DP nas suas diferentes modalidades;
- Promover a educação/sensibilização da pessoa, prevenindo complicações e optimizando o tratamento;



- Organizar, desenvolver e colaborar em investigações como contributo para o desenvolvimento da enfermagem;
- Efectuar de forma sistemática, a colheita de dados e a formulação do plano de cuidados; definir e estabelecer prioridades; identificar os resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos; documentar o plano de cuidados; implementar e documentar a implementação das intervenções de enfermagem; avaliar e documentar a evolução; utilizar os dados da avaliação para alterar o plano de cuidados; comunicar informações relevantes garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem.

### 4.3 PLANO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM DIÁLISE PERITONEAL

A EDTNA/ERCA (2016) definiu linhas orientadoras, a ter em conta na aquisição de competências dos enfermeiros que trabalham nesta área específica:

- Deter conhecimentos específicos relacionados com a técnica de DP, como por exemplo, diferentes modalidades, procedimentos associados, adequação de diálise;
- Informar, incentivar e treinar a pessoa e/ou família na autogestão na CAPD e na DPA;
- Preparar a pessoa para realizar diálise domiciliária com segurança e conforto.

Tudo isto requer que o formador desenvolva novas habilidades e entenda as complexidades da aprendizagem de pessoas urémicas adultas consignando-se como uma componente central de um programa de DP bem-sucedido.

A formação da pessoa em DP deve ser feita de acordo com as diferentes áreas de competência clínica. O enfermeiro assume um papel fundamental neste processo, devendo ter boa capacidade de comunicação, ser inovador e consistente e acreditar firmemente no autocuidado da pessoa.

### 4.4 DOTAÇÕES DE ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE DIÁLISE PERITONEAL

O cálculo das dotações seguras em pessoal de Enfermagem deve obedecer à «Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem», aprovada pela Ordem dos Enfermeiros. De acordo com a mesma norma, «o número de enfermeiros por unidade de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as actividades de Enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas». Deve ser ponderado o cálculo do «número de enfermeiros para

tratamento de doentes com necessidades especiais, nomeadamente portadores de doenças infectocontagiosas, de acordo com a legislação em vigor».

- Cada unidade deverá ter no mínimo um enfermeiro especialista na área da médico-cirúrgica, preferencialmente na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
- Devem existir políticas orientadoras claras sobre a definição do número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, recorrendo preferencialmente a indicadores sensíveis à carga de trabalho do enfermeiro, e resultados associados aos cuidados de enfermagem ajustados a este contexto clínico.
- Não existindo evidência documentada, recomenda-se o acréscimo de um enfermeiro por cada 25 doentes adicionais do programa da unidade, sendo que o número mínimo de enfermeiros do programa não pode ser inferior a dois.

# 05

## **INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

## 5. INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A excelência do exercício profissional dos enfermeiros é considerada como um dos factores que contribui para a qualidade em saúde. A informação resultante dos cuidados de enfermagem e a sua correcta gestão permitem avaliar os ganhos em saúde para a população, (Ferreira e Amendoeira, 2015).

No Sistema de Saúde tem surgido a preocupação em compreender a contribuição dos enfermeiros no processo de trabalho que é esperado para melhorar o desempenho, reduzir os custos e otimizar os resultados do atendimento à pessoa em situação de doença crónica.

Na diálise peritoneal, existem indicadores que são reconhecidos nacionalmente e internacionalmente e maioritariamente estão relacionados com indicadores clínicos, como a eficácia dialítica e as infecções relacionadas com o acesso peritoneal, (Ordem dos Médicos, 2017). O grande desafio para o grupo de trabalho foi definir os indicadores de qualidade para o contexto da prática de cuidados de enfermagem à pessoa em DP, de modo a evidenciá-los e compreender a sua influência na saúde das populações.

Os indicadores de qualidade de enfermagem reflectem a forma como os enfermeiros contribuem para a saúde da população e como planeiam, actuam e avaliam a sua acção profissional e processo de decisão autónoma. A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem tem de conseguir responder à complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e muitas vezes, intangibilidade, dos cuidados, além de superar a sua dependência contextual e influência interactiva da estrutura, do processo e dos resultados de todo o projecto de cuidados, (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

No geral, existem três formas principais que os indicadores podem ser usados para avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem:

- Os indicadores podem ser usados para fins de melhoria da qualidade em configurações aplicadas para monitorizar o desempenho e o progresso e para apoiar a tomada de decisões baseada em evidências.
- Os indicadores podem ser usados para apoiar uma análise política informada relacionada aos requisitos regulatórios ou de credenciamento, ao desenvolvimento da força de trabalho e ao reembolso.

- Os indicadores podem ser usados para pesquisar o papel do cuidado de enfermagem na determinação dos resultados de segurança da pessoa examinando as relações estrutura-resultado, processo-resultado e estrutura-processo-resultado.

Por outra forma, os indicadores devem contemplar **a estrutura** (medir aspectos relativos aos recursos materiais disponíveis para a assistência, os recursos humanos e as características organizacionais), **o processo** (referente à prestação de cuidados) e **os resultados** (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem), (OE, 2007a; Pereira, 2009).

O enfermeiro especialista é o profissional mais capacitado para o acompanhamento deste tipo de informação produzida, pela acção dinamizadora no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas e também porque deve envolver-se em projectos institucionais na área da avaliação da qualidade dos cuidados em enfermagem. Cuidados de enfermagem de excelência traduzem-se em ganhos de saúde para as populações.

## **I – Estrutura**

Sem prejuízo da produção de outros, definimos os tipos de indicadores nesta componente da forma de seguida descrita.

### **E1 – Presença de instrumento de avaliação da satisfação da pessoa / família**

**Definição:** Adoptar a definição da escala a utilizar.

### **E2 – Total de horas de cuidados de enfermagem, por dia, por pessoa em DP**

**Definição:** Consiste no número de horas de cuidados de enfermagem que efectivamente foram prestados em cada dia a cada pessoa em programa de DP. Excluem-se os tempos regulamentares legalmente estipulados dos profissionais.

### **E3 – Taxa de combinação de pessoal de enfermagem**

**Definição:** Consiste na determinação da adequada combinação de recursos humanos (enfermeiros com diferentes níveis de competências e de necessidades de supervisão) nas equipas em cada turno.

### **E4 – Satisfação da pessoa em DP com as informações de enfermagem recebidas**

**Definição:** Adoptar a definição da escala a utilizar.

## **II – Processo**

Os indicadores ora apresentados não pretendem ser tão pouco exclusivos, pelo que podem e devem ser produzidos outros de forma a completar o conhecimento.

## **P1 – Gestão dos recursos materiais a utilizar na pessoa em DP**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de casos documentado de alteração no fluxo de actividade de reposição de materiais e o universo do fluxo de actividade de reposição de materiais, em ambos os casos em pessoas em DP.

## **P2 – Taxa de efectividade diagnóstica do risco em pessoas em DP**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de casos que desenvolveram determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, no mesmo período de tempo, em ambos os casos em pessoas em DP.

## **III – Resultados**

Consideram-se os seguintes indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

### **R1 – Taxa de efectividade de higiene pessoal**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de casos que apresentam alteração no padrão higiene pessoal previamente documentado e o universo de pessoas em programa de DP, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentage no mesmo período temporal.

### **R2 – Taxa de incidência da exteriorização de catéter peritoneal**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de pessoas com exteriorização do catéter peritoneal e o universo de pessoas com catéter peritoneal que em ambas as situações estejam integrados num programa de DP, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentage, no mesmo período temporal.

### **R3 – Taxa de Infecção do Orifício de Saída do catéter (IOS)**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total episódios de IOS documentados em pessoas com catéter peritoneal inseridas num programa de DP e o universo de pessoas com catéter peritoneal inseridas num programa de DP, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentage, no mesmo período temporal.

### **R4 – Taxa de Peritonites**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de peritonites documentadas em pessoas com catéter peritoneal inseridas num programa de DP e o universo de pessoas com catéter peritoneal inseridas num programa de DP, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentage, no mesmo período temporal.

### **R5 – Índice de satisfação das pessoas em programa de DP**

**Definição:** Consiste na avaliação por instrumento de recolha de informação com

uma estrutura que tem por base um modelo de satisfação da pessoa compatível com o ACSI – American Consumer Satisfaction Index.

#### **R6 – Taxa de prevalência de complicações da pessoa em DP**

**Definição:** consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de determinado foco/complicação durante um determinado período ou momento de tempo e o universo de pessoas nesse período em ambos os casos em programa de DP, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentagem.

#### **R7 – Taxa de efectividade na prevenção de complicações da pessoa em DP**

**Definição:** consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada e o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, no mesmo período de tempo, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentagem, em ambos os casos na população de pessoas em DP.

#### **R8 – Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais) da pessoa em DP**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas e o universo dos que apresentaram este fenómeno/diagnóstico, no mesmo período temporal, em ambos os casos na população de pessoas em DP.

#### **R9 – Taxa de consultas de enfermagem agendadas e não realizadas por falta da pessoa em DP**

**Definição:** Consiste na relação entre o número de consultas de enfermagem agendadas e não realizadas por falta da pessoa em DP e o número de consultas de enfermagem agendadas, no mesmo período temporal, que quando multiplicado por 100 devolve um valor em percentagem. A consulta de enfermagem deve conter pelo menos um novo [diagnóstico de enfermagem] e o registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem]. Em alternativa devem conter pelo menos um [diagnóstico de enfermagem] activo e pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem].

#### **R10 – Taxa de adesão à técnica de DP**

**Definição:** Consiste na relação entre o número total de casos de não execução de sessões da técnica dialítica e o número total previsto de sessões de técnica dialítica previstas, para o mesmo indivíduo em programa de DP, no mesmo período temporal, que quando multiplicado por 100 devolva um valor em percentagem.

Os enfermeiros desempenham um papel central no atendimento direto à pessoa e na vigilância de segurança da prestação de cuidados. Esse papel sugere a necessidade de consenso sobre um conjunto básico de medidas que podem ser usadas para monitorizar as práticas seguras e orientar as decisões de alocação de recursos que afetam os resultados das pessoas em nosso sistema de saúde.

Consideramos que os indicadores apresentados são os mínimos necessários para obter uma compreensão por um lado da monitorização da prática de enfermagem quando são feitas mudanças no processo de cuidado e por outro na monitorização dos relacionamentos entre os resultados de estrutura, resultado de processo e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Guia Orientador de Boas Práticas pretende registrar as linhas fundamentais do exercício prático da enfermagem no âmbito da diálise peritoneal. Por si só será sempre um produto inacabado embora seja fruto do que existe publicado até ao momento da sua publicação, é pela sua condição temporal um documento sujeito a actualizações.

A diálise peritoneal (DP) é uma terapia de substituição renal válida, incorporada num programa global de tratamento integrado para pessoas com doença renal em estágio terminal. Apesar disso, a DP ainda não foi estabelecida como uma modalidade de diálise de longo prazo.

Este manual prático oferece uma actualização de conteúdos técnicos, bem como informações detalhadas sobre praticamente todos os aspectos clínicos e patofisiológicos da DP num formato de fácil acesso e explica as complexidades da DP de forma clara, mas ainda assim científica e abrangente.

O nível de assistência necessário para apoiar adequadamente as pessoas em DP e suas famílias é altamente variável. As pessoas sempre exigem o número máximo de visitas e o apoio pode ser temporário. Foi aqui esboçado várias considerações logísticas importantes ao iniciar um programa de DP. Programas bem-sucedidos precisam desenvolver um processo rigoroso para identificar os candidatos apropriados, treinar e monitorizar uma massa crítica de enfermeiros e acompanhar os resultados das pessoas tratadas com essa forma de terapia.

Relativamente aos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que se pretende é que sejam entendidos como medidas usadas para ajudar a diagnosticar uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências ao longo de um período de tempo e avaliar qualitativamente e quantitativamente as ações de saúde. Pretende-se que a gestão da informação assistencial seja uma parte importante dos processos de gestão da qualidade do cuidado, pois depende e impacta em todas as atividades desenvolvidas nas instituições de saúde.

Este Guia Orientador de Boas Práticas acolheu os contributos dos enfermeiros peritos nomeados a par das orientações técnicas normativas emitidas pelas entidades competentes para o efeito. Só o contributo de todos os peritos da área na actualização e revisão deste Guia permitirá o desenvolvimento de uma ferramenta completa para o desenvolvimento de uma área de enfermagem assente no cuidado humano baseado na evidência científica, contribuindo para os ganhos em saúde das nossas populações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arduan, A.O. & Riviera, M.T., (2006). **A diálise Peritoneal no Tratamento integrado da Insuficiência Renal Crônica.** In: Coronel, F. [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal.* Edições Médicas; Revisfarma. p.51-54.

Ash S. & Daugirdas, J., (2003). **Dispositivos para Acesso Peritoneal.** In: Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Ing, T.S. *Manual de Diálise.* 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A.p.318- 342.

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (2011). *Diálise Peritoneal. Manual para Enfermeiros.* 1ª edição. 2011. Leça do Balio, Porto. Portugal.

Ballerini L, Paris V. Nosology (2006). When the learner is a patient with chronic renal failure. *Kidney Int Suppl.*;(103):S122-S126. doi:10.1038/sj.ki.5001928.

Banasco, VP; Utiel, FB; Barrio, PP & Canada, AL., (2006). **Soluções de Diálise Peritoneal.** In: Coronel, F. [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal.* Edições Médicas, 2006; Revisfarma, p.69-76.

Bargman, J.M., (2008). **Complicações Mecânicas em diálise peritoneal.** In: Daugirdas, J.T. [et al.] *Manual de Diálise.* 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A. p.405-410.

Bernardini J, Price V, Figueiredo A. (2006). ISPD Guidelines/Recommendations: Peritoneal dialysis training. *Perit Dial Int.* ;26(May):625-632.

Blake, Peter G. & Daugirdas, John T., (2008). **Fisiologia da diálise peritoneal.** In: Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Ing, T.S. *Manual de Diálise.* 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A.p.299- 311.

Briggs, VR, Jaques RM, Fortheringham J, Andras A, Campbell M & wilkie ME. (2017). **Catheter insertion techniques for improving catheter function and clinical outcomes in peritoneal dialysis patients.** *Cochrane Database of systematic Reviews 2017.* N° 1. Art.nº CD012478. DOI:10.1002/14651858.

Brito, M.A.C., (2012). **A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado.** Tese de Doutorado. Universidade Católica Portuguesa.

Brown, EA; Bargman, J; Biesen, WV; Chang, M-Y; Finkelstein, FO; Hurst, H; Johnson, DW; Kawanishi, H; Lambie, M; de Moraes, TP; Morelle, J & Woodrow, G (2017). **Length of time on Peritoneal Dialysis and encapsulating peritoneal sclerosis-position paper for ISPD: 2017 update.** *Peritoneal Dialysis International.* Vol.37, nº 6.p.362-374.

Campbell, DJ; Craig, JC; Mudge, DW, Brown, FG; Wong, G & Tong, A (2016). **Patient's perspective on the prevention and treatment of peritonitis in peritoneal dialysis: a semi-structured interview study.** *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 4.p.631:639.

Campos, CT, (2006). **Complicações Infecciosas em Diálise Peritoneal.** In: Coronel, Francisco [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal Edições Médicas*, Revisfarma.p.345-350.

Castellanos, LB; Clemente, EP; Cabanas, CB; Parra, DM; Contador, MB; Morera, JCO & Daly, JA. (2017). clinical **Relevance of intraperitoneal pressure in peritoneal dialysis patients.** *Peritoneal Dialysis International*. Vol.37, nº 5.p.562:567.

Chamney, MJ, (2007). **Competency Framework.** EDTNA/ERCA. Education Board of EDTNA/ERCA and ENRCA.

Chow, K. M., & Li, P. K.-T. (2007). Peritoneal Dialysis-Related Peritonitis: Can We Predict It? *The International Journal of Artificial Organs*, 30(9), 771–777. <https://doi.org/10.1177/039139880703000905>.

Claudio Ronco & Rinaldo Bellomo & John Kellum & Zaccaria Ricci (2019). **Critical Care Nephrology**, 3ª Ed, Philadelphia, Elsevier.

Coronel, F. [et al.] (2005). **Guías de Prática Clínica en Diálisis Peritoneal.** Sociedad Espanola de Nefrologia. Recuperado de [http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas\\_de\\_dilisis\\_peritoneal.pdf?check\\_idfile=1173](http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas_de_dilisis_peritoneal.pdf?check_idfile=1173).

De la Torre, SS, (2006). Complicações Mecânicas em Diálise Peritoneal. In: Coronel, Francisco [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal Edições Médicas*, Revisfarma.p.335-343.

Decreto-Lei n.º 279/2009. Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de outubro de 2009.

Despacho n.º 14 391/2001. **Aprova o Manual de Boas práticas de Hemodiálise.** *Diário da República*, 2ª série, nº 158, 10 de Julho de 2001.

Dias, Gisele B. et al. **Revisando a noção de competência na produção científica em administração: avanços e limites.** In: Dutra, Joel Souza; Fleury, Maria Tereza Leme; Ruas, Roberto. In: *Competências: conceitos, métodos e experiências*. São Paulo: Atlas, 2008.

Díaz, NV; Palop, FH; Samper, RG & Cubillo, LP. (2006). **Diálise Peritoneal Automatizada.** In: Coronel, F. [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Edições Médicas, 2006; Revisfarma, p.69-76.

Dillon P. (2007). *Nursing Health Assessment: A Critical Thinking Case Studies Approach*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Direção Geral de Saúde (2012). Norma nº 017/2011 de 28 de Setembro de 2011 - **Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5**. Recuperado de <https://www.dgs.pt/?cr=21155>.

Direção Geral Saúde, (2010). **Orientação de boa prática para a Higiene das mãos nas unidades de saúde**. Nº 13/DQS/DSD. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-de-14062010.aspx>.

Dong J, Chen Y. (2010). Impact of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. *Perit Dial Int*;30(4):440-447. doi:10.3747/pdi.2009.00117.

Dutra, JS; Fleury, MTL; Ruas, R – **Competências. Conceitos, métodos e experiências**. Editora Atlas, 2008.

Dutra, JS; Fleury, MTL; Ruas, R. (2008). *Competências. Conceitos, métodos e experiências*. Editora Atlas.

EDTNA/ERCA (2016). **500 Questions and Answers about Peritoneal Dialysis - A Guide to Clinical Practice**. <https://www.edtnaerca.org/>.

EDTNA/ERCA. (2007). Competency Framework. Retrieved from <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>.

EDTNA/ERCA. *Nephrology Nurse Profile*; (1999). <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>.

European Best Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis. (2005). Recuperado de <http://www.european-renal-best-practice.org/content/ebpg-european-best-practice-guidelines-documents>.

Ferreira, R & Amendoeira, J., (2015). **Resultados sensíveis em Enfermagem. Modelo de avaliação da qualidade dos cuidados**. Revista UIIPS 3(5). pp396-407.

Figueiredo AE, Moraes TP de, Bernardini J, et al. (2015). Impact of patient training patterns on peritonitis rates in a large national cohort study. *Nephrol Dial Transplant*;30(1):137-142. doi:10.1093/ndt/gfu286.

Figueiredo, A., Goh, B-L, Jenkins, S., Johnson, D., Mactier, R., Ramalakshmi, S., Shrestha, B., Struijk, D. & Wilkie, M. (2010). **Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Access**. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.30,p.424-429. DOI:10.3471/pdi.2010.00087.

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

Fleming N, Baume D. Learning styles again. (2006). VARKing up the right tree! *Educ Dev.*;7(4):4-7.

Freire, L.B.V., (2015). **Autocuidado e cuidado de Dependente em Dialise Peritoneal Ambulatorial Contínua: um estudo da teoria de Orem.** Tese de Mestrado. Universidade de Brasília- Faculdade de Ciências da Saúde.

Giuliani, A.; Karopadi, AN; Prieto-Velasco, M; Manani, SM; Crepaldi, C & Ronco, C., (2017). **Worldwide experiences with assisted peritoneal dialysis.** *Peritoneal Dialysis International.* Vol.37, nº 5.p.503:508.

Hall G, Bogan A, Dreis S, et al. (2004). New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrol Nurs J J Am Nephrol Nurses' Assoc.*;31(2):149.

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

ICN, Conselho Internacional de Enfermeiros, (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* - CIPE: Versão 2. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

Im, E.O. – **Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing.** *Nursing Outlook.* Vol. 59, n.º 5, 2011, p. 278-285.

International Council of Nurses, (2018). **Enfermeiros: uma voz para liderar – A saúde é um direito Humano; Dia internacional do Enfermeiro 2018.** Revisão Conselho de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2018.pdf).

Jenkins K, Mahon A, eds. (2008). *Chronic Kidney Disease: A Guide to Clinical Practise.* EDTNA/ERCA.

Jiao, Yinghui; Gao, Shuxia & Song, Aijun, (2017). **Continuity of care for quality of life and clinical outcomes in patients with peritoneal dialysis.** *Int J Clin Exp Med.* 10(2).p.16586-16594.

King,K.- **Educational factors affecting modality selection: a National Kidney Foundation study.** EDTNA ERCA J. 1998;24:27-9.

Kralik, D.; Visentin, K.; Loon, A. – **Transitions: a literature review.** *Journal of Advanced Nursing.* Vol. 55, n.º 3, 2006, p. 320-329.

Kumar, Victoria, (2017). **The importance of continuous Quality Improvement in peritoneal dialysis unit.** *Peritoneal Dialysis International.* Vol.37, nº 2.p.131:133.

Li PK-T, Law MC, Chow KM, et al. (2007). Good patient and technique survival in elderly patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*; 27 Suppl 2:S196-201. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=17556304>.

Li, PK-T, Szeto, CC; Piraino, B; Arteaga, J; Figueiredo, A; Fish, D; Goffin, E; Kim, Y-L; Salzer, W; Struijk, DG; Teitelbaum, I & Johnson, D. (2016). **ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment.** *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 5.p.481:508.

Macário, F., Filipe, R., Carvalho, M., Galvão, A., Amoedo, M., Lopes, J. & Silva, G., (2018). **Gabinete de registo da doença renal crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Tratamento substitutivo renal da doença renal crónica em Portugal, 2017.** Recuperado de [http://www.bbg01.com/cdn/rsc/spnefro/gabreg/305/REGISTRY2017\\_site.pdf](http://www.bbg01.com/cdn/rsc/spnefro/gabreg/305/REGISTRY2017_site.pdf).

Marques, F., (2011). **Anatomo-fisiologia do peritoneu.** In: Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. **Diálise Peritoneal. Manual para Enfermeiros.** Leça do Balio, Porto. Portugal. p.58-87.

Meleis, A (ed) –**Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice.** New York: Springer Publishing Co, 2010.

Meleis, A.I. Saweyr, L.M; Im, E.O.; Hilfinger Messeias, D.K.; Schumacher, K. – **Experiencing transitions: An emerging middle range theory.** *Advances in Nursing Sciences*. Vol. 23, n.º 1, 2000, p.12-28.

Meleis, A.I.; Trangenstein, P.A. - **Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission.** *Nursing Outlook*. Vol. 42, n.º 6, 1994, p. 255-259.

Mushahar, L; Mei, LW; Yusuf, WS; Sivathasan, S; Kamaruddin, N & Idzham, NJM, (2017). **Exit-site dressing and infection in peritoneal dialysis: a randomized controlled pilot trial.***Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 2.p.135:139.

Nayak, K S [et al.] (2016).**Telemedicine and remote monitoring:supporting the patient on peritoneal dialysis.** *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 4.p.362:366.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – **Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem.** Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. nº13 (Julho,2004).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.** Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2001). **Padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2001. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt).

Ordem dos Enfermeiros, (2007a). **Sistemas de Informação em Enfermagem. Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde**. Ordem dos Enfermeiros, Outubro de 2007. Recuperado de <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>.

Ordem dos enfermeiros, (2017). **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento\\_comptcespecfmedicocirurgica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf).

Ordem dos Médicos (2017). **Manual de boas práticas de diálise crónica da Ordem dos Médicos**. Recuperado de [http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas\\_Praticas\\_de\\_Dialise\\_Cr%C3%B3nica\\_OM\\_2017.pdf](http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf).

Orem, D. E- **Nursing- concepts of practice**. 6ª. ed. Missouri: Mosby, 2001. 542 p. ISBN 0323-00864-X.

Orem, D.E. -**Nursing concepts of practice**. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1991.

Páez, MC & Palma, A., (2006). **Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória: realização e indicações**. In: Coronel, F. [et al.] *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Edições Médicas, 2006; Revisfarma, p.55-58.

Payton, J. (2016). **The Role of Nephrology Nurses in the selection of the Peritoneal Dialysis catheter and exit site location**. *Nephrology Nursing Journal*, (43)3, 265-267.

PEREIRA, Filipe (2009) – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau. ISBN 9789898269065.

Perl, J; Davies, SJ; Lambie, M; Ronald, LP; McCullough, K; Johnson, DW; Sloand, JA; Prichard, S; Kawanishi; Tentori, F & Robinson, BM (2016). **The peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study (PDOPPS): Unifying efforts to inform practice and improve global outcomes in peritoneal dialysis**. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, nº 3.p.297:307.

Petersson, I. & Lennerling, A. (2017). **Experiences of living with assisted peritoneal dialysis – a qualitative study**. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.37, nº 6.p.605:612.

Piccoli, G.B; MEZZA, E; IADAROLA, A.M; Bechis, F; Anania, P; Vishi, M; Iacuzzo, C; Gai, M; Martino, B; Garofletti, Y; Giraudo, G; Jeantet, A; Segoloni, G.P.- **Education asa clinical tool for self-dialysis**. *ADV PERIT DIAL* 2000;16: 186-90.



Pina, C., (2011). **Visita Domiciliária**. In: Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação. *Manual de Diálise Peritoneal para Enfermeiros*. Leça do Balio, 2011.p.91-100.

Piraino B, Bernardini J, Brown E, et al. (2011). ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. *Perit Dial Int.*,31(6):614-630. doi:10.3747/pdi.2011.00057.

Portaria nº 207/2017 de 11 de Julho. *Diário da República*, 1ª série- nº 132, 11 de Julho de 2017. **Aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde**. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/107669157/details/maximized>.

Portaria nº 347. **Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade das unidades privadas de diálise que prossigam actividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporal afins ou de diálise peritoneal crónica**. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 231 — 28 de novembro de 2013.

Portaria nº 347/2013 de 28 de novembro (2013). **Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade das unidades privadas de diálise que prossigam actividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporal afins ou de diálise peritoneal crónica**. *Diário da República*, 1.ª série, Nº 231 de 28 de Novembro de 2013. Pág. 6594-6605. Recuperado de [http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0AD8211A-C648-4C23-BBE3-8B983D0F1EDA/37406/Portaria347\\_2009.pdf](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0AD8211A-C648-4C23-BBE3-8B983D0F1EDA/37406/Portaria347_2009.pdf).

Regulamento nº 122/2011. **Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista**. *Diário da República*, 2ª série – nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf).

Regulamento nº 429/2018. **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica**. *Diário da República*, Série II, 2018-07-16. Recuperado de: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>.

Regulamento nº 533/2014. **Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem**. *Diário da República*, 2ª série nº 233 de 2 Dezembro de 2014. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/60651797>.

Riemann A, Casal MC, eds (2009). *Peritoneal Dialysis: A Guide to Clinical Practise*. EDTNA/ERCA.

Schaepe C, Bergjan M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*;52(4):882-898. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009.

Schumacher, K. L. and Meleis, A. I. (1994), **Transitions: A Central Concept in Nursing**. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26: 119-127. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x.

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, n° 2.p.141:154.

Tavares, Maria A. (2012). **A (re)construção da mudança. Viver em Diálise Peritoneal**. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt>.

Thomas N. (2014). *Renal Nursing*. 4th ed. Hoboken: Wiley Blackwell.

Torgal ,C.M.L.- **A intervenção do enfermeiro no ensino da Pessoa em diálise peritoneal**. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa:2016.

Verger C, Duman M, Durand P-Y, Veniez G, Fabre E, Ryckelynck J-P. (2007). Influence of autonomy and type of home assistance on the prevention of peritonitis in assisted automated peritoneal dialysis patients. An analysis of data from the French Language Peritoneal Dialysis Registry. *Nephrol Dial Transplant*;22(4):1218-1223. doi:10.1093/ndt/gfl760.

Wang, H-H; Hung, S-Y; Chang, M-Y; Lee, Y-C; Lin, H-F; Lin, T-M, et al (2017). **Bacterial colonization patterns in daily chlorhexidine care at the exit site in peritoneal dialysis patients – A prospective, randomized controlled trial**. PLoS ONE 12(10):e0184859. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0184859&type=printable>.

Watske, S. & Struijck, D., (2009). **Basics of Peritoneal Dialysis**. In: Rieman, A. e Casal, M. C. *Peritoneal Dialysis – A guide to clinical Practice – EDTNA/ERCA*. 1ª edição. Switzerland.p.25-39.

WHO (2003). **Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action**. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/).

Wong, P-N; Tong, GMW; Wong, Y-Y; Lo, K-Y; Chan, S-F; Lo, M-W; Lo, K-C, Ho, L-Y; Tse, CWS; Mak, S-K & Wong, AKM, (2016). **Alternating Mupirucin/ Gentamicin is associated with increased risk of fungal peritonitis as compared with gentamicin alone – results of a randomized open-label controlled trial**. *Peritoneal Dialysis International*. Vol.36, n° 3.p.340:346.

Yang Z, Xu R, Zhuo M, Dong J. (2012). Advanced nursing experience is beneficial for lowering the peritonitis rate in patients on peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*; 32(1):60-66. doi:10.3747/pdi.2010.00208.

Yap, Desmond & Yip, Terence, (2016). **Diagnosis and Management of exit site Infection in Peritoneal Dialysis Patients**. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5772/63769>.

Zhang L, Hawley CM, Johnson DW. (2015). Focus on peritoneal dialysis training: working to decrease peritonitis rates. *Nephrol Dial Transplant:gf403*. doi:10.1093/ndt/gfu403.

# APÊNDICE A - PLANO DE FORMAÇÃO ENFERMEIROS EM DIÁLISE PERITONEAL

PROGRAMA DE FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS DE NEFROLOGIA SOBRE A TÉCNICA DE DIÁLISE PERITONEAL (DP).

Tipologia	Conteúdos/Áreas temáticas
Componente teórica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação de pessoas para diálise peritoneal crónica e selecção de modalidade</li><li>• Manifestações clínicas e diagnóstico de peritonite em diálise peritoneal</li><li>• Peritonite fúngica na diálise peritoneal</li><li>• Indicações para o início da diálise na doença renal crónica</li><li>• Microbiologia e terapia de peritonite em diálise peritoneal</li><li>• Modalidades para o diagnóstico de defeitos abdominais e da cavidade torácica em pacientes em diálise peritoneal</li><li>• Complicações não infecciosas de diálise peritoneal contínua</li><li>• Complicações não infecciosas de catéteres de diálise peritoneal</li><li>• Factores de risco e prevenção de peritonite na diálise peritoneal</li><li>• Colocação e manutenção do catéter de diálise peritoneal</li><li>• Solutos na diálise peritoneal</li><li>• Infecções do túnel e do local de saída do catéter peritoneal na diálise peritoneal</li><li>• Hérnias abdominais em diálise peritoneal contínua</li><li>• Gestão de regime terapêutico</li><li>• Programas de educação da pessoa / cuidador com DRC</li></ul>
Componente prática	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preparação dos diferentes equipamentos para a realização da DP</li><li>• Cuidados antes de iniciar a sessão de DP</li><li>• Ligar/conectar a pessoa ao equipamento e iniciar a sessão de DP</li><li>• Monitorizar o curso de uma sessão de DP</li><li>• Resolução de incidentes durante o tratamento</li><li>• Desligar/concluir a sessão de DP</li><li>• Administração de terapêutica Intraperitoneal;</li><li>• Avaliação de parâmetros fisiológicos e da situação da pessoa</li><li>• Colheita de produtos para análise em DP</li><li>• Registos relativos ao tratamento e aos incidentes durante o tratamento</li><li>• Comunicação e educação da pessoa com DRC durante a sessão de DP.</li></ul>

**1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE NEFROLOGIA EM DIÁLISE PERITONEAL**

Descrição da competência	Critérios de avaliação
<p>Esta competência revela a forma como se trabalha com a pessoa com DRC em programa de DP. Inclui as diferentes etapas de uma sessão típica de DP:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifica todo o material para DP e os componentes da máquina de DP;</li> <li>b) Testa o funcionamento da máquina de DP para garantir a segurança do tratamento;</li> <li>c) Monta o equipamento necessário para uma sessão de DP, de acordo com as orientações do fabricante;</li> <li>d) Conhece as diferentes soluções para DP;</li> <li>e) Compreende os princípios de DP;</li> <li>f) Compreende o conceito de peso seco;</li> <li>g) Consulta os registos da pessoa e o plano de DP;</li> <li>h) Utiliza a solução de DP correcta;</li> <li>i) Avalia o peso e os sinais vitais antes de iniciar o tratamento, comunicando ao clínico da equipa multidisciplinar os dados anormais;</li> <li>j) Demonstra conhecimento e capacidades no cuidado à pessoa antes e após a inserção do catéter de Tenckhoff;</li> <li>k) Demonstra conhecimento e capacidades de avaliação e de realização do penso da ferida;</li> <li>l) Comunica abertamente com a pessoa para ouvir quaisquer preocupações ou preferências em relação à DP;</li> <li>m) Avalia com precisão o volume e características do ultrafiltrado;</li> <li>n) É capaz de discutir e implementar diferentes técnicas com base na avaliação da pessoa;</li> <li>o) Identifica contra-indicações para o tratamento e sugere medidas para as resolver; Elabora registos precisos, com informação e conselhos dados e as intervenções tomadas</li> </ul>

## 2. PREPARAR E INICIAR A DP

Descrição da competência	Critérios de avaliação
<p>Esta competência refere-se à preparação, ao início e à monitorização da diálise peritoneal. Inclui a DPCA e a DPA em todas as suas formas.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Mantém a dignidade da pessoa;</li><li>b) Identifica o tipo de catéter peritoneal;</li><li>c) Prepara o material para o tratamento;</li><li>d) Inicia o tratamento, utilizando técnica asséptica conforme protocolo da unidade;</li><li>e) Reconhece os sinais e sintomas de infecção e toma as medidas adequadas;</li><li>f) Adota as medidas de prevenção e controlo de infecção prescritas (asepsia; equipamento de protecção individual);</li><li>g) Demonstra conhecimento sobre a peritonite e suas causas;</li><li>h) Demonstra habilidade para recolha de amostras para exames complementares de diagnóstico, nomeadamente o TEP;</li><li>i) Informa a pessoa das actividades que estão a ser realizadas, satisfazendo a sua necessidade de informação e preocupações.</li></ul>

### 3. PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS À PESSOA EM DP;

Descrição da competência	Critérios de avaliação
<p>Esta competência refere-se aspectos adicionais que a pessoa possa necessitar no seu cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Demonstra conhecimento sobre a educação à pessoa acerca dos cuidados com o catéter peritoneal;</li><li>b) Envolve a pessoa no tratamento, respeitando os seus desejos;</li><li>c) Demonstra conhecimento dos parâmetros da máquina de DP e toma as medidas apropriadas;</li><li>a) Reconhece as complicações da DP (hipotensão, câibras, dor, circuito obstruído, desconforto, entre outros) e actua adequadamente;</li><li>b) Interpreta correctamente os alarmes da máquina de DP e toma as medidas adequadas;</li><li>c) Actua se o fluxo de e para a cavidade peritoneal não está dentro dos limites de orientação e reporta ao responsável da equipa multidisciplinar;</li><li>d) Regista incidentes e informações que surgem durante o processo;</li><li>a) Desliga a pessoa do circuito de DP em conformidade com as normas da unidade;</li><li>b) Mantém a assepsia ao desconectar o catéter peritoneal;</li><li>c) Remove todo o circuito externo de DP com segurança para minimizar o desconforto da pessoa e preservar o catéter peritoneal;</li><li>d) Avalia o estado fisiológico da pessoa após a DP;</li><li>e) Assegura o encerramento do catéter peritoneal com segurança;</li><li>f) Regista os parâmetros vitais, o peso do final da sessão e os resultados anormais;</li><li>g) Identifica qualquer sinal ou comportamento que sugira uma reacção adversa e toma as medidas adequadas;</li><li>h) Elimina os resíduos de acordo com as normas do controlo de infecção e da unidade;</li><li>i) Supervisiona a limpeza do equipamento;</li><li>j) Regista as informações relevantes.</li></ul>



#### 4. PROMOVER ENSINO/EDUCAÇÃO À PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADOR EM DP

Descrição da competência	Critérios de avaliação
Esta competência refere-se ao envolvimento no ensino e treino da pessoa em diálise peritoneal.	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Demonstra conhecimento e compreensão dos princípios de ensino e de aprendizagem;</li><li>b) Demonstra conhecimento na avaliação da pessoa antes do ensino;</li><li>c) Sabe planear e implementar o ensino à pessoa em DP;</li><li>d) Avalia o ensino feito à pessoa de acordo com a sua eficácia e seguimento;</li><li>e) Demonstra bons conhecimentos e compreensão dos obstáculos à aprendizagem;</li><li>f) Sabe treinar a pessoa ou cuidador na realização de DPCA ou DPA e na realização do penso do orifício de saída do catéter.</li></ul>

#### 5. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM DP

Descrição da competência	Critérios de avaliação
Esta competência refere-se à importância de aspectos relacionados com a medicação, que a pessoa possa necessitar no seu cuidado.	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Administra a medicação prescrita de acordo com as normas da unidade;</li><li>b) Conhece os efeitos colaterais da medicação que administra e as acções adequadas a tomar;</li><li>c) Regista a medicação que administra e notifica possíveis reacções adversas.</li></ul>

## 6. APOIAR A PESSOA NA SUA TRANSFERÊNCIA DA DP PARA A HD

Descrição da competência	Critérios de avaliação
Esta competência refere-se à transferência da DP para a HD. A transferência pode ser feita de forma planeada com a pessoa/ cuidador como participante activo ou como resultado de uma situação de emergência.	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Está preparado para ajudar na transição para a hemodiálise;</li><li>b) Obtém informação sobre os interesses da pessoa e as circunstâncias em que vive (por exemplo, área de residência, condições do domicílio, pessoas dependentes, emprego ou mobilidade);</li><li>c) Identifica, discute e avalia as vantagens e as desvantagens da transferência para outra técnica de tratamento;</li><li>d) Facilita a visita da pessoa à nova unidade de HD e avalia a impressão da pessoa e da unidade receptora;</li><li>e) Organiza o processo de avaliação e o plano de transferência, com a equipa multidisciplinar;</li><li>f) Promove a transferência segundo o acordo estabelecido, comunicando o plano e tratamento à unidade de HD receptora;</li><li>g) Assegura as condições para a transferência (data, hora, quem irá receber a pessoa).</li></ul>

## 7. DEMONSTRAR CAPACIDADE DE LIDERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA DP

Descrição da competência	Critérios de avaliação
Esta competência refere-se ao contexto da prática de trabalho de um enfermeiro.	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Demonstra óptimas capacidades de gestão do tempo, dando prioridade ao cuidado;</li><li>b) Demonstra ser um líder eficiente e age como um modelo para os elementos mais novos;</li><li>c) Mostra ser eficiente no ensino e demonstra capacidades para agir como um supervisor e um orientador;</li><li>d) Estabelece relações interpessoais eficientes com o pessoal, pessoas, família e outros profissionais;</li><li>e) Demonstra conhecimento e capacidade em lidar com situação violenta ou agressiva e responde adequadamente;</li><li>f) Participa nas decisões como um membro da equipa e está disponível para trabalhar em equipa;</li><li>g) Faz os registos correctos, com rigor e qualidade.</li></ul>



Ordem dos Enfermeiros