



Escola Superior de Saúde **Norte**  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Susana Margarida da Silva Petronilho

CAPACITAÇÃO DA PESSOA  
SOB HEMODIÁLISE PARA O  
AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA  
ARTERIOVENOSA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA  
PORTUGUESA**

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA SOB HEMODIÁLISE  
PARA O AUTOCUIDADO COM A FÍSTULA  
ARTERIOVENOSA**

Relatório Final de Estágio

Susana Margarida da Silva Petronilho

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sob orientação do Professor Doutor Igor Soares Pinto

Oliveira de Azeméis | 2024



“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.”

*Winston Churchill*



## **AGRADECIMENTOS**

---

Aos que menciono aqui, não me cabe explicar o motivo do meu agradecimento. Finda a caminhada, o sentido de gratidão é demasiado profundo e considero que a menção dos seus nomes é suficiente, tal é a elevada importância do seu papel nesta caminhada. Cada um, de diferentes maneiras, contribuiu para que esta etapa fosse possível e seu impacto na sua concretização, fala por si.

Ao Professor Doutor Igor Soares Pinto.

À Rita e à Sofia.

Ao Jorge, São, Carminda, Justino, Nuno, Matilde, Juliana, Ana, Mimi e João Pedro.

Ao Ricardo e ao Luís.

À Filipa e à Catarina.

À Ângela e à Inês.

À Lídia e ao Rui.

À Ana Isabel e à Alice.

Ao Vila Sobreiro.

À Filipa.

Ao Ricardo. Mil vezes não chega.

É com este gesto discreto, mas sincero, que vos reconheço e agradeço profundamente.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

---

ASN – *American Society of Nephrology*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CVC – Catéter Venoso Central

DGS – Direção-geral da Saúde

DR – Diário da República

DRC – Doença Renal Crónica

ECAHD-FAV – Escala de Avaliação de comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em hemodiálise

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EssNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa

FAV – Fístula Arteriovenosa

GPID – Ganho de Peso Interdialítico

HD – Hemodiálise

INE – Instituto Nacional de Estatística

KDOQI - *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

MECAEPSC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

NKFDOQI - *National Kidney Foundation's Dialysis Outcomes Quality Initiative*

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UC – Unidade Curricular



## RESUMO

---

O presente Relatório de Estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MECAEPSC), reflete o desenvolvimento de competências direcionadas para a intervenção na área da Pessoa em Situação Crónica, mediante uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas durante o Estágio Profissional. Utilizando uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, descrevo as atividades desenvolvidas bem como as experiências vivenciadas, assim como as dificuldades encontradas para cursar o caminho do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

A segunda parte do relatório, foca-se na Capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para o Autocuidado à Fístula Arteriovenosa (FAV). Dado o impacto da doença renal crónica (DRC) na vida dos indivíduos, e considerando a fístula arteriovenosa como um acesso essencial para a hemodiálise (HD), este estudo explora estratégias de capacitação da pessoa para o autocuidado, com o objetivo de melhorar a segurança e a eficácia do tratamento.

O principal objetivo desta investigação foi mapear as intervenções de enfermagem que promovem a autonomia e o autocuidado da pessoa com FAV em HD, fornecendo uma base teórica e prática para a atuação dos enfermeiros nesta área. Metodologicamente, foi conduzida uma *scoping review* sobre o tema, permitindo uma análise abrangente da literatura existente e a identificação das práticas de enfermagem mais eficazes na capacitação destas pessoas.

Os resultados evidenciam a importância de intervenções de enfermagem direcionadas, que não só melhoram o autocuidado, mas também reduzem complicações associadas à FAV, promovendo uma maior qualidade de vida para as pessoas. Este relatório, sublinha assim, a relevância de uma prática de enfermagem informada e centrada na capacitação da pessoa com DRC, essencial para o sucesso do tratamento de hemodiálise.

**Palavras-chave:** autocuidado, cuidados de enfermagem, fístula arteriovenosa, hemodiálise



## **ABSTRACT**

---

This report, developed within the scope of the Nurse Specializing in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing the Chronically Ill Person, reflects the development of skills aimed at intervention in the area of Nursing the Chronically Ill Person, through a critical reflection on the activities developed during the Professional Internship. Using a descriptive, analytical and critical-reflective methodology, I describe the activities developed as well as the experiences, as well as the difficulties encountered in following the path of developing the common skills of the Specialist Nurse and the specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing the Chronically Ill Person.

The second part of the report focuses on Empowering Patients on Hemodialysis for Self-Care of the Arteriovenous Fistula. Given the impact of chronic kidney disease on individuals' lives, and considering the arteriovenous fistula as an essential access for hemodialysis, this study explores empowerment strategies aimed at enhancing patients' ability to perform self-care, thereby improving treatment safety and effectiveness.

The aim of this research was to map nursing interventions that promote autonomy and self-care in individuals with an arteriovenous fistula on hemodialysis, providing a theoretical and practical foundation for nursing practices in this area. Methodologically, a scoping review was conducted on this topic, enabling a comprehensive analysis of the existing literature and identifying the most effective nursing practices for patient empowerment.

The findings highlight the importance of targeted nursing interventions that not only enhance self-care but also reduce complications associated with the arteriovenous fistula, contributing to a better quality of life for patients. This report, therefore, underscores the relevance of informed and patient-centered nursing practice, which is essential for the success of hemodialysis treatment in chronic conditions.

**Key-words:** arteriovenous fistula, nursing care, renal dialysis, self care



## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1: exemplo de estratégia de pesquisa realizada na CINAHL Complete (via EBSCO) ...	66
Tabela 2: Quadro de artigos incluídos na <i>scoping review</i> .....	69
Tabela 3: quadro de resultados da extração de dados dos artigos selecionados .....	72



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

---

Figura 1: Diagrama do processo de seleção de artigos. ....	67
Figura 2: Diagrama da categorização dos resultados tendo por base a Ontologia de Enfermagem .....	75



## ÍNDICE GERAL

---

INTRODUÇÃO .....	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO .....	25
1. Enquadramento do contexto de estágio.....	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	33
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	33
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	37
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	41
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica.....	45
4. Considerações finais.....	53
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO .....	55
1. Resumo .....	57
2. Abstract .....	59
3. Fundamentação/enquadramento teórico .....	61
4. Finalidade e objetivos.....	63
5. Metodologia.....	65
5.1. Desenho do estudo .....	65
5.2. Considerações éticas.....	66
6. Resultados.....	68
7. Discussão .....	75
8. Conclusão.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	89
APÊNDICES.....	103

<b>APÊNDICE I: CONSENTIMENTO DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO EM HEMODIÁLISE COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE II: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO EM HEMODIÁLISE COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE III: PROTOCOLO DE REVISÃO .....</b>	<b>113</b>

## INTRODUÇÃO

---

A área da formação profissional assume uma particular importância no sentido de reforçar a capacidade de resposta da Enfermagem para novos desafios, dotando os profissionais de competências e conhecimentos e permitindo um exercício profissional de excelência e de realização pessoal (Regulamento nº 656/2021 de 16 de julho, 2021). Deste modo, o ingresso neste Mestrado permitiu complementar a minha formação teórica e prática e desenvolver competências e habilidades no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crónica, contribuindo para a excelência do exercício profissional em Enfermagem.

No âmbito MECAEPSC da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa (EssNorteCVP) e em conformidade com o respetivo plano de estudos, surge a unidade curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (Despacho n.º 9276/2022 de 28 de julho). A sua conclusão e respetiva defesa pública, visam a aquisição do grau de Mestre, assim como a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento 429/2018, de 16 de julho).

Boudreau & Dubé, (2017) referem que os enfermeiros continuam a ser os profissionais de saúde mais adequados para prestar cuidados clínicos diretos, abrangentes e culturalmente competentes, para pessoas com estados de saúde complexos. Mencionam também que a prática avançada de enfermagem é amplamente definida como um nível superior de prática de enfermagem que utiliza conhecimento aprofundado de enfermagem diretamente para influenciar a prática clínica e os resultados de saúde.

Assim, o enfermeiro especialista é um elemento basilar na prática de enfermagem avançada, pois possui conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, centrado nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Possui também capacidades elevada de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas numa determinada área de intervenção, na qual a prática de enfermagem avançada envolve a utilização e o desenvolvimento das capacidades de orientação e liderança. (Pires et al., 2023)

Ao utilizar uma abordagem sistemática, o enfermeiro especialista suporta também a vontade da pessoa de se auto-cuidar e de se tornar ativo na determinação de um plano de cuidados de saúde centrado em si. Para isso, o enfermeiro especialista utiliza a sua capacidade de

analisar e sintetizar conhecimentos, bem como de compreender, interpretar e aplicar os resultados da investigação à prática clínica, permitindo-lhe evoluir constantemente para satisfazer as necessidades da população e intervir de acordo com a demanda de exigências (Boudreau & Dubé, 2017).

A atuação do enfermeiro é imperativa para alcançar progressos nos cuidados renais através da defesa de políticas de saúde, inovação, investigação, iniciativas de melhoria da qualidade, utilização de tecnologia e implementação de novos modelos de prestação de cuidados de saúde (Reid et al., 2021).

Por outro lado, enfermeiros com qualificações académicas adicionais que desenvolvam funções de prática avançada, desempenham um nível de prática mais elevado (Bonner et al., 2023).

A Teoria das Transições, de Afaf de Meleis norteou a prestação de cuidados de enfermagem neste estágio e emerge como modelo de suporte a este relatório, alinhada também com os objetivos individuais propostos para estágio, bem como o trabalho de investigação desenvolvido. Com especial enfoque na capacitação da Pessoa sob HD para o autocuidado com a FAV, a Teoria de Médio Alcance de Meleis permite identificar fatores que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável, tais como o nível de conhecimento, status socioeconómico, suporte social, crenças culturais e significados (Meleis, 2009).

O autocuidado com a FAV é essencial para a pessoa sob HD, pois afeta diretamente a durabilidade e a segurança do acesso vascular, além de impactar a sua qualidade de vida. Um cuidado inadequado pode resultar em complicações como hematoma, estenose, trombose, isquemia e infeção, que frequentemente exigem novas intervenções ou até mesmo a perda da FAV, comprometendo o tratamento de HD (Araújo Rocha et al., 2021a).

Sob a ótica de Meleis, (2009), a teoria das transições sustenta que o desenvolvimento de habilidades de autocuidado numa condição de doença crónica, promove uma transição saudável e fortalece o papel ativo da pessoa no seu próprio envolvimento e bem-estar. Esta abordagem incentiva o desenvolvimento de intervenções que auxiliem a pessoa a desenvolver a autonomia necessária para cuidar adequadamente da FAV, reduzindo riscos e promovendo um tratamento mais seguro e eficaz.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, desempenha um papel crucial no cuidado às pessoas com doença crónica, especialmente em pessoas submetidas a HD, atendendo até ao seu perfil.

De acordo com Kim & Cho, (2021), o autocuidado de pessoas em HD refere-se a atividades que promovem a sobrevivência, a integração funcional e o bem-estar. Isto inclui a gestão da dieta, a gestão da FAV, a gestão e administração de medicamentos, o exercício físico e o

controlo da pressão arterial e do peso. As pessoas sob HD devem continuar a envolver-se no autocuidado para gerir com sucesso a sua condição, prevenir e gerir complicações agudas e crónicas e melhorar a sua qualidade de vida. O autocuidado é muitas vezes desafiante, pois exige restrições específicas até ao fim do ciclo vital.

Moore & McQuestion, (2012) indicam que o enfermeiro especialista tem um impacto positivo nos doentes que vivem com doenças crónicas. Os principais resultados incluíram a melhoria da qualidade de vida, a satisfação das pessoas com doença crónica e dos próprios profissionais de saúde, diminuição dos reinternamentos e dos custos em cuidados de saúde. No mesmo sentido, Tracy et al., (2020) referem que as pessoas com doenças complexas e crónicas e aqueles que têm necessidades significativas relacionadas com a coordenação e transições de cuidados dependem do acesso a profissionais de saúde qualificados para atender às necessidades distintas destas populações e que estejam atualizados nas mais recentes práticas e orientações baseadas em evidências. Os enfermeiros especialistas são qualificados de forma única para cuidar de doentes com doenças complexas, além de terem as competências para otimizar os cuidados a populações inteiras com necessidades complexas.

O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, tem competências avançadas para monitorizar o acesso vascular, educar as pessoas sobre a manutenção da FAV, e identificar complicações precocemente, promovendo intervenções adequadas. A capacitação da pessoa sob HD com FAV, por meio da educação contínua tem mostrado resultados positivos, melhorando a qualidade de vida e reduzindo complicações associadas à HD. Os cuidados realizados com a FAV é que vão garantir a sua durabilidade e, conseqüentemente, melhoria na qualidade do tratamento e na vida do doente. Perante estas considerações, é importante conhecer os cuidados que realizam com o acesso venoso e as principais dificuldades apresentadas no cuidado com a fístula, uma vez que esta é essencial para o tratamento hemodialítico. Além disso, este estudo fornece subsídios para o planeamento de um programa de educação dos doentes, para que estes se sintam motivados para realizar o autocuidado (Caldas Clementino et al., 2018).

Rees & Williams, (2009) referem ainda que os enfermeiros demonstraram ter um papel eficaz na educação dos doentes e na facilitação da adesão ao tratamento. As pessoas com doença crónica consideraram os enfermeiros acessíveis e alguns estudos mostraram que, quando podiam escolher, os doentes eram mais propensos a contactar um enfermeiro (do que um médico) para tratar dos seus cuidados. Está demonstrado que as intervenções profissionais, como a educação, e as intervenções organizacionais, como a gestão da revisão e do

seguimento regulares, melhoram os resultados do processo na gestão de um encontro entre doente e médico. Quando as intervenções orientadas para o doente foram adicionadas às intervenções profissionais e organizacionais, nas quais a educação do doente e/ou o papel do enfermeiro foi melhorado, os resultados de saúde do doente foram melhorados.

Assim, alinhando o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, com o desenvolvimento de um trabalho de investigação, elaborei uma *Scoping Review* sobre Capacitação da Pessoa sob HD para o autocuidado com a FAV, enquadrada na linha de investigação “Resposta humana ao processo de saúde/doença”, indicada pela Unidade de Investigação da ESSNorteCVP.

O aporte que a obtenção do grau de Mestre oferece no contexto de prática clínica é também de extrema relevância. O enfermeiro com mestrado em enfermagem médico-cirúrgica possui competências clínicas e pedagógicas aprofundadas, que são fundamentais no cuidado de pessoas em situação crónica. No contexto da HD, permite a assunção da responsabilidade pelo desenvolvimento de programas educacionais personalizados, capacitação das pessoas para o autocuidado da FAV e liderar o cuidado multidisciplinar. A formação avançada permite-lhe tomar decisões baseadas em evidência e inovar na prática clínica, com impacto direto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O presente relatório, tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Sendo parte integrante da avaliação final do estágio, tem como finalidade a representação textual da prática realizada, como forma de testemunho e prova da aquisição das competências.

Este relatório reflete, numa primeira parte, mediante uma metodologia reflexiva, as competências desenvolvidas em contexto de estágio de natureza profissional, numa clínica de HD.

Estruturalmente, este relatório de estágio apresenta-se em duas partes distintas. A primeira parte constituída pela componente de estágio que inclui o enquadramento do contexto de estágio, análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e considerações finais. A segunda parte refere-se a componente de investigação que é composta pelo resumo, fundamentação/enquadramento teórico, finalidade e objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusão. Por fim, o relatório termina com

considerações finais, referência bibliográficas e anexos.



## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---



## **1. Enquadramento do contexto de estágio**

---

O Estágio de natureza profissional foi realizado numa clínica de HD, de outubro de 2023 a março de 2024. Durante o estágio, estiveram em tratamento entre 114 a 119 doentes definitivos, isto é, aqueles que realizam todos os seus tratamentos naquela clínica. Tem ainda capacidade para doentes transitórios (p. ex. em férias), bem como a existência de uma vaga para um tratamento extra/emergência.

A equipa de enfermagem é composta por 25 enfermeiros, 8 dos quais especialistas, nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. O enfermeiro gestor, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, detém também Competências Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem em Diálise, bem como o enfermeiro tutor neste estágio.

Aos enfermeiros especialistas no campo de estágio, são atribuídas áreas de responsabilidade de elevada importância na qualidade dos cuidados de enfermagem, tais como: avaliação dos acessos vasculares em maturação, avaliação de acessos vasculares e necessidade de intervenção, aplicação do protocolo de primeiras punções e monitorização da sua evolução. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem Comunitária, assumem também funções de identificação e registo de situações com necessidade de intervenção, desde assegurar a realização de manutenção de máquinas de diálise, atualização dos dados no sistema de informação utilizado na Unidade de Diálise. É também nos enfermeiros especialistas que o enfermeiro gestor delega funções de coordenação, nomeadamente em enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, na área de enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Quanto a esta última especialidade, o parecer da Ordem dos Enfermeiros (OE) n.º 09/2019 refere que, apesar de o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária atuar principalmente no contexto comunitário e junto dos seus grupos, estes profissionais são fundamentais no planeamento, monitorização e avaliação de dados sobre saúde e doença. Contribuem para a melhoria dos serviços de saúde, desenvolvendo sistemas de informação, vigilância epidemiológica e gestão de risco. Este trabalho permite às unidades de saúde criar uma base de evidência baseada nas

características da população que atendem, essencial para processos de tomada de decisão em níveis institucionais, locais e regionais (OE, 2019).

Trata-se de uma clínica que se insere num meio rural e abrange pessoas cuja residência seja entre a clínica e meio do percurso da clínica mais próxima, conforme a *Portaria n.º 94/2024/1 / DR*, 2024). Assim, as distâncias poderão variar entre 17 e 32 quilómetros. De notar que, dada que a proveniência das pessoas é de meios rurais circundantes, a distância traduz-se sobretudo em tempo de acesso. Dado que a maioria das pessoas, pelo seu estatuto socioeconómico baixo ou pelo nível de dependência, necessitam de ambulância para o transporte, encontram-se, no mínimo a 20 minutos da clínica e no máximo a 33 minutos. A estes intervalos de tempo, acresce o tempo decorrente da partilha do transporte com outras pessoas em tratamento, no mesmo horário e condições rodoviárias.

Segundo dados obtidos nos CENSOS 2021, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), a população da área de influência da clínica, é mais envelhecida comparativamente ao restante território nacional, conforme o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem, em número de indivíduos: 249,4 > 183,07) e uma taxa de analfabetismo de 5,8%, contrariamente a 3,08% do restante país.

A realidade presente no local de estágio supera os números apresentados anteriormente. Num universo de 107 pessoas sob HD, 14% são analfabetas; 66, 4% têm o 1.º ciclo do ensino básico; 9,3% têm o 2.º ciclo do ensino básico e 4,7% têm o 3.º ciclo do ensino básico. Há somente 4 pessoas licenciadas, que representam 3,7% desta população e somente 1 detém o grau académico de doutoramento. Quanto à média de idades das pessoas, ronda 72,1 anos (dados do primeiro trimestre do ano 2024).

Num estudo de coorte prospetivo, realizado por Griva et al., (2020), para analisar as associações entre alfabetização em saúde e utilização de cuidados de saúde e mortalidade em pessoas com diabetes coexistente e doença renal em estágio terminal, referem que pessoas com baixos níveis de escolaridade apresentaram maior dificuldade em encontrar, compreender e avaliar informações de saúde.

Yolgösteren, (2020), ao estudar a relação entre o nível educacional dos doentes em HD e a patência da FAV, considerou variáveis, tais como, idade, período de diálise de rotina, doença arterial coronária, doença arterial periférica, doença cerebrovascular, hipertensão, obesidade, *diabetes mellitus*, tabagismo, sexo e escolaridade, para determinar os fatores de risco que influenciaram a falência da FAV. Como resultado, verificou que a baixa escolaridade aumenta o risco de falha da FAV em 2.559 vezes.

Também Martins & Moura, (2023) referem que os comportamentos de autocuidado e a competência na gestão de sintomas mostraram-se associados ao nível de escolaridade e ao agente responsável pelo ensino. A competência na prevenção de complicações revelou uma relação com a idade e o nível de escolaridade dos participantes. Assim, recomenda-se a implementação e reforço de intervenções que promovam comportamentos de autocuidado adaptados à idade, género e nível de escolaridade dos doentes, com especial foco na educação de indivíduos de idade avançada e do género masculino. Estes programas educativos direcionados para o autocuidado com a FAV devem ser introduzidos precocemente no processo, pois observa-se que os resultados relacionados ao comportamento global de cuidado com a FAV, gestão de sinais e sintomas, e prevenção de complicações, são mais evidentes em indivíduos que realizam HD há mais de seis anos.

Para fazer face a esta barreira de baixos níveis de escolaridade, Escudero-Lopez et al., (2024), sugerem que intervenções personalizadas de literacia em saúde podem melhorar a gestão dos sintomas e a perceção de risco para indivíduos com necessidades específicas, considerando as suas experiências. Assim, o enfermeiro especialista é um agente facilitador, pela sua capacidade de intervir, de forma a fornecer às pessoas com DRC, conhecimento e consciencialização sobre o tratamento e o autocuidado. Com base em experiências anteriores, algumas pessoas exigem instruções claras, adaptadas às suas necessidades individuais, tendo em conta o seu nível educacional e apresentadas em linguagem simples.

No que respeita à área geográfica abrangida, as pessoas habitam em áreas que chegam a distar 31,8 Km da clínica. Esta distância, em tempo, pode chegar a 1 hora ou por vezes até mais, entre a habitação e local de tratamento. Tratam-se de pessoas que utilizam ambulâncias de transporte de doentes, que transportam diversas pessoas na mesma viagem.

Num estudo realizado por Chao et al., (2015), os autores demonstraram que o aumento da distância da residência à clínica de diálise, estava relacionado com o aumento da anemia das pessoas idosas, em causa provável com malnutrição associada à ruralidade, bem como não-adesão ao regime terapêutico ou acesso facilitado a cuidados de saúde.

Por sua vez, de Araújo Ferreira et al., (2018), identificam a relação das variáveis socioeconómicas com os indicadores do resultado de enfermagem Conhecimento: processo da doença, revelam que a idade também tem relação significativa com o indicador “Sinais e sintomas da doença”, referente aos possíveis sinais e sintomas da DRC. Este estudo evidenciou um défice significativo no reconhecimento dos sintomas da doença em estadios avançados e revelou desconhecimento sobre a forma assintomática da doença. Este

desconhecimento, conduz a resultados prejudiciais, devido a procura prolongada de cuidados de saúde. Os mesmos autores consideram assim fundamental conhecer o público-alvo em HD e suas especificidades, a fim de estabelecer possíveis associações com o resultado de enfermagem a ser estudado e contribuir para um planeamento mais eficaz e personalizado das intervenções.

Ainda no que respeita à relação entre condições sociodemográficas e acessibilidade, também foi demonstrado por Phillips et al., (2018) que o acesso a serviços especializados influencia os resultados em nefrologia, com pessoas socialmente desfavorecidos menos propensos a constar de listas de espera para transplante. Dada a desigualdade e inequidade na acessibilidade a cuidados de saúde, os mesmos autores reforçam, que a maioria das doenças crónicas são evitáveis e a adoção de quatro dos cinco “comportamentos saudáveis”, como o aumento do exercício, a redução do consumo de tabaco e de álcool e a modificação da dieta, demonstram ter impacto na diminuição da incidência de diabetes, doenças vasculares e cancro. O desafio é, portanto, educar e apoiar as pessoas a fazerem mudanças positivas nos estilos de vida para reduzir a carga de comorbidades e melhorar a expectativa de vida em áreas socialmente desfavorecidas.

De acordo com Regulamento n.º 743/2019 da OE, publicado em DR, no local de estágio, cumprem-se as dotações seguras conforme definido. O rácio não deve exceder cinco pessoas para cada enfermeiro e o número mínimo de enfermeiros por turno deverá ser sempre dois. O verificado em campo de estágio está de acordo com o emanado pela lei, pois verificou-se um rácio médio de 4,8 doentes por enfermeiro.

A dinâmica de trabalho no campo de estágio é mista, pois resulta do método individual de trabalho, com afeção de um enfermeiro a um grupo definido de pessoas por turno, combinado com o método de trabalho em equipa. Apesar de a responsabilidade dos cuidados de enfermagem prestados a um determinado grupo de pessoas, ser da responsabilidade do enfermeiro que lhe está afeto, a equipa trabalha em colaboração, com respeito mútuo pelas limitações de cada elemento e sentido de responsabilidade e cooperação, otimizando assim o a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Almeida Ventura-Silva et al., (2024) referem que o método de trabalho individual como estratégia que permite ao enfermeiro responder às necessidades da pessoa, mas apenas no turno em que atua, com risco de interrupções nos turnos seguintes. Enfermeiros com especialização e mestrado utilizam mais este método, o que destaca a importância de investir na formação para garantir cuidados mais personalizados, seguros e centrados na autonomia

profissional. A organização dos cuidados depende da percepção do enfermeiro sobre o seu papel e as necessidades das pessoas, podendo focar-se na pessoa ou em tarefas. A carga horária e o tempo disponível também influenciam a execução dos cuidados, afetando o planeamento e a implementação. A escolha de um método de trabalho, como o enfermeiro de referência, não assegura, por si só, a qualidade dos cuidados, sendo essencial uma gestão eficiente e profissionais comprometidos, adequados ao contexto de trabalho.

Contudo, o método de trabalho com um enfermeiro de referência, está na base dos indicadores de qualidade da diálise estabelecidos pelas *guidelines* da *National Kidney Foundation's Dialysis Outcomes Quality Initiative* (NKFDOQI): adequação da diálise, gestão da anemia, gestão do acesso vascular, adequação nutricional, controlo da pressão arterial e gestão da doença óssea. Como excelente referência sobre determinadas expectativas de cuidados para doentes em diálise, fornece referências de processos e resultados e orienta o enfermeiro principal nas avaliações e documentação mensais (Ilumin, 2003).

Por outro lado, Dobson S & Tranter S, (2008) referem que a existência de um enfermeiro de referência numa unidade de diálise, pode conduzir a uma dependência excessiva do enfermeiro por parte da pessoa, devido ao cuidado constante do mesmo enfermeiro.



## **2. Competências comuns do enfermeiro especialista**

---

As competências comuns estão organizadas em domínios de competência. A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745).

Deste grupo de competências comuns englobam-se a responsabilidade profissional, ética e legal, e alguns domínios, sendo o da melhoria da Qualidade, da Gestão de Cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Nos subcapítulos seguintes serão elucidadas as atividades realizadas durante o EC e será feita uma síntese das competências desenvolvidas. De destacar que, muitas das experiências descritas, ainda que associadas a uma competência específica no âmbito da qual geraram maior reflexão, poderiam também ser associadas a outras competências, por terem proporcionado aprendizagens nas diversas áreas, indissociáveis das demais competências.

### *2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

No contexto dos deveres específicos do Enfermeiro Especialista (EE), o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal abrange o desenvolvimento de uma prática que se alinha com os princípios éticos e legais da área de especialidade, garantindo a prestação de cuidados que respeitam os direitos humanos e as obrigações profissionais. Em enfermagem, existem fundamentos essenciais no campo ético-deontológico, como o Estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). O Estatuto da OE define os princípios que devem guiar o exercício da profissão (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, p. 8102). De uma forma mais normativa, o REPE também estabelece no seu artigo 8.º que “no exercício das suas funções, os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p. 2961).

Segundo Gallani, (2015), a contribuição do enfermeiro no contexto das doenças crónicas depende de uma formação consistente, que favoreça o exercício de um julgamento clínico aprofundado e abrangente. Depende também de sua capacidade em propor e avaliar intervenções inovadoras, visando prevenção ou estabilização das doenças crónicas, no *continuum* de toda a sua complexidade.

Susana Margarida da Silva Petronilho

Coronado-Vázquez et al., (2020) acrescentam ainda que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crónica, devem estar orientados para a promoção da autonomia e do autocuidado, tendo sempre por base que a autonomia não é somente uma atividade individual, mas algo que implica responsabilidade partilhada com as pessoas, demais profissionais e cuidadores. Nora et al., (2016) referem que a promoção da autonomia, requer por parte do enfermeiro, a capacidade de tomada de decisão, tendo por base a sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo”.

Ainda de acordo com o artigo 28.º da Portaria (Portaria n.º 94/2024/1 | DR, 11 de março de 2024), “O enfermeiro de diálise é um enfermeiro com uma formação inicial específica mínima nas técnicas dialíticas que são prosseguidas na unidade de 420 horas”. Atendendo à crescente experiência exigida para o desempenho de funções, a partir de uma formação inicial tutelada, com uma importante componente formativa, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista torna-se desafiante.

No contexto de estágio em hemodiálise, é fundamental desenvolver competências específicas para avaliar e gerir complicações relacionadas com o tratamento, o que implica conhecimento e habilidades técnicas para operar a máquina de diálise, conhecimento aprofundado sobre as condições clínicas das pessoas sob tratamento e a capacidade de prestar cuidados individualizados.

A equipa em que me inseri neste estágio, apresentava um elevado número de enfermeiros generalistas com competências diferenciadas em HD, com formação certificada conforme exigido por lei. Esta aquisição de competências, é enquadrado pelo modelo teórico de Patrícia Benner, de Iniciado a Perito (Benner, 2001).

Para poder diferenciar o papel do enfermeiro especialista neste contexto, importa referir Benner, (2001), quando refere um enfermeiro perito pode ser particularmente eficaz na deteção precoce de uma alteração clínica. No entanto, a maioria tem dificuldade em desenvolver com os seus colegas, um consenso a respeito das suas observações. Assim, o desenvolvimento de uma linguagem descritiva aceite por todos e destinada a comparar as observações do enfermeiro perito, levariam à melhoria das competências.

Por sua vez, Chamberlain et al., (2019), referem que o estadio de perito de Benner, pode ser o princípio de um enfermeiro especialista.

Segundo Benner, (2001), a experiência permite ao enfermeiro especialista tomar decisões céleres, suportadas em exemplos concretos. Por sua vez o enfermeiro perito, age por intuição, algo impossível de aprender ou ensinar de forma conceptual. Assim, o enfermeiro especialista, deve sempre depender da prática para desenvolver conhecimentos clínicos e competências que somente a teoria não lhe permitem desenvolver.

De acordo com Gardner et al., (2016) o primeiro passo para a disciplina de enfermagem alcançar mudanças radicais para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde à comunidade, é compreender plenamente a utilidade da prática avançada de enfermagem. Também Reid et al., (2021) referem que a prática avançada de enfermagem é imperativa para alcançar progressos nos cuidados renais através da defesa de políticas de saúde, inovação, investigação, iniciativas de melhoria da qualidade, desenvolvimento da força de trabalho, utilização de tecnologia e implementação de novos modelos de prestação de cuidados de saúde.

Durante o estágio, verificou-se que todos os cuidados de enfermagem prestados estão em conformidade com a Portaria n.º 94/2024/1 | DR, 11 de março de 2024, nomeadamente no que respeita aos artigos 24.º e 28.º, que regulamentam o papel do enfermeiro-diretor e da equipa de enfermagem, respetivamente, bem como com o Guia Orientador de Boa Prática dos Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica terminal em HD (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Numa análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de HD em Portugal, realizada pela Autoridade da Concorrência em abril de 2021, é referido que na maioria dos casos, os doentes são alocados às clínicas de HD, mediante a distância entre o local de residência do doente e a clínica, conforme já referido no enquadramento do local de estágio. Assim, esta alocação não é de toda uma escolha. Contudo, será certamente a forma de respeitar o princípio da justiça, com uma distribuição equitativa, justa e adequada para cada pessoa.

No que respeita a princípios éticos e legais, é de referir o difícil cumprimento do respeito pela intimidade neste contexto de estágio, conforme disposto no Artigo 107º do Código Deontológico, quando refere que “o enfermeiro assume o dever de (...) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções (...), a privacidade e a intimidade da pessoa”.

Num estudo realizado por Sciberras & Scerri, (2017), todos os participantes expressaram a sua preocupação pelo facto de a disposição da sala de tratamentos os privar de alguma privacidade, na qual pudessem discutir assuntos pessoais e privados com o enfermeiro. Referem que a disposição na sala os priva do direito à privacidade e isso causa-lhes preocupação. Isto ocorre porque cada pessoa é dialisada ao lado de outras duas pessoas, sendo apenas separados pela máquina de diálise. Isto pode ser uma fonte de constrangimento. Os mesmos autores indicam ainda que é importante que os enfermeiros e os profissionais de saúde compreendam os fatores barreira e facilitadores percebidos pela pessoa, durante a sua experiência em HD. Ao obter este conhecimento, o enfermeiro especialista pode reformular planos de cuidados individualizados, que atendem às necessidades exclusivas da pessoa.

Contudo, em campo de estágio, verifica-se que nem sempre é possível. A forma que encontrei de mitigar as consequências da falta de privacidade, foi com recurso a biombos, para criação de barreira física e, a adequação do tom de voz e do discurso, em função das necessidades da pessoa, procurando fazê-lo em momentos de menor atenção das pessoas em redor. Além disso, as pessoas devem ter a oportunidade de discutir quaisquer questões em privado com o profissional de saúde e não na presença de outros doentes. Isto requer o desenvolvimento de uma cultura de cuidados em que os profissionais de saúde e os doentes colaborem na consecução de uma estratégia eficaz para melhorar a adesão dos doentes ao tratamento.

Richard & Engebretson, (2010), referem ainda que os enfermeiros precisam de reconhecer e apreciar que as pessoas conhecem o seu corpo durante a HD e quando não estão em HD, e que esta consciência corporal facilita o seu autocuidado. O enfermeiro especialista tem competências para desenvolver parcerias com as pessoas que abordem todos os aspetos da HD, do acesso vascular e do autocuidado. É importante que estejam conscientes da vulnerabilidade destas pessoas e do potencial de desgaste da confiança junto das mesmas. O enfermeiro especialista tem que estar consciente dos sentimentos que as pessoas têm sobre o seu acesso vascular, incluindo o estigma. Deve encorajá-las a expressar estes sentimentos num ambiente atencioso e sem julgamentos e ajudá-las a resolver problemas que possam advir desses sentimentos.

Estes resultados realçam, assim, que a pessoa com doença renal crónica, valoriza o papel do enfermeiro não só para esclarecer quaisquer dúvidas relacionadas especificamente com o tratamento de HD, mas também sobre assuntos pessoais e privados. Consequentemente, as pessoas devem ter a oportunidade de discutir experiências pessoais relacionadas com a sua experiência em HD com um profissional e num ambiente que lhes proporcione uma certa privacidade.

Durante o estágio, procurei respeitar a individualidade e privacidade de cada pessoa, apesar das condições físicas do espaço. É de referir que o desenvolvimento de competências neste âmbito, assenta essencialmente na relação terapêutica estabelecida. Pessoas com doença renal crónica que recorrem à HD realizam cerca de 2 a 3 tratamentos por semana, com duração de cerca de 3 a 4 horas cada. Passam muitas horas por semana no centro de diálise em contacto, na maioria das vezes, com enfermeiros, com quem estabelecem uma relação que adquire uma conotação “terapêutica” no momento em que promove a obtenção de resultados de saúde nas pessoas. Ao conseguir estabelecer esta relação, foi importante conseguir identificar fatores dificultadores da adesão ao regime terapêutico para, sobretudo por meio da educação, com respeito pela individualidade de cada pessoa, promover mudança da perceção dos riscos percebidos, dos benefícios de saúde ganhos pela adesão ao

tratamento em detrimento da alteração profunda do estilo de vida em comparação com a pré-diálise e a manutenção do propósito de vida.

Tal como referido por Camedda et al., (2023), para pessoas com doença renal crónica, a eficácia dos cuidados é fortemente influenciada pela qualidade da comunicação enfermeiro-pessoa. As competências técnicas e práticas tornam-se um aspeto central da prática de enfermagem, por vezes em detrimento do aspeto relacional. Realizar reflexões sobre o tema da relação terapêutica enfermeiro-pessoa é importante para evitar ao máximo quaisquer comportamentos desumanizantes, ou seja, aquelas atitudes que privam a pessoa da sua identidade, reduzindo-a simplesmente nos termos da sua identidade à sua doença.

## 2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade na área da saúde tem-se tornado uma prioridade crescente, tanto para as instituições de saúde, quanto para os seus profissionais. No documento que apresenta a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qualidade é descrita como a oferta de cuidados acessíveis e justos, com um elevado padrão profissional.

De acordo com a OE, o EE deve ser um elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OEB, 2019).

No local onde desenvolvi o estágio, os indicadores de qualidade na área da governação clínica são: acesso vascular (tipo de), eficiência da sessão de HD, controlo da anemia, distúrbio mineral e ósseo na doença renal crónica, hipertensão arterial, nutrição, fluídos (peso interdialítico) e outros (p. ex. mal-estar entre tratamentos, hipotensão durante o tratamento...). Todos estes indicadores, concorrem para um *score* total que, quanto mais elevado for, refletirá as orientações de qualidade organizacional. Todos estes indicadores estão diretamente relacionados com uma prática segura dos cuidados de enfermagem. Durante o estágio, de forma a garantir um papel dinamizador no suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica já existentes, recorri à evidência científica mais recente, nomeadamente *guidelines*, de forma a orientar uma prática baseada na evidência. Em HD, uma das complicações mais comuns durante o tratamento é a hipotensão. (Kuo et al., 2020). O enfermeiro especialista, com conhecimento aprofundado da máquina de diálise e das suas funções específicas, mobiliza os seus conhecimentos para prevenir e/ou gerir complicações.

Ao longo do estágio, sob orientação do tutor, aprendi a identificar precocemente quais as pessoas sob tratamento com maior risco de desenvolver hipotensão, uma das complicações mais comuns durante o tratamento. Em pessoas cuja necessidade de remoção de fluídos era maior por apresentarem maior GPID, programava as funções de monitorização de sinais vitais para um controlo mais frequente de pressão arterial e, ficava atenta a sinais precoces de hipotensão arterial. Os que identifiquei com maior frequência foram bocejos, sudorese e fraqueza muscular. Nessas situações, procurei atuar de imediato no posicionamento das pessoas na posição de *Trendelenburg* e diminuição da taxa de ultrafiltração, conforme preconizado pelas *guidelines* (Ashby et al., 2019)

Nos episódios em que se verificou instalação súbita de hipotensão, foi necessário responder com rapidez e eficácia, e elevado conhecimento das funções da máquina de hemodiálise, de modo a aceder com a maior rapidez possível a funções como a interrupção da taxa de ultrafiltrado, diminuição da velocidade de bomba de sangue e, quando necessário, rápida reposição com infusão endovenosa de soro fisiológico.

Estas situações e sua posterior avaliação, contribuíram para a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, conforme preconizado para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (OEB, 2019).

De acordo com Beyebach et al., (2018), a não adesão à restrição de ingesta hídrica, devido a uma alimentação inadequada e/ou ingestão excessiva de líquidos entre as sessões de diálise, leva a um maior GPID, que por sua vez pode conduzir a complicações médicas e reduzir a sobrevivência da pessoa. Com vista à prática de enfermagem avançada, os mesmos autores sugerem intervenções no domínio da formação, compostos por dois módulos. Em cada módulo, os participantes visualizaram vídeos que ilustravam comunicação sobre a adesão à restrição de fluídos e praticaram as competências em *role-play*. O segundo módulo foi entregue duas semanas após o primeiro e abordava a comunicação focada em soluções no GPID. No caso da melhoria do GPID, os enfermeiros foram treinados para felicitar a pessoa e depois explorar detalhadamente, a partir de uma postura de curiosidade, qual tinha sido a estratégia adotada para conseguir a redução de peso. Os enfermeiros foram treinados para convidar as pessoas a partilhar detalhes comportamentais específicos e também para descrever o seu próprio comportamento a partir da perspetiva de familiares significativos. Os enfermeiros foram também ensinados a elogiar os doentes pelas suas realizações e a convidá-los a registar qualquer outra coisa que pudessem considerar útil para controlar a ingestão de líquidos nos dias seguintes. No caso do agravamento do GPID, os enfermeiros foram encorajados a validar as dificuldades dos doentes e a ter empatia com a sua situação. Depois disso, deveriam perguntar: “Tendo em conta o quão difícil isto tem sido para si hoje em dia, como é que o seu peso não está ainda pior?” Estas questões foram colocadas para

identificar estratégias úteis e explorar o que seria necessário para os doentes continuarem a aplicá-las.

Também Ozen et al., (2019) referem-se à comunicação como ferramenta para potenciar a adesão ao tratamento, sobretudo tendo em conta que os padrões de adesão podem mudar ao longo do tempo. Por conseguinte, é essencial recolher dados regularmente sobre os fatores que afetam a não adesão. Além disso, os enfermeiros devem desenvolver fortes relações de apoio com as pessoas, identificar barreiras e oferecer estratégias para ajudar as pessoas a melhorar a adesão. Os planos de cuidados de enfermagem devem ser individualizados e utilizados nos cuidados padrão prestados nas unidades de HD.

No local de estágio, o tempo passado com as pessoas durante cada sessão, várias sessões seguidas, poderia ter permitido intervenções de enfermagem avançada como as referidas nos estudos anteriores, contudo o facto de não conhecer ainda as pessoas, suas características e sentido de confiança na minha presença, trazia um certo nível de inibição por parte das pessoas, durante o tratamento de HD. Delmas et al., (2020) referem no seu estudo que as pessoas sob HD percebem claramente quando o ambiente durante a sessão de HD é caracterizado pela segurança e pelo cuidado.

Com vista à melhoria contínua, no que respeita ao autocuidado com a FAV em HD, apliquei a Escala de Avaliação de comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise de C. N. Sousa et al., (2015) (APÊNDICE II). A aplicação da escala foi realizada mediante entrevista semiestruturada, com consentimento informado prévio pela pessoa (APÊNDICE I). De acordo com Payton, (2022), a aplicação de questionários sobre temáticas que carecem de melhoria, permitem a recolha de dados que distinguem as verdadeiras necessidades das pessoas, das que são percecionadas pelos enfermeiros previamente à aplicação do questionário. Por outro lado, a mesma autora refere que o momento de aplicação do questionário constitui por si só uma ocasião de deteção de necessidade de melhoria, criando uma oportunidade imediata de ação.

Aquando da aplicação da escala, constatei que a sua aplicação constituía por si só, uma oportunidade de melhoria de conhecimentos. Assim, em cada uma das abordagens, houve necessidades distintas de ensino e capacitação. Estas necessidades estão descritas num estudo realizado por Heijmans et al., (2015) ao referirem que é importante que os enfermeiros adaptem a sua informação e apoio às competências de literacia em saúde e ao contexto específico das pessoas que cuidam. Estes autores, reforçam também que existem níveis mais baixos de literacia em saúde entre determinados subgrupos de pessoas em situação crónicas: doentes idosos, pessoas com menor escolaridade, rendimentos mais baixos, multimorbilidade e/ou limitações funcionais estão diretamente relacionados com níveis mais baixos de literacia em saúde funcional, comunicativa e crítica. Como estas pessoas

têm menos capacidade para tomar decisões acertadas no contexto da sua vida quotidiana, a sua capacidade de proteger, manter e aumentar o controlo sobre a sua doença e saúde é diminuída. Problemas de saúde e piores resultados de saúde são consistentemente encontrados entre pessoas com necessidades de cuidados mais complexas e com um nível socioeconómico mais baixo.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, é de salientar o desenvolvimento de competências no que respeita ao controlo de infeção. No campo de estágio, estavam já implementadas normas no que concerne ao controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos. As referidas normas, estão à disposição de toda a equipa da clínica e, fazem parte do programa de integração de novos elementos, sejam enfermeiros ou assistentes operacionais.

Segundo Karkar, (2018), as infeções associadas aos cuidados de saúde em HD representam um grande risco para a segurança das pessoas e dos profissionais. As pessoas sob HD, bem como toda a equipa de trabalho, são vulneráveis a infeções associadas aos cuidados de saúde devido a exposições frequentes e prolongadas a muitos possíveis contaminantes no ambiente de HD. O risco aumentado deve-se principalmente a: 1) estado imunocomprometido das pessoas em diálise; 2) exposição sanguínea frequente e prolongada durante tratamentos de HD através de acesso vascular (principalmente cateteres venosos centrais) e circuito extracorporal (com muitas portas e ligações); 3) proximidade de outras pessoas durante o tratamento de HD; 4) contacto frequente com profissionais de saúde, que se deslocam frequentemente entre pessoas sob tratamento e entre máquinas; 5) hospitalização e cirurgia frequentes e, mais importante, 6) não adesão. O mesmo autor refere ainda que as potenciais fontes de infeções incluem água contaminada, equipamento, superfícies ambientais e doentes infetados. As mãos contaminadas dos profissionais de saúde estão entre os modos mais comuns de transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde. De facto, a higiene das mãos é apontada como a intervenção mais importante para prevenir infeções.

Num estudo realizado por Singh et al., (2024) a investigação destacou melhorias significativas nas práticas dos participantes no que diz respeito ao uso de óculos e lentes de contacto para proteção ocular, ao uso de aventais de plástico para prevenir infeções na roupa por sangue, fluidos corporais e outros materiais potencialmente contagiosos, à prática correta de colocação e remoção de kits de equipamento de proteção individual (EPI), à prática adequada de desinfeção e eliminação de kits de EPI usados e práticas relacionadas com a desinfeção.

No que concerne à manipulação dos acessos vasculares todos os enfermeiros utilizavam EPI conforme preconizado pelas orientações da clínica, que estão alinhadas com as *guidelines* KDOQI (Lok et al., 2020).

### 2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

A gestão dos cuidados de enfermagem ocorre em diferentes níveis e é crucial para atingir objetivos como qualidade, segurança e eficiência nos cuidados de saúde. Mororó et al., (2017) abordam a gestão de enfermagem em duas extensões: a administrativa, onde são realizadas ações voltadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, visando criar condições adequadas para a prestação de cuidados e para o desempenho da equipe de enfermagem; e a dimensão assistencial, com principal enfoque nos cuidados de enfermagem, nas necessidades de cuidados de saúde, na assunção de as satisfazer plenamente.

De acordo com Thomas-Hawkins et al., (2015), os enfermeiros especialistas desempenham um papel fundamental na criação de ambientes de trabalho na área da saúde e as suas ações são conhecidas por serem antecipadoras e essenciais na construção e manutenção de locais de trabalho seguros e saudáveis.

Durante o estágio, verifiquei que a adaptação da liderança é fundamental para garantir a eficácia no cuidado à pessoa em HD. O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na liderança da equipa, sendo necessário adotar estilos de liderança que promovam a comunicação eficaz, tomada de decisão colaborativa e motivação da equipa. É essencial que o enfermeiro especialista reconheça a importância da sua liderança na adaptação das práticas e processos de cuidado, garantindo um ambiente de trabalho positivo e focado na qualidade do atendimento.

De acordo com Zangão et al., (2024), dos estilos de liderança mais eficazes em HD, destaca-se a liderança transformacional, que procura inspirar e motivar a equipa para alcançar resultados de excelência. Além disso, a liderança democrática permite a participação ativa da equipa na tomada de decisões, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo. Por outro lado, a liderança situacional também se mostra relevante, pois permite ao enfermeiro especialista adaptar sua abordagem de acordo com as necessidades e desafios específicos enfrentados pela equipa de HD, garantindo assim a eficácia e um cuidado centrado na pessoa.

Em contexto de estágio, e sob tutoria, confirmei que a assunção de um estilo de liderança, combinado e adaptado a cada situação específica, verifica-se não só eficaz, como também otimiza a qualidade dos cuidados, pois permite uma gestão de recursos adaptada às situações e ao contexto, mantendo a qualidade dos cuidados prestados, num ambiente de trabalho colaborativo e solidário.

Enquanto integrei a equipa, procurei agir como elemento catalisador de boas práticas, no desenvolvimento de competências técnicas essenciais para a gestão de cuidados de

enfermagem, nomeadamente na preparação e administração de medicamentos de forma segura e eficaz, como também na realização de procedimentos invasivos, como por exemplo na canulação de acessos venosos, nomeadamente FAV, com respeito pela técnica de canulação previamente definida. Apesar de não ter participado previamente na escolha da técnica, uma vez que esta se realiza previamente na consulta de enfermagem à pessoa com acesso vascular para HD, conforme previsto por Pinto et al., (2022), tive uma participação ativa na escolha do ponto de punção, orientado pelo esquema fotográfico com dermopigmentação dos locais de punção, tendo também em consideração a indicação da pessoa sob HD, sobre que pontos haviam sido canulados na sessão anterior. Esta indicação dada pela pessoa, era confrontada com palpação prévia de todo o acesso venoso, o registo anterior dos locais de punção, as indicações escritas sobre a estratégia de canulação e a inspeção rigorosa das condições do membro. Estas atividades foram sempre realizadas sob supervisão constante especializada do tutor de estágio. Deste modo, permitiu-me adquirir a confiança necessária para executar tarefas de forma autónoma, dentro do rigoroso cumprimento dos protocolos de segurança e cuidados de enfermagem.

#### *2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*

O desenvolvimento das competências profissionais é apresentado como a quarta competência específica do Enfermeiro Especialista (EE). Neste âmbito, o EE deve ser um profissional apto a promover o autoconhecimento e a assertividade, além de fundamentar a sua prática clínica especializada em evidências científicas (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais permite sustentar a competência e introduzir novas habilidades, protegendo a pessoa alvo de cuidados, ao fornecer práticas éticas, eficazes e seguras. É importante para satisfazer as necessidades em constante mudança da sociedade, garantindo que os cuidados sejam centrados na pessoa, compassivos e baseados em evidências, e para permitir a progressão e a diferenciação na prestação de cuidados de enfermagem, enquanto enfermeiro especialista (King et al., 2021).

A sua aplicação, exigiu interação de forma empática e eficaz com as pessoas, criando um ambiente seguro e de confiança. Este relacionamento terapêutico é fundamental para a adesão às orientações de autocuidado, e a prática com a ECAHD-FAV aprimorou a comunicação, facilitando diálogos mais produtivos e construtivos com pessoas em situações

complexas de saúde, como acontecia no campo de estágio. A análise dos dados obtidos, permitiu-me identificar que pessoas necessitavam de intervenções no domínio do ensino, de forma mais célere que outras.

Shahdadi & Rahnama, (2018), num estudo fenomenológico sobre a experiência dos enfermeiros na prestação de cuidados em HD, referem que para atender às necessidades das pessoas em tratamento, é necessário enfatizar os aspetos emocionais e sociais do cuidar na educação e no planeamento dos cuidados de enfermagem. No referido estudo, enfatizam também a importância da experiência de trabalho do enfermeiro. As pessoas mais experientes no local de trabalho podem ter um papel de apoio mais forte do que as outras pessoas da equipa terapêutica, especialmente as que têm menos experiência.

Durante o estágio refleti de que forma, estando eu presente há tão pouco tempo na unidade face ao tempo que as pessoas sob HD lá passam (cerca de 12 horas semanais, divididas em 3 idas para tratamento de HD), poderia estabelecer uma relação de confiança que, lhes permitisse reconhecer competência. Um dos aspetos que claramente contribuiu para o meu entrosamento foi estar presente em vários tratamentos seguidos, do mesmo grupo de pessoas, o que lhes permitiu reconhecer-me como parte da equipa. Por outro lado, procurei, ao longo dos tratamentos, estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas, numa perspetiva diferenciadora. A aplicação da escala ECAHD-FAV, ao aplicá-la a um grupo de pessoas com FAV durante o tratamento de HD, constituiu por si só, uma oportunidade para potenciar o autocuidado com a FAV. O estágio permitiu ainda desenvolver atividades diferenciadas, tais como avaliação da funcionalidade dos acessos venosos, manipulação dos CVC, conexão da pessoa ao equipamento e início da sessão de HD e, intervenções promotoras da sobrevivência dos acessos vasculares e de prevenção de complicações durante o tratamento.

No desenvolvimento de competências de autoconhecimento e assertividade, procurei evidenciar a importância da consciência do papel do enfermeiro como agente de cuidado, demonstrando empatia no cuidado à pessoa em HD. Além disso, houve um reconhecimento da importância do autocuidado e da gestão emocional para lidar com situações desafiadoras no ambiente de trabalho. A reflexão sobre as próprias atitudes e valores permitiu uma maior integração pessoal e profissional, refletindo-se diretamente na qualidade do cuidado prestado.

Em situações de imprevistos, como por exemplo, coagulação do sistema, atuei eficazmente sob pressão, tendo desenvolvido respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Susana Margarida da Silva Petronilho

Nesta situação em particular, houve uma alteração inesperada no tratamento, que exigiu flexibilidade e capacidade de ajuste rápido, às necessidades da pessoa, sobretudo com vista ao cumprimento dos objetivos do tratamento de HD. Foi em momentos complexos como este, perante a necessidade de reorganização da equipa com vista à rápida resolução do imprevisto, que foi essencial demonstrar consciência de mim, enquanto pessoa e enquanto enfermeira. Desta forma, com reconhecimento pelos meus limites profissionais impostos pela natureza do estágio, mobilizei os conhecimentos já aprendidos e cimentados, na colaboração com a equipa e a sua necessidade de se reorganizar, assegurando cuidados de enfermagem autónomos, para que elementos da equipa mais experientes pudessem assegurar atividades mais diferenciadas, atendendo à complexidade da situação. Embora não detivesse ainda capacidade de participação ativa na gestão do ambiente de trabalho nestes momentos em particular, procurei rentabilizar a situação como oportunidade de aprendizagem, tomando iniciativa na análise posterior, juntamente com o enfermeiro tutor e os demais envolvidos na sua resolução, com a prática de *debriefing*.

Segundo Evans et al., (2023), os *debriefings* são uma oportunidade de discutir eventos imprevistos ou difíceis, podendo potenciar mudanças, com vista à melhoria dos cuidados prestados. Os mesmos autores, referem ainda que a realização de *debriefings*, tem um papel essencial no bem-estar e nos resultados emocionais da equipa de saúde.

### **3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica**

---

No contexto da prática de enfermagem em Portugal, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica são definidas pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, emitido pela OE. Este regulamento estabelece que o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos aprofundados e competências técnicas, relacionais e éticas para prestar cuidados especializados, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa com doença crónica ao longo de todo o processo de adaptação e gestão da condição de saúde.

Entre as competências específicas destacadas, incluem-se a avaliação sistemática e contínua das necessidades do doente crónico, o desenvolvimento de planos de intervenção personalizados, a promoção da adesão ao tratamento e o suporte na transição para diferentes fases da doença. O regulamento enfatiza também a capacidade do enfermeiro especialista em educação para a saúde, fortalecendo o papel da pessoa no seu autocuidado e capacitando-o para a gestão autónoma da sua condição. Outra competência relevante é a comunicação eficaz, tanto com a pessoa e a família, como com a equipa multidisciplinar, para assegurar um cuidado centrado na pessoa, integrando a prevenção de complicações e a promoção da qualidade de vida.

Desta forma, o Regulamento n.º 429/2018 posiciona o enfermeiro especialista como um elemento crucial na resposta às necessidades da pessoa em situação crónica, promovendo uma abordagem humanizada e individualizada que reflete as melhores práticas na enfermagem em Portugal.

#### *3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica*

No contexto de estágio, à luz do modelo teórico de Patrícia Benner, de Iniciado a Perito (Benner, 2001), a equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros em diferentes estadios de aquisição de competências, desde iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente a perito. De notar, que a maioria da equipa, dada a elevada experiência e forma muitas vezes intuitiva de ação notável mediante os problemas, são considerados peritos nos cuidados à pessoa sob HD. De acordo com o Modelo Dreyfus de

aquisição de competências aplicado à Enfermagem, referido por Benner, (2001), tratam-se de enfermeiros com largos anos de experiência em HD (superior a 10 anos), que gerem situações clínicas complexas de forma singular. São frequentemente consultados por outros elementos da equipa e denotam capacidades avançadas na deteção precoce de alterações clínicas.

Nas pessoas com CVC, no que respeita à manipulação do mesmo, são realizadas as intervenções de manutenção do dispositivo vascular conforme a norma da DGS (2022), estando também alinhadas com as orientações internacionais da *National Kidney Foundation*, que têm por base as recomendações e *guidelines* da *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e da *American Society of Nephrology* (ASN).

Durante o estágio, deparei-me com casos evidentes de não-adesão ao regime terapêutico, sobretudo no que respeita à restrição de ingesta hídrica, bem como a restrição dietética de alimentos ricos em sódio e potássio. Existia alguma divergência entre a perceção do peso interdialítico ganho e o efetivo, sendo que o primeiro era frequentemente superior.

H. Sousa et al., (2023) identificaram fatores do indivíduo que condicionam a sua perceção da doença e, conseqüentemente a adesão ao regime terapêutico, tais como: os riscos percebidos da não adesão, os benefícios de saúde percebidos em comparação com a pré-diálise, a manutenção do propósito de vida, o impacto nos membros da família, no ambiente social e de trabalho, autoeficácia percebida na gestão do processo e exigências do tratamento de HD e, por fim, o apoio social e familiar, colegas e profissionais de saúde da diálise.

Quanto aos sinais de não adesão ao regime terapêutico, nomeadamente GPID. Kim et al., (2022) referem que existe eficácia na implementação de programas individuais de promoção de adesão ao regime terapêutico. A melhoria na adesão reflete-se em mudanças ao nível da dieta, limitação da ingesta hídrica e cumprimento da medicação. Os efeitos positivos na implementação dos referidos programas, são revelados através de indicadores, tais como o GPID, níveis séricos de potássio e de fosfato.

Murali et al., (2019) referem que a não adesão ao regime terapêutico é comum na pessoa com DRC sob HD. A não adesão pode ser intencional ou não intencional e depende de fatores relativos à pessoa sob HD, à doença e ao tratamento.

O elevado GPID, verificado durante o estágio, era frequente em pessoas com níveis de escolaridade e capacidade cognitiva inferiores. A área de influência onde o estágio teve lugar, de acordo com o INE (2024), apresenta um índice de envelhecimento superior ao restante território nacional e percentagens elevadas de analfabetismo. No caso do local de estágio, 15 de 107 pessoas são analfabetas e 71 têm somente 1.º ciclo do ensino básico. Estes dados, representaram por si limitações à intervenção do enfermeiro especialista perante GPID

elevados ou outros indicadores de não adesão. Frequentemente, quando abordadas, as pessoas utilizavam estratégias de defesa, tais como a resistência, com omissão de informações relevantes (sobre ingestão hídrica ou dieta rica em sal); minimização dos sintomas, quando por exemplo apresentavam edemas periféricos visíveis. Todas estas condicionantes anteriormente descritas, representaram impasses terapêuticos, tal como exposto por Sequeira, (2016).

Durante o estágio, quando se verificava a presença de um ou mais fatores condicionantes da percepção da doença, a não adesão era evidente pelo GPID. Pelo princípio da beneficência, considero que a abordagem à pessoa sob tratamento dialítico passa por identificar a necessidade de desenvolver iniciativas integrativas interdisciplinares (por exemplo, compostas por psicólogo, enfermeiro, nefrologista, nutricionista) para ajudar a mitigar as necessidades educacionais, relacionais e de apoio das pessoas em HD no centro de diálise e dos seus cuidadores e familiares. Contudo, dados os riscos iminentes sempre que se verifica um ganho superior ao desejado, a estratégia passa pelo ajuste imediato do tratamento às necessidades da pessoa, com vista à não-maleficência. Nestes casos, dada a não-adesão ao regime terapêutico, verifica-se um compromisso do princípio da autonomia, autodeterminação ou autogoverno, dado que a pessoa deixa de poder decidir sobre si mesma (Rosenstock et al., 2011).

Contudo, é desafiador para o enfermeiro especialista a execução de um programa individualizado e personalizado, pois existem fatores subjetivos de adesão ao tratamento, descritos pela pessoa em HD. Kim et al., (2022) referem que o sucesso da criação do programa individualizado de promoção de adesão ao regime terapêutico e os resultados obtidos dependem da motivação e esforço da pessoa para o seu cumprimento. Outra limitação referida por Malkina & Tuot, (2018) é a falta de privacidade nos centros de diálise. Os tratamentos são realizados em espaço aberto, com pessoas em HD lado a lado, limitando assim a intervenção do enfermeiro especialista, no cumprimento do respeito pela individualidade e privacidade da pessoa. No decorrer do estágio, ao abordar uma pessoa que tivesse GPID elevado, denotava-se a sua renitência e falta de abertura para uma abordagem terapêutica, que permitisse explorar as causas e consequências de um GPID elevado. Esta renitência, era tão mais elevada, quanto mais próximo estivesse de uma pessoa cumpridora, com elevada adesão ao regime terapêutico.

Estes aspetos relacionados com a privacidade, embora anteriormente referidos no desenvolvimento de competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, dão também resposta ao desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado à pessoa a vivenciar a doença crónica.

Susana Margarida da Silva Petronilho

Num estudo realizado por Camedda et al., (2023) sobre a relação terapêutica entre os enfermeiros e as pessoas em HD, no que respeita às competências relacionais, é enfatizada a importância de cuidar da relação com as pessoas, por meio de uma relação empática, com elevada consideração pelas pessoas, pelas suas solicitações e pelo tempo dedicado ao cuidar direto. No mesmo estudo, os enfermeiros entrevistados salientaram a relevância de relações empáticas, pois melhora a qualidade do próprio trabalho. Esta relação, com finalidade terapêutica, é facilitadora na medida em que proporciona segurança à pessoa no seu percurso de doença. Consideram que atua como mediadora no alcance dos objetivos de saúde e aumento do envolvimento na educação para a saúde.

Por outro lado, uma das limitações sentidas em estágio, foi a falta de relação de confiança inicial com as pessoas, representando uma barreira ao início de uma relação terapêutica. Camedda et al., (2023), num estudo piloto realizado sobre a percepção dos enfermeiros quanto à qualidade das atitudes e dos comportamentos de cuidado na relação terapêutica enfermeiro-pessoa em HD, referem que os profissionais com mais anos de experiência como enfermeiro de HD, sentem-se mais competentes do que os seus colegas mais jovens no que diz respeito à capacidade de agir rapidamente quando necessário. Essa experiência, também os torna mais confiantes no uso de equipamentos especializados e demonstram também mais habilidade e competência na sua intervenção junto das pessoas. O mesmo estudo indica ainda que no que respeita à relação enfermeiro-pessoa, capacidades relacionais como empatia, compreensão, confiança, escuta, garantia, ajuda, gentileza, adoção de atitudes sem julgamento, diálogo, respeito, cortesia e humanidade são demonstrativas de profissionalismo.

Cada pessoa, para além da sua individualidade, tem periodicidade fixa para a realização dos tratamentos, quer nos dias, quer nos turnos, contrariamente à minha presença em estágio, por sua vez aleatória e pontual, havendo assim um hiato temporal entre contactos com as pessoas, dificultando o *continuum* da relação terapêutica. Para vencer esta dificuldade, procurei utilizar métodos de comunicação que demonstram afeto, respeito, escuta ativa, autenticidade e confiança, para promoção da relação terapêutica, tal como indica Sequeira, (2016).

Outro fator dificultador de adesão ao tratamento referido por Sciberras & Scerri, (2017), é a restrição provocada pelo tratamento em si, pela sua periodicidade e pelo tempo consumido em tratamento, criando nas pessoas a sensação de frustração e dependência. Contudo, os mesmos autores referem que estas limitações podem ser mitigadas se a pessoa for envolvida nas decisões relativas ao seu tratamento, nomeadamente na escolha dos dias e horários preferíveis, causando o menos impacto possível no seu dia-a-dia. No local onde foi

desenvolvido o estágio, há maior predominância de pessoas mais novas, que ainda trabalham, no último turno do dia (17h às 22h). Sempre que uma nova pessoa é admitida para tratamento de HD, é auscultada a sua preferência e acedida sempre que possível.

Este estágio permitiu observar e avaliar a existência de comportamentos de Autocuidado com FAV em HD, com recurso à ECAHD-FAV construída e validada por C. N. Sousa et al., 2015).

A aplicação da escala ECAHD-FAV representou uma ferramenta valiosa para o desenvolvimento de competências na avaliação de resultados com base nas respostas da pessoa a vivenciar a doença crónica, permitindo-me documentar de forma sistematizada indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2018). A sua utilização, constituiu uma forma objetiva e estruturada para avaliar e monitorizar o nível de autocuidado da pessoa em relação à sua FAV, que é crucial para a eficácia e segurança da HD. Dada a objetividade dos itens que a compõem, incentiva uma avaliação sistemática e centrada na pessoa e nas suas capacidades, possibilitando uma abordagem mais personalizada. Dessa forma, tive oportunidade a identificar lacunas de autocuidado e a compreender melhor as necessidades individuais de cada pessoa sob HD, o que é essencial para intervenções eficazes.

A aplicação desta escala de avaliação, na forma de entrevista estruturada, a pedido das próprias pessoas, constituiu por si só, um momento de educação e incentivo para o autocuidado. O desenvolvimento destas competências revelou-se também um valor acrescentado para o desenvolvimento do trabalho de investigação. Com base nos resultados obtidos, consegui aplicar estratégias educativas direcionadas, permitindo que a pessoa adquira maior autonomia e autoconfiança no cuidado com a sua fístula Este processo de capacitação, possibilitou-me a realização intervenções educativas eficazes, ajustadas ao nível de compreensão e motivação da pessoa, uma competência essencial para o cuidado ao doente renal crónico.

### *3.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica*

Conforme descrito pela OE (2017a), o ambiente terapêutico abrange elementos humanos, físicos e organizacionais que envolvem a pessoa e sua família/cuidador durante a prestação de cuidados, impactando de forma direta ou indireta no sucesso do tratamento. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com foco na assistência a pessoas em condição crónica, otimizar esse ambiente, gerindo riscos e promovendo um contexto seguro e propício ao cuidado, garantindo tanto a segurança da pessoa com doença crónica quanto a sua própria (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Assim, a gestão dos processos terapêuticos e o desenvolvimento de estratégias para minimizar o risco de eventos adversos tornam-se prioridade e ponto central de atenção (OE, 2017a).

Os processos terapêuticos englobam um conjunto estruturado de respostas organizadas e educativas, voltadas para atender às necessidades de cuidados decorrentes dos problemas inerentes à doença crónica (OE, 2017a).

Durante o estágio, foi possível prestar cuidados à pessoa sob HD, com foco na vigilância e monitorização de sinais e sintomas, numa perspetiva de prevenção de complicações. Contudo, e dadas as particularidades de cada pessoa, nem sempre é possível prevenir o surgimento das mesmas. Destaca-se assim, a intervenção à pessoa com complicações durante o tratamento, tais como a hipotensão e as câibras, pois são as complicações mais comuns. Verifiquei que, a capacidade de resposta, sobretudo antecipatória, está diretamente ligada à experiência dos enfermeiros e ao seu conhecimento das pessoas. Este conhecimento, está intimamente ligado com a modalidade de tratamento em si, dado que é dele que a vida da pessoa depende. As sessões de diálise ocorrem geralmente três vezes por semana e duram cerca de 4 horas para cada pessoa. Os contactos frequentes entre as pessoas e os enfermeiros podem repetir-se durante muitos anos, promovendo assim relações mais profundas e complexas.

Verifiquei também no local de estágio orientações claras para reduzir o risco de exteriorização acidental da agulha. Entre elas, destacam-se: a existência de um procedimento claro e consistente para a fixação das agulhas; a necessidade de garantir que a área onde os adesivos são aplicados esteja ampla, limpa e seca; a fixação frouxa das linhas de sangue, permitindo a movimentação do doente e evitando repuxões; a substituição dos adesivos sempre que for necessário reajustar as agulhas, sem reutilizá-los; a definição do limite inferior da pressão venosa próximo

ao valor atual e, em caso de alarme, a realização de uma inspeção cuidadosa do circuito extracorpóreo (CEC) antes de desarmar o alarme. Além de aplicar esses procedimentos na prática, consegui capacitar os doentes para a prevenção desse tipo de incidente, orientando-os a manter o membro com o acesso vascular (AV) sempre visível e informando-os de que o monitor de HD não possui um sistema infalível para detetar a exteriorização da agulha. Também trabalhei na sensibilização dos doentes quanto à relação entre manter o braço com o AV coberto durante o tratamento e a dificuldade de detetar precocemente a exteriorização acidental da agulha. No entanto, alguns doentes continuam a cobrir o braço por receio de sentir frio ou por uma confiança excessiva, de que tanto o monitor de diálise como a equipa de enfermagem, serão capazes de identificar rapidamente qualquer problema durante o tratamento.

Tal como descrito por Vioulac et al., (2016), espera-se que um enfermeiro realize um trabalho técnico e até tecnológico no caso da HD. As pessoas em esperam que este trabalho seja feito com bondade e empatia, mantendo o distanciamento emocional. Contudo, os enfermeiros devem cuidar dos seus doentes tanto a nível físico como emocional. Portanto, compreender o doente é essencial e requer competências empáticas. Caracteriza-se pela criação de um ambiente acolhedor para a pessoa e alguma reciprocidade na auto-revelação. Esta intimidade gera também um sentimento de satisfação para os enfermeiros e de conforto para as pessoas que se sentem reconhecidas. A importância da dimensão cognitiva da empatia é essencial para estabelecer um bom relacionamento. A empatia cognitiva permite ao enfermeiro compreender e considerar a pessoa de uma forma global, atendendo à sua condição de doença, tratamentos anteriores (com ou sem complicações) e elementos relacionados com a sua vida pessoal. Esta relação exige também o estabelecimento de uma boa comunicação para permitir aos enfermeiros dar respostas adequadas a cada pessoa. Por outro lado, ajuda o enfermeiro a responder às necessidades da pessoa, ouvindo, dando explicações ou restabelecendo limites.

Em estágio, constatei que os enfermeiros mais experientes, fazem uso deste conhecimento profundo da condição de doença de cada pessoa, da existência ou não de suporte familiar e/ou social existente para cada uma das pessoas e a existência de elementos facilitadores ou dificultadores de adesão ao regime terapêutico, para ajustes no próprio tratamento. Sobretudo no que respeita ao GPID e perante pessoas

com baixa adesão ao regime terapêutico, principalmente no que concerne às restrições alimentares e de ingestão hídrica, constatei que a elevada experiência em HD, aliado ao conhecimento tecnológico disponível na máquina de diálise, permite otimizar o tratamento, em benefício da pessoa e em prol do seu bem-estar entre sessões. Com a tutoria por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com Competência Diferenciada Em Enfermagem Em Diálise e com mais de 20 anos de experiência em HD, constatei a presença de uma relação íntima entre o conhecimento da pessoa, das suas necessidades específicas em cada sessão de tratamento, aliado à prevenção de complicações intradialíticas, pela utilização otimizada da máquina de diálise, ajuste de parâmetros, sempre sob a monitorização constante.

No que respeita à articulação com família e/ou cuidadores, a dificuldade sentida durante o estágio prende-se com o facto de as pessoas recorrerem à clínica, seja por meios próprios ou em ambulâncias de transporte de doentes, sozinhas e assim permanecerem durante todo o tratamento. Em casos de dificuldade de retenção de informação ou necessidade de otimização da adesão ao regime terapêutico, a família e/ou cuidadores, recebem indicações telefonicamente.

Contudo, por vezes, a inexistência de rede de apoio, dificulta bastante a intervenção de enfermagem, no sentido de mitigar fatores dificultadores da adesão ao regime terapêutico. É sobretudo nestas pessoas, que a expertise antes enunciada de alguns enfermeiros, nomeadamente dos especialistas e com Competências Diferenciadas em Enfermagem em Diálise, permite ganhos em saúde e na prevenção de complicações.

## 4. Considerações finais

---

Durante o estágio em diálise, realizado com vista à obtenção do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, a experiência foi marcada pelo desenvolvimento de competências clínicas e relacionais essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem avançada. As atividades realizadas permitiram aprofundar conhecimentos técnicos no manuseamento dos equipamentos de HD e no cumprimento rigoroso dos protocolos de segurança, capacitando-me para responder a necessidades complexas e para atuar em situações de gestão de complicações. Além disso, a interação com as pessoas possibilitou a utilização de comunicação terapêutica, na promoção do autocuidado e na resposta às suas necessidades, elementos fundamentais para a humanização do cuidado.

A experiência reforçou a importância de uma abordagem centrada na pessoa, onde o enfermeiro assume não só um papel técnico, mas também de apoio emocional e educativo. Ao atuar junto de pessoas com DRC em fase terminal, compreendi a relevância de fornecer orientação contínua, promovendo a adesão ao tratamento e a adaptação à condição crónica, aspetos que contribuem significativamente para a qualidade de vida destes indivíduos. Os fatores dificultadores, como as particularidades da adesão ao tratamento e a gestão dos sintomas, foram oportunidades valiosas de aprendizagem, fortalecendo a resiliência e a capacidade de resolução de problemas em ambientes de elevada complexidade.

O estágio proporcionou ainda uma reflexão profunda sobre o papel do enfermeiro especialista, que vai além da prática técnica e inclui liderança, gestão de cuidados e colaboração multidisciplinar, sempre com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Por fim, esta experiência influenciou significativamente a minha visão sobre o futuro profissional, despertando o interesse por formações contínuas e projetos de investigação. Com base nos conhecimentos adquiridos e nas competências desenvolvidas, estou mais capacitada para prestar cuidados seguros, éticos e humanizados, que valorizam a pessoa na sua totalidade e promovem uma prática mais próxima da excelência, no cuidado à pessoa com doença crónica.



## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---

### Capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para autocuidado com Fístula Arteriovenosa: Uma *scoping review*



## 1. Resumo

---

**Enquadramento:** A preservação de um acesso vascular funcional, especialmente a fístula arteriovenosa (FAV), é essencial para garantir uma hemodiálise (HD) eficaz e com menos complicações possíveis. O autocuidado, como monitorizar o frémio da fístula e evitar o uso inadequado do braço, é fundamental para prevenir problemas, embora muitos doentes não tenham conhecimento suficiente sobre esses cuidados. Assim, intervenções educativas realizadas por enfermeiros podem capacitar os doentes, promovendo a integridade do acesso vascular e melhorando a sua saúde e qualidade de vida.

**Objectivo:** Mapear as intervenções de enfermagem para a capacitação da Pessoa sob HD para o autocuidado com a FAV.

**Metodologia:** Scoping Review segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e PRISMA SCR. As bases de dados incluídas serão JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO) e SciELO. De literatura cinzenta Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, OpenGrey e Dart-Europe. Esta revisão integrará artigos centrados nas intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação de pessoas com FAV e sob HD, para a autocuidado do seu acesso venoso e incluirá revisões sistemáticas e *guidelines*.

**Resultados:** Foram incluídos 12 artigos e identificadas as intervenções de enfermagem que promovem a capacitação da Pessoa sob HD para o autocuidado com a FAV. As intervenções de identificadas situam-se nos domínios do Ensino e Treino.

**Conclusão:** As intervenções identificadas permitem uma abordagem sistemática e individualizada, possibilitando a promoção do autocuidado com a FAV, desde a fase pré-operatória, até à prevenção de complicações, passando gestão de sinais e sintomas.

**Palavras-chave:** arteriovenous fistula, nursing care, renal dialysis, self care



## 2. Abstract

---

**Background:** Preservation of a functional vascular access, especially the arteriovenous fistula, is essential to ensure effective hemodialysis with fewer possible complications. Self-care, such as monitoring fistula thrill and avoiding inappropriate use of the arm, is essential to prevent problems, although many patients do not have sufficient knowledge about this care. Thus, educational interventions carried out by nurses can empower patients, promoting the integrity of vascular access and improving their health and quality of life.

**Aim:** To map nursing interventions to train Persons on Hemodialysis for self-care with Arteriovenous Fistula.

**Methodology:** Scoping Review according to the Joanna Briggs Institute (JBI) and PRISMA SCR methodology. The databases included will be JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO) and SciELO. Of gray literature Open Access Scientific Repository of Portugal, OpenGrey and Dart-Europe. This review will integrate articles focused on nursing interventions that contribute to training people with arteriovenous fistulas and undergoing hemodialysis to self-care for their venous access and will include systematic reviews and *guidelines*.

**Results:** 12 articles were included and nursing interventions that promote the training of the Person on Hemodialysis for self-care with Arteriovenous Fistula were identified. The identified interventions are located in the areas of Teaching and Training.

**Conclusion:** The identified interventions allow a systematic and individualized approach, enabling the promotion of self-care with Arteriovenous Fistula, from the preoperative phase, to the prevention of complications, through management of signs and symptoms.

**Keywords:** arteriovenous fistula, nursing care, renal dialysis, self care



### **3. Fundamentação/enquadramento teórico**

---

A Doença Renal Crónica (DRC) é um desafio prioritário em saúde pública devido ao seu impacto crescente na população mundial e aos altos índices de mortalidade, morbilidade e custos de saúde a ela associados. Estima-se que a DRC seja a terceira principal causa de morte global, com uma projeção de tornar-se a quinta causa mais comum de anos de vida perdidos até 2040 (Bello et al., 2022). O desenvolvimento da DRC em direção à insuficiência renal leva à necessidade de Terapia de Substituição Renal (TSR), sendo a HD a modalidade de tratamento mais comum, representando cerca de 69% dos tratamentos de TSR em todo o mundo (Bello et al., 2022). Estes dados sublinham a importância de garantir a qualidade e segurança dos tratamentos dialíticos, especialmente em Portugal, onde a prevalência da DRC em estágios avançados tem aumentado significativamente nas últimas décadas.

Entre as pessoas com DRC submetidas à HD, a FAV é amplamente reconhecida como o método preferencial de acesso vascular devido à sua durabilidade e menor taxa de complicações. Contudo, a eficácia deste acesso depende de práticas regulares de autocuidado por parte dos doentes, como a verificação diária do frémio da fístula e a monitorização de sinais de complicação (Costa Pessoa et al., 2020). O autocuidado é definido por Dorothea Orem como um conjunto de ações realizadas pelo indivíduo com o objetivo de preservar a saúde e o bem-estar (Queirós et al., 2014). No contexto da FAV, o autocuidado implica atividades específicas para a gestão de sinais e sintomas e para a prevenção de complicações, assegurando que o acesso vascular permaneça funcional e que o doente tenha mais autonomia e segurança.

Apesar da importância das práticas de autocuidado, os estudos apontam lacunas significativas no conhecimento e na capacidade dos doentes para realizarem cuidados adequados com a FAV, o que contribui para taxas mais elevadas de complicações e mortalidade (Clementino et al., 2018). Além disso, as pessoas em TSR frequentemente não são capacitadas adequadamente sobre os cuidados necessários com o seu acesso vascular, evidenciando uma área crítica que necessita de intervenção e suporte educativo contínuo. Para esta revisão, os critérios de inclusão abrangerão estudos que abordem intervenções educativas realizadas por enfermeiros, que tenham como objetivo capacitar doentes com DRC para práticas eficazes de autocuidado com a FAV. Estudos que explorem resultados de saúde como a redução de complicações e melhoria na qualidade de vida dos doentes também serão incluídos.

Susana Margarida da Silva Petronilho

A revisão da literatura indica que, embora existam diretrizes e práticas recomendadas para o cuidado da FAV, poucos estudos estruturam de forma sistemática a capacitação dos doentes para o autocuidado, e poucos abordam de forma detalhada o impacto específico das intervenções de enfermagem neste contexto (Araújo Rocha et al., 2021).

Assim, coloca-se a questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem que promovem a capacitação da Pessoa sob HD para o autocuidado com a Fístula Arteriovenosa? Başer & Mollaoğlu, (2019) referem que as intervenções educativas realizadas pelos enfermeiros podem melhorar significativamente a adesão aos cuidados e aumentar a autonomia dos doentes, mas estas intervenções precisam ser mais bem compreendidas e otimizadas. Existe, portanto, uma lacuna de conhecimento quanto ao mapeamento e à implementação destas intervenções e seus resultados nos cuidados com a FAV.

#### **4. Finalidade e objetivos**

---

De acordo com Araújo Rocha et al., (2021), o enfermeiro deve capacitar a pessoa com FAV, para que reconheça os cuidados necessários com o acesso vascular, por meio do ensino do autocuidado. Refere ainda que as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro podem favorecer a compreensão da doença e a adesão a tratamento, melhorando a qualidade dos cuidados realizados com os acessos e, conseqüentemente, reduzir a morbidade e a mortalidade da pessoa. Os mesmos autores consideram pertinente mapear as intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa sob HD para o autocuidado com a FAV.

Assim, esta revisão tem como objetivo mapear as intervenções de enfermagem para a capacitação da Pessoa sob HD para o autocuidado com a FAV, com a finalidade de contribuir para a identificação de intervenções, com vista à sistematização e melhoria dos cuidados de enfermagem.



## 5. Metodologia

---

Optou-se pela *scoping review* como metodologia mais adequada para explorar a extensão e a natureza das intervenções de enfermagem voltadas ao autocuidado da FAV em doentes sob HD. Esta abordagem é apropriada dada a complexidade do tema e a diversidade de práticas de intervenção de enfermagem existentes, permitindo mapear e caracterizar de forma abrangente as diferentes estratégias, bem como identificar áreas para pesquisas futuras.

### 5.1. Desenho do estudo

Esta *scoping review* foi desenvolvida com respeito pelo protocolo *Joanne Briggs Institute e Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA- ScR) checklist* (Peters et al., 2020). A questão que orienta a pesquisa, obedece à mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto).

A seleção desta metodologia possibilitará identificar as práticas de autocuidado mais eficazes e as formas de intervenção educativa mais promissoras, além de analisar a profundidade das evidências disponíveis, contribuindo para uma melhor compreensão das necessidades educativas dos doentes e para a construção de programas de capacitação mais eficazes.

Foi elaborado um protocolo da *scoping review*, que se encontra em anexo (APÊNDICE III).

No que concerne aos critérios de elegibilidade, os participantes (P) são estudos que envolvam adultos com FAV, o conceito (C) incluiu estudos que abordam intervenções de enfermagem direcionadas para a capacitação para o autocuidado com a fistula arteriovenosa e o contexto (C), centrou-se em estudos desenvolvidos em qualquer contexto.

Para a pesquisa, foram tidos em consideração estudos qualitativos (que se concentram em dados qualitativos, tais como, entre outros, fenomenologia, teoria fundamentada e desenhos etnográficos), estudos quantitativos (ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais, incluindo estudos antes e depois e desenhos observacionais) e revisão (quaisquer revisões sistemáticas e *guidelines*).

A pesquisa foi realizada em três etapas, conforme preconizado por Peters et al., (2020):

- (1) Pesquisa inicial na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCO) para identificar os artigos sobre o tema e analisar as palavras contidas nos títulos e resumos desses artigos, bem como os termos de indexação utilizados (tabela 1 com exemplo de pesquisa inicial realizada na CINAHL database);

- (2) Pesquisa em todas as bases de dados consideradas com as palavras-chave e os termos definidos na primeira etapa e que resultaram na frase booleana: (“Hemodialysis access” OR “arteriovenous fistula” OR “AVF”) AND (“self care” OR “self-management”) AND Nurs\*; com aplicação do filtro “adultos”.
- (3) Análise da lista de referências bibliográficas de todos os artigos incluídos para análise integral para encontrar estudos adicionais.

**Tabela 1** – exemplo de estratégia de pesquisa inicial realizada na CINAHL Complete (via EBSCO).

<b>Pesquisa</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Resultados</b>
#1	“arteriovenous fistula”	3,572
#2	“renal dialysis”	15,802
#3	“self care”	62,801
#4	“nursing care”	70,554
#5	“arteriovenous fistula” AND “renal dialysis” AND “self care” AND “nursing care”	5

A pesquisa incluiu estudos publicados e inéditos e foi realizada por meio de pesquisas nas bases de dados electrónicas JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO) e SciELO. De literatura cinzenta Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), OpenGrey e Dart-Europe.

Os resultados obtidos foram exportados para ZOTERO 6.0.30, e posteriormente para a plataforma Rayyan, permitindo a identificação e eliminação de artigos duplicados. Os artigos foram então avaliados quanto à sua relevância para a revisão através da leitura dos títulos e resumos. Os artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade foram sujeitos a leitura e análise integral. Todo o processo foi desenvolvido por dois elementos independentes. As divergências foram resolvidas por um terceiro elemento.

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão com recurso a um quadro, conforme a metodologia *Scoping Review* do *Joanna Briggs Institute* e incluiu dados relacionados com os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e outros dados relevantes para responder ao problema de pesquisa.

## 5.2. Considerações éticas

Esta revisão utiliza como dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que imponham a aprovação por uma comissão de ética.

Não existe conflito de interesses.

## 6. Resultados

Um total de 130 artigos foram identificados nas bases de dados e nos repositórios de literatura cinzenta, conforme demonstrado no diagrama de processo de seleção de artigos (figura 1). Após a leitura do título e resumo foram excluídos 103 artigos. A leitura completa incluiu 15 artigos, tendo sido excluídos 3, pelo conceito.

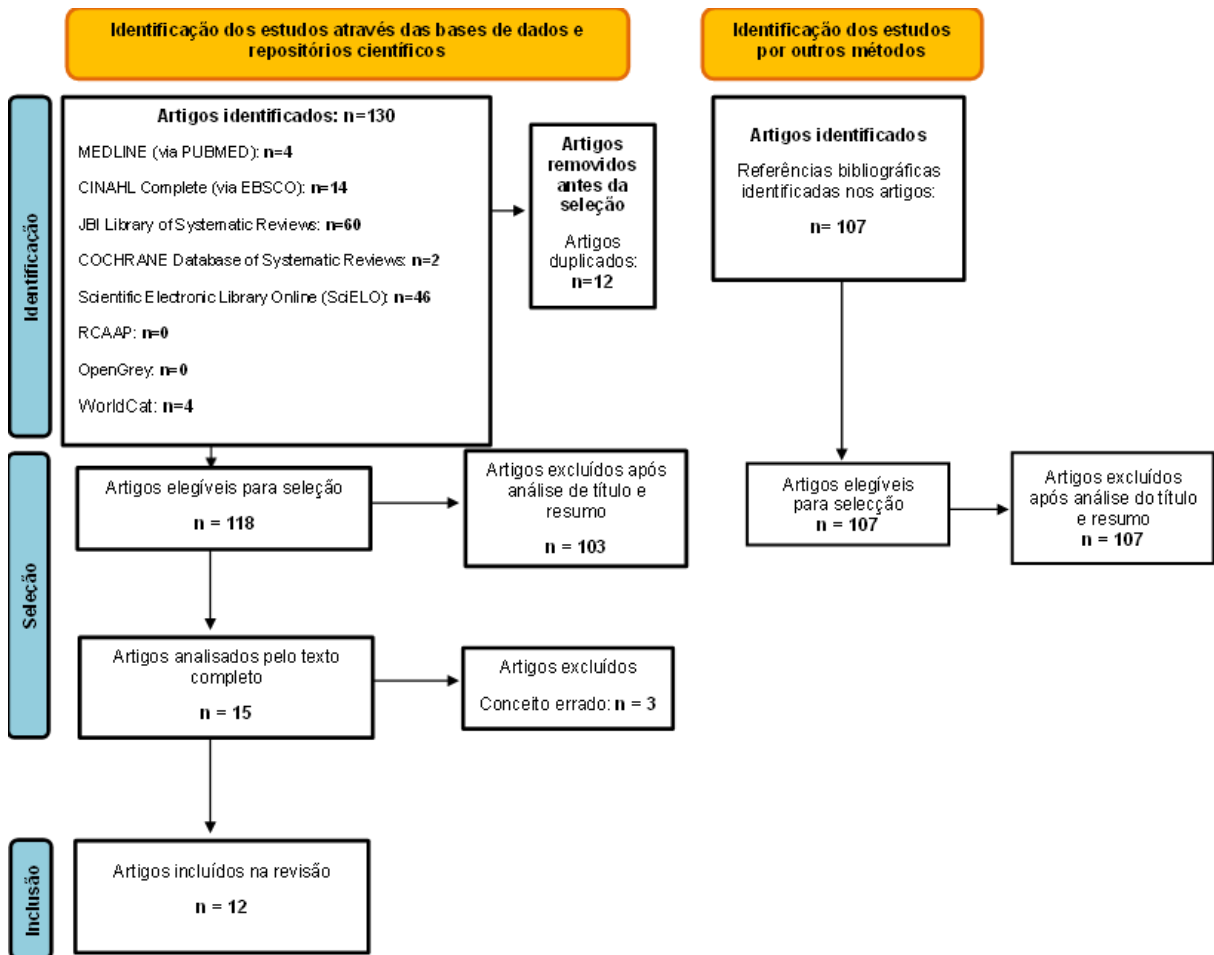


Figura 1 – Diagrama do processo de seleção de artigos

Para uma leitura mais clara e dando resposta ao objetivo da investigação, os resultados foram sintetizados nas tabelas 2 (Quadro de artigos incluídos na *scoping review*) e 3 (quadro de resultados da extração de dados dos artigos selecionados).

**Tabela 2** – Quadro de artigos incluídos na *scoping review*

<b>Estudo</b>	<b>Autores</b>	<b>Objectivo do estudo</b>	<b>População/amostra</b>	<b>Metodologia</b>
E1	(Costa Pessoa et al., 2020)	Identificar ações de autocuidado para a manutenção da FAV dos doentes renais.	Pessoas com DRC	Revisão integrativa da literatura
E2	(C. N. Sousa et al., 2014)	identificar intervenções dentro do ‘ensino’ que promovam o autocuidado (comportamento) com FAV	Pessoas com doença renal terminal (DRT) com FAV	Revisão narrativa
E3	(Caldas Clementino et al., 2018)	Averiguar o conhecimento das pessoas com doença renal crônica acerca do autocuidado com a FAV	32 doentes com DRC, utentes deste serviço, que realizaram HD através de acesso venoso permanente do tipo FAV	estudo quantitativo, transversal, descritivo e exploratório, com dados prospetivos
E4	(Ramalho Neto et al., 2016)	analisar a perceção da pessoa com doença renal crónica face à sua FAV implantada no seu corpo;  descrever as emoções e sentimentos provocados pela implantação da FAV; identificar o autocuidado para a sua preservação.	10 pessoas com DRC de qualquer etiologia, que realizam HD por meio de FAV	Pesquisa exploratória de corte transversal e abordagem qualitativa
E5	(Carrillo Algarra et al., 2013)	Descrever as atividades de autocuidado realizadas pelos	Pessoas com DRC	Estudo qualitativo documental

		doentes com DRC em diferentes tratamentos substitutivos, reportadas na literatura científica no período de 2006 a 2013.		
E6	(Araújo Rocha et al., 2021b)	Analisar a produção científica acerca dos cuidados com acessos vasculares utilizados na HD para elaboração do conteúdo de uma cartilha educativa voltada ao autocuidado da pessoa	Pacientes adultos que realizam HD	Revisão integrativa de literatura
E7	(C. N. Sousa et al., 2015)	Desenvolver e validar uma escala para avaliar os comportamentos de autocuidado dos pacientes com FAV em HD	amostra de conveniência, sequencial e não probabilística constituída por 218 pacientes	Estudo transversal
E8	(Oliveira de Mendonça et al., 2020)	Avaliar atividades de autocuidado com a FAV em renais crônicos.	60 pacientes em unidade de diálise no Nordeste Brasileiro, de setembro a outubro de 2018	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa
E9	(Martins & Moura, 2023)	Analisar os comportamentos de autocuidado à FAV da pessoa em programa de HD.	131 doentes de três clínicas de HD do norte de Portugal	Estudo transversal analítico
E10	(C. N. Sousa, 2012)	Descrever uma estrutura conceptual de prática de cuidados, que vise a melhoria	98 enfermeiros que prestavam cuidados de enfermagem a pessoas com FAV em HD no distrito do Porto, sendo a média de	Estudo exploratório, descritivo e transversal.

continua das idades de 36,55 anos e o terapêuticas de tempo de exercício em HD enfermagem de 8,66 anos. direcionadas para a pessoa com FAV (FAV).

E11	(Yang et al., 2019)	Avaliar o comportamento de autocuidado de doentes chineses em HD com FAV	301 doentes em HD com FAV	Estudo multicêntrico e transversal
E12	(Ozen et al., 2017)	Investigar o conhecimento e a atitude dos doentes em tratamento de HD em relação à FAV.	335 pessoas adultas sob HD com FAV, com capacidade de comunicação e ausência de perturbações psiquiátricas que causem disfunção cognitiva, como doença de Alzheimer ou psicose crónica.	Estudo observacional transversal

Os resultados descritos anteriormente foram categorizados por foco de atenção/ diagnósticos e intervenções de enfermagem, tendo por base a Ontologia de Enfermagem e apresentados na tabela 3.

**Tabela 3** – quadro de resultados da extração de dados dos artigos selecionados

Foco de Atenção / Diagnóstico	Intervenções	Atividades
<b>Fístula Arteriovenosa</b>	<i>Otimizar Fístula Arteriovenosa</i>	<p>Preservar a rede vascular durante o período pré-operatório da FAV (não permitir punções venosas ou avaliação da tensão arterial no braço onde será feita a FAV e proteger o membro de lesões) <b>(E1, E2, E10)</b></p> <p>Realizar exercícios de preensão manual nas 4 semanas que antecedem a realização da FAV <b>(E1)</b></p> <p>Assegurar cuidados com o penso (Manter o penso da sutura seco e a não movimentar ou retirar o penso) <b>(E2 E10)</b></p> <p>Manter o braço da FAV elevado, para preservação e funcionalidade do acesso <b>(E2)</b></p> <p>Manter o membro em extensão ao caminhar e/ou deambular <b>(E2)</b></p> <p>Melhorar o estado nutricional <b>(E5)</b></p> <p>Melhorar aptidão física <b>(E5)</b></p> <p>Evitar punção venosa no membro da FAV para colheita de sangue ou perfusão endovenosa, pelo risco de hematoma <b>(E1, E2, E3, E4, E6, E6, E7, E8, E9, E11, E12)</b></p> <p>Evitar avaliação da pressão arterial; <b>(E1, E2, E3, E4, E6, E8, E12)</b></p> <p>Evitar carregar excesso de peso no braço da FAV <b>(E1, E2, E3, E4, E6, E7, E12)</b></p> <p>Evitar deitar sobre o braço da FAV <b>(E1, E2, E3, E4, E6, E8, E12)</b></p> <p>Evitar GPID, para reduzir episódios de hipotensão durante os tratamentos, que pode estar relacionada com a falha do acesso vascular. <b>(E1, E2, E3, E6, E12)</b></p> <p>Verificar o frémito da FAV, em caso de ausência ir de imediato ao hospital. <b>(E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E11, E12)</b></p> <p>Remover penso do local da punção no dia seguinte à HD <b>(E2, E3)</b></p> <p>Evitar remoção de crostas dos locais de punção <b>(E2, E3)</b></p> <p>Evitar usar relógios ou pulseiras no braço da FAV <b>(E2, E3, E4)</b></p>

		<p>Manter as unhas curtas e limpas <b>(E8)</b></p> <p>Hidratar a pele do membro da FAV <b>(E8, E10)</b></p> <p>Evitar movimentos bruscos que possam gerar hemorragia <b>(E2)</b></p> <p>Evitar usar roupa apertada no braço da FAV <b>(E2)</b></p> <p>Evitar usar relógios ou pulseiras no braço da FAV <b>(E2, E3, E4)</b></p> <p>Verificar regularmente (três vezes por dia) o frémito da FAV por palpação <b>(E2)</b></p> <p>Realizar higienização da FAV com água e sabão antes do tratamento <b>(E1, E2, E3, E4, E6, E7, E12)</b></p> <p>Realizar compressão no local da picada com os dedos logo após o tratamento <b>(E2, E7, E9, E11)</b></p>
<p><b>Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa</b></p>	<p><i>Ensinar Sobre Prevenção de Complicações da Fístula Arteriovenosa</i></p>	<p>Vigiar sinais de síndrome de roubo (palidez, dor, fadiga e arrefecimento das extremidades da FAV) <b>(E1, E2, E7, E9, E10, E11)</b></p> <p>Observar sinais de vermelhidão ou inchaço nos locais das punções; <b>(E7, E9, E11)</b></p> <p>Examinar sinais de eritema e sensibilidade que poderão indicar trombose da FAV <b>(E1)</b></p> <p>Proteger o braço da fístula de lesões e de potenciais focos de infecção <b>(E2, E3, E4, E7, E9, E11)</b></p> <p>Evitar entrar em locais com diferentes temperaturas; <b>(E7, E9, E11)</b></p> <p>Monitorizar sinais de infecção nos locais de punção (p. ex., edema, eritema ou pele necrótica) <b>(E2, E4, E6, E8, E12)</b></p> <p>Alternar os locais de punção <b>(E3, E4, E6)</b></p> <p>Avisar o enfermeiro se aparecerem feridas na mão do braço da fístula. <b>(E7, E9, E11)</b></p> <p>Deteção precoce de sinais e sintomas de hipotensão <b>(E2, E3, E7, E9, E11)</b></p> <p>Avisar o enfermeiro se começar a doer a mão do membro da fístula <b>(E7, E9, E11)</b></p> <p>Avisar o enfermeiro quando tem cãibras durante a diálise <b>(E7, E9, E11)</b></p>

<p><b>Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa</b></p>	<p><i>Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa</i></p>	<p>Realizar compressão da FAV em caso de hemorragia e acionar pedido de assistência médica (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E11)</p> <p>Aplicar compressas frias no local nas primeiras 24h e compressas mornas após esse período, em caso de hematoma, de modo a evitar a trombose da FAV (E2, E3, E4, E6, E8)</p> <p>Colocar pomada heparinóide no local dos hematomas (E2, E7, E9, E11)</p> <p>Monitorizar periodicamente o surgimento de aneurismas e avaliar as suas dimensões (E1)</p>
<p><b>Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa</b></p>	<p><i>Instruir exercícios de maturação da fístula arteriovenosa</i></p>	<p>Realizar exercícios de prensão manual (com recurso a bola do tamanho da palma da mão) durante a maturação da fístula, com vista ao aumento do tamanho da veia cefálica e do volume do fluxo sanguíneo. (E1, E2, E3, E4, E6, E8)</p> <p>Mobilizar suavemente o membro da FAV (braço e mão) nas primeiras 24h-48h, para favorecer a o retorno circulatório (E2)</p>
<p><b>Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito</b></p>	<p><i>Avaliar evolução da consciencialização sobre autoconceito</i></p>	<p>Recrear-se como medida de autocuidado (E5)</p>

## 7. Discussão

A capacitação da pessoa sob hemodiálise para o autocuidado à fístula arteriovenosa (FAV) é um tema de elevada pertinência, especialmente no contexto das intervenções de enfermagem. A análise dos artigos selecionados revela uma crescente preocupação com a promoção de comportamentos de autocuidado e a necessidade de intervenções sistematizadas, para a estruturação de programas de melhoria contínua.

Num estudo comparativo realizado por Chen et al., (2021), revela que cuidados de enfermagem individualizados, melhoram as competências de autocuidado das pessoas com FAV, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida e menor disfunção da FAV.

Os resultados foram categorizados por foco de atenção e/ou diagnósticos e intervenções de enfermagem, tendo por base a Ontologia de Enfermagem. Assim, obteve-se o foco de atenção “Fístula Arteriovenosa” e a intervenção de enfermagem “Otimizar fístula Arteriovenosa”. As restantes categorias são os diagnósticos: “Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa”, “Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa” e as intervenções de enfermagem definidas são dos domínios de acção “ensinar”, “instruir” e “avaliar”.



Figura 2: Diagrama da categorização dos resultados tendo por base a Ontologia de Enfermagem

Susana Margarida da Silva Petronilho

### ***Fístula Arteriovenosa***

Após a categorização das intervenções mapeadas com esta revisão, foi possível verificar que o Foco de Atenção “Fístula Arteriovenosa”, é dos que concentra um maior número de intervenções de enfermagem. No que concerne a esta categoria, bem como à prevenção de complicações, Mattos Gonçalves et al., (2020) referem que a pessoa com FAV deve ser capaz de compreender o funcionamento da FAV e a finalidade das medidas de precaução para evitar a sua inoperacionalidade. Os mesmos autores aludem ainda à importância de incorporar evidência científica sobre a FAV para pensar os cuidados de enfermagem prestados, permitindo assim uma promoção segura dos cuidados.

Embora seja difícil prever o rumo da função renal da pessoa com doença renal crónica, o ideal é a que a FAV seja criada 3 a 6 meses antes da necessidade prevista. Este período, permite tempo suficiente para a maturação e para qualquer intervenção cirúrgica de revisão que possa ser necessária para mitigar a necessidade de HD através de outro acesso vascular, nomeadamente cateter venoso central, devido à morbilidade associada (Arasu et al., 2022). As intervenções para a capacitação da pessoa antes da construção da FAV, sumariadas nesta revisão, estão diretamente voltadas para a preservação prévia das condições da pele e da rede vascular.

Além disso, a intervenção de enfermagem para o melhor funcionamento da FAV, depende da adequação dos vasos e do tempo permitido antes da sua utilização. No passado, a seleção dos vasos a utilizar para a realização de FAV baseava-se exclusivamente no exame físico. Mais recentemente é complementada com o mapeamento pré-operatório dos vasos do braço com ecografia Doppler colorido antes da realização do acesso vascular e tem-se mostrado útil para atingir uma maior percentagem de FAV, para determinar a viabilidade de realização do acesso e a sua melhor localização, evitando fúteis cirurgias e melhores resultados a longo prazo (Fraga Dias et al., 2024).

Os principais cuidados após a construção da FAV prendem-se com a prevenção de complicações cirúrgicas precoces e atitudes que potenciem a maturação da FAV (Lok et al., 2020). O envolvimento precoce da pessoa com FAV logo após a sua construção, é referido por Neyhart CD et al., (2010) como vantajoso no atraso da progressão da doença e na tomada de decisões informadas sobre o tratamento, o que requer a participação da pessoa nos seus cuidados.

Marsh et al., (2023) referem que, como em qualquer outra cirurgia, existe o risco de hemorragia, infeção ou de dano das estruturas adjacentes.

No que concerne aos cuidados na fase pós-operatório imediato, Ibeas et al., (2017), apresentam uma sumula de principais cuidados que a pessoa deve ter após a construção da FAV, tais como:

- manter a área cirúrgica seca até à remoção das suturas;
- realizar movimentos suaves com os dedos e braço da FAV para promover a circulação sanguínea, desde as primeiras 24-48 horas, mas evitando exercícios bruscos, pois podem promover hemorragia da ferida;
- evitar a flexão completa do braço, caso a FAV esteja implantada na flexura do membro;
- manter o penso sempre limpo e seco, trocando-o se estiver sujo ou húmido;
- evitar situações que possam favorecer a contaminação da ferida cirúrgica ou, se for o caso, esta deverá adequadamente protegida (trabalho no campo ou com animais).

No estudo realizado por Costa & Linhares, (2018), as pessoas revelaram que não conheciam aspetos importantes dos cuidados com a FAV após a sua construção, tais como: elevação do membro nos primeiros dias, trocas frequentes de pensos, prevenção de oclusões que possam interromper o fluxo na FAV, inspeção da presença de frémio na FAV local de acesso, exercícios de compressão palmar e relaxamento manual com um objeto maleável. Estes cuidados, são elementos essenciais para o bom funcionamento da FAV, desde a sua construção. Da revisão realizada, constata-se que as intervenções identificadas nesta categoria, devem ser iniciadas desde o período pré-operatório e mantidas de futuro para otimizar o funcionamento deste acesso vascular.

Li & Yin, (2021) indicam que existe uma relação positiva entre a capacidade de autogestão das pessoas em hemodiálise e a qualidade da FAV.

Na revisão realizada, a verificação frequente do frémio da FAV, evicção de avaliação da pressão arterial e de punção venosa no membro da FAV, foram as intervenções mais adotadas pelas pessoas nos estudos analisados. Também Arasu et al., (2022), no que concerne às estratégias para manutenção da FAV, referem que as pessoas devem ser ensinadas a examinar o frémio da FAV diariamente. Se detetarem alteração ou ausência de frémio, devem ser aconselhados a dirigirem-se à clínica ou ao hospital. Os mesmos autores referem ainda a importância de o enfermeiro ensinar a pessoa com FAV a nunca permitir avaliação da pressão arterial no membro da FAV, pela compressão provocada, aumentando assim o risco de trombozes. Este mesmo risco está presente também se a pessoa com FAV permitir colheitas de sangue ou infusão de medicação endovenosa no membro da FAV.

Também Ibeas et al., (2017), sugerem que a pessoa com FAV realize diariamente uma observação sistemática do seu acesso venoso, que inclua inspeção de todo o trajeto da FAV. Esta inspeção deve ser realizada com a ponta dos dedos, para detectar presença de hematomas, dilatações aneurismáticas ou existência de edema, que poderá significar presença de estenose. Esta inspeção deve incluir as extremidades do membro, quanto a palidez, temperatura ou presença de úlceras digitais, por eventual síndrome de roubo. Quanto à palpação, deve ser realizada com o objetivo de sentir o frémito da FAV. Por fim, os mesmos autores indicam que a pessoa com FAV deve realizar diariamente o teste de elevação do braço, pois se houver ausência de colapso de alguma porção do segmento venoso, estamos perante uma suspeita de estenose da FAV.

Num estudo comparativo realizado por Li & Yin, (2021), é demonstrado que as pessoas que recebem educação sobre autogestão e comportamentos de autoproteção da FAV, apresentam resultados favoráveis na autogestão da doença e cooperam ativamente durante o tratamento, melhorando assim a qualidade e preservação da FAV.

Também García Araque & Sancho Cantus, (2015) referem que as equipas de enfermagem em HD desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção do bom funcionamento e sobrevivência da FAV, por meio da educação para a saúde, incluindo o ensino sobre o autocuidado com a FAV. As equipas de enfermagem realizam sobretudo um trabalho técnico nas unidades de HD, mas não devem esquecer o trabalho educativo.

No que respeita à importância da lavagem do membro da FAV antes do início do tratamento, Ibeas et al., (2017) consideram que não nos podemos esquecer que a canulação da FAV é um procedimento invasivo e, por isso, devem ser tomadas medidas extremas de assepsia. Assim, antes de colocar o campo estéril e desinfetar o local da punção, é necessário lavar o braço com água e sabão, com maior ênfase no caso das pessoas que utilizado pomada anestésica, de modo a garantir a sua total remoção, e na presença de aneurismas muito proeminentes.

No estudo realizado por Costa & Linhares, (2018), os autores referem que a lavagem do membro da FAV com água e sabão antes da hemodiálise, é das intervenções com mais adesão, sendo que 77,3% das pessoas referiram que o faziam antes do início do tratamento.

### ***Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa***

Para desenvolver comportamentos de autocuidado com o objetivo de prevenir complicações, é importante ter presente quais as complicações mais comuns que se desenvolvem na pessoa com FAV.

Complicações como trombose, hipertensão venosa, estenose, edema, neuropatia isquêmica, síndrome de roubo, aneurismas e infecções são reportadas com mais frequência. Estas complicações, geralmente estão na causa de hospitalizações recorrentes, ameaçando a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes (H. Sousa et al., 2022).

De acordo com Tong et al., (2024), a FAV é hoje utilizada como primeira escolha na construção do acesso vascular devido à sua baixa taxa de infecção e baixa taxa de trombose. No entanto, apenas 50% das FAV se mantêm funcionais 6 meses após a sua confecção e as principais causas de disfunção são a estenose vascular e a trombose. A estenose da FAV pode levar diretamente à formação de aneurismas. A detecção precoce da estenose do acesso e a angioplastia transluminal percutânea atempada e/ou a intervenção cirúrgica aberta podem prolongar a vida útil deste acesso vascular.

Ainda neste domínio, uma das complicações que pode surgir é a síndrome de roubo. Caracteriza-se pela isquemia distal à área da FAV por diminuição do fluxo sanguíneo distal, devido à pressão negativa gerada pela máquina de HD, que resulta no desvio sanguíneo da FAV para a linha de acesso venoso e, conseqüentemente, na redução do fluxo sanguíneo para o acesso arterial (Sueki et al., 2014).

Os sinais e sintomas da síndrome de roubo incluem palidez, dor, fadiga e arrefecimento das extremidades da FAV durante a sessão de HD. É importante que os enfermeiros e as pessoas estejam cientes desses sinais, para que medidas corretivas possam ser tomadas de forma precoce, tal como identificado nos estudos 1, 7, 9 e 11 desta revisão. Além disso, a identificação dos sinais e sintomas da síndrome de roubo é fundamental para diferenciá-la de outras complicações possíveis da fístula arteriovenosa, permitindo uma gestão adequada e evitando potenciais complicações a longo prazo (Alie-Cusson et al., 2021).

A importância de avisar o enfermeiro durante o tratamento de HD no caso de dor na mão ou braço da FAV, é referido por Miranda et al., (2024) como sinal de eventual dano isquêmico, que pode ser irreversível. O elevado fluxo sanguíneo desencadeado pela FAV pode prejudicar a normal perfusão dos membros, levando à isquemia distal. Para além da dor, extremidades frias e cianosadas, parestesias e surgimento de úlceras nas extremidades, são também sinais de compromisso vascular aos quais as pessoas sob HD devem estar atentas.

Também Arasu et al., (2022) consideram que a avaliação da FAV para HD, deve incluir a questão “Sente dor no braço em repouso ou durante o esforço? Esta dor piora durante a diálise?”, a ser realizada pelo enfermeiro à pessoa com FAV, por se tratar de um sinal de síndrome de roubo.

Miranda et al., (2024) analisaram da distribuição do sangue das mãos por meio da termografia e concluíram que este método de avaliação pode fornecer evidências sobre a microcirculação periférica e orientar o diagnóstico precoce e o tratamento da isquemia consequente à síndrome de roubo, em pessoas sob HD, como instrumento inovador de diagnóstico auxiliar desta complicação.

As intervenções direcionadas para a monitorização de sinais de infecção nos locais de punção, são muito importantes uma vez que a infecção nos locais de punção é uma complicação frequente na pessoa com FAV, podendo ter um impacto significativo na qualidade de vida e no prognóstico. As infecções surgem devido à introdução de microrganismos durante o processo de punção, sendo a principal etiologia bactérias da pele. Consequentemente, podem surgir complicações mais graves, como a trombose da fístula, estenose ou até mesmo septicemia, aumentando a morbidade e a mortalidade. Por conseguinte, a prevenção, detecção e tratamento precoce das infecções nos locais de punção são fundamentais para evitar estas consequências negativas e garantir a eficácia do acesso vascular para hemodiálise (Folgado et al., 2021).

Relativamente à importância de avisar o enfermeiro no caso de surgimento de feridas no membro da FAV, Schmidli et al., (2018) referem que a detecção e encaminhamento de doentes com crosta que não cicatriza no local da punção pode salvar vidas, por se tratar de um sinal precoce de eventual infecção.

A importância de detecção precoce de sinais e/ou sintomas de hipotensão, tais como tonturas, náuseas, pele fria e húmida, é referido por Arasu et al., (2022) como a terceira principal causa para a falha da FAV e, com grande risco de trombose do referido acesso (Ibeas et al., 2017).

Apesar de se tratar de uma das intervenções menos referidas nos estudos analisados nesta revisão, a literatura indica que a alternância dos locais de punção é de extrema importância para a prevenção de complicações. Para a realização dos tratamentos de HD, a FAV é repetidamente canulada. Esta lesão, para além de sistemática, é indispensável e, quando realizada sem critério nem planeamento prévio do local a canular, torna a FAV suscetível a complicações como hematomas, aneurismas, problemas endoteliais e fenómenos trombóticos, que têm impacto na morbidade e mortalidade da pessoa em hemodiálise (Pinto et al., 2022). Os mesmos autores referem que as pessoas devem ser instruídas sobre os cuidados a ter com a FAV entre canulações e é necessária formação estruturada e supervisão de enfermeiros de HD com atualizações regulares da formação para manter a competência na canulação. Referem ainda que, sempre que possível, dependendo das suas características, as pessoas devem ser ensinadas a realizar um exame físico diário da FAV.

Deste modo, pode-se esperar que as pessoas que tenham uma maior consciencialização e, mais importante, que estejam envolvidos com a equipa clínica nos cuidados da sua FAV, obtendo melhores resultados para o seu acesso venoso (Pinto et al., 2022).

### ***Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa***

Relativamente ao potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da FAV, Ibeas et al., (2017), indicam qual deve ser a atuação da pessoa com FAV perante o surgimento de hemorragia pelo orifício na pele correspondente à punção. A pessoa deve pressionar com uma compressa, comprimindo suavemente com os dedos da mesma forma que na sessão de HD. Se a hemorragia não parar num prazo razoável, deve dirigir-se a um centro de saúde para avaliação. Perante este evento, a pessoa tem que estar instruída para nunca aplicar uma ligadura de compressão circular.

O estabelecimento de um modelo de autogestão de cuidados em pessoas com FAV pode melhorar a capacidade de autogestão das pessoas em HD e permitir que as pessoas realizem o autocuidado diário da FAV e ajudá-las a diagnosticar quaisquer problemas com o seu acesso vascular e a comunicar -se ativamente com a equipa médica na sua vida diária. Depois de as pessoas compreenderem a aplicação do conceito de autogestão, com base na melhoria significativa do nível dos cuidados de enfermagem, a qualidade da FAV pode ser significativamente melhorada (Li & Yin, 2021).

### ***Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de maturação da fístula arteriovenosa***

Ibeas et al., (2017) indicam que uma maturação insuficiente da FAV pode aumentar a incidência de complicações relacionadas com a sua punção (hematomas, tromboses) e reduzir a sua sobrevivência. Além disso, uma FAV imatura no momento da primeira punção pode exigir a implantação de CVC na pessoa incidente para iniciar o programa de HD ou atrasar a sua remoção no doente prevalente. Assim, é importante estabelecer estratégias que favoreçam o processo de maturação para que a FAV possa ser puncionada no momento adequado.

Na revisão realizada, os resultados encontrados no que concerne ao autocuidado durante a maturação da FAV, para além da permanente vigilância pela possibilidade de síndrome de

roubo, vão ao encontro da realização de exercícios que promovam o aumento do diâmetro do acesso venoso.

Contudo, segundo Ibeas et al., (2017) referem que a evidência científica é muito baixa, quanto à utilidade da realização de exercícios de prensão manual no processo de maturação da FAV. Segundo os autores, muito poucos estudos apresentam dados sobre a eficácia do exercício para melhorar a maturação ou sobrevivência da FAV. Das *guidelines* de prática clínica existentes, Lok et al., (2020), nas orientações da KDOQI, recomendam exercícios de prensão palmar para promoção de dilatação da FAV, com utilidade na maturação da FAV.

Gallieni et al., (2019) sugerem que um programa de exercício padronizado que envolva exercícios para as mãos e braços pode melhorar a maturação da fístula arteriovenosa em adultos com DRC terminal. Contudo, consideram que a evidência existente não é suficiente para apoiar programas específicos de exercícios.

A prática de exercícios de prensão são recomendados por Schmidli et al., (2018) quando referem que, após a criação da FAV, os diâmetros das veias aumentam imediatamente após o exercício do braço. Em comparação com a não prática de exercício, os programas de exercício para as mãos e braços provocam uma dilatação significativa da veia de saída e um aumento do fluxo. Segundo os mesmos autores, em dois ensaios clínicos randomizados, os programas estruturados de exercícios para as mãos aumentaram significativamente a maturação clínica após a criação da FAV, principalmente nas FAV distais. Deste modo, as pessoas devem ser encorajadas a seguir um programa de exercícios para as mãos e braços após a criação da FAV.

### ***Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito***

Da revisão realizada, apenas um estudo (E5) aborda a recreação como medida de autocuidado.

H. Sousa et al., (2022) referem no seu estudo, impactos negativos relacionados com a FAV, tais como impacto no bem-estar físico, impacto emocional, impacto nas rotinas diárias e impacto na auto-imagem. Segundo os autores, este impacto negativo, pode ser devido aos hematomas e alterações da morfologia do membro, a impossibilidade de realizar tarefas diárias (p. ex. tratar dos animais, aspirar a casa, entre outros...), passando pelo estigma social sentido pela desfiguração do membro, sem esquecer o medo do momento de canulação ou a constante possibilidade de complicações com o acesso venoso ou o tratamento.

De notar que as categorias “Manutenção da FAV”, “Prevenção de complicações”, “gestão de complicações” e “autocuidado em HD”, são as que encerram um maior número de intervenções de enfermagem que, na sua maioria, são comuns às intervenções agrupadas nas restantes categorias. Nas categorias referidas anteriormente, é claro o papel do enfermeiro enquanto educador para a saúde, influenciando a melhoria da qualidade de vida da pessoa com FAV (Mattos Gonçalves et al., 2020).

Num estudo realizado por Escudero-Lopez et al., (2024), referem que uma educação em saúde personalizada é um fator facilitador, pois algumas pessoas, atendendo a experiências anteriores, exigem instruções claras, adaptadas às suas necessidades individuais e ao seu nível educacional.

As intervenções de enfermagem que transpõem a maioria dos estudos desta revisão, denotam a elevada importância da pessoa no seu autocuidado. Este envolvimento é também referido por Simmons, (2009), quando orienta a prática de enfermagem em HD pela teoria do autocuidado de Orem. O autor refere que a área da hemodiálise é uma área da prática de enfermagem na qual a aplicação desta teoria é apropriada, uma vez que é crucial que as pessoas estejam ativamente envolvidas no autocuidado. Orem acreditava que as pessoas têm uma capacidade natural para o autocuidado e que a enfermagem deveria concentrar-se em potenciar essa capacidade.

O objetivo da prática de enfermagem é ajudar as pessoas a prepararem-se adequadamente para se envolverem nos seus próprios cuidados, melhorando assim os seus resultados e a qualidade de vida. Como enfermeiros, podemos fazê-lo estabelecendo uma relação de confiança entre enfermeiro e a pessoa, fornecendo apoio e educação, permitindo às pessoas algum controlo da sua situação, participando na tomada de decisões e encorajando-as a participarem ativamente no tratamento de hemodiálise (Simmons, 2009).

Os resultados obtidos nesta revisão, evidenciam que as intervenções de enfermagem se devem focar na educação e treino contínuo, reforçando o conhecimento, para melhorar os comportamentos de autocuidado.

Relativamente a estratégias de promoção da educação da pessoa com FAV, Hudson & Macdonald, (2010), referem que o desenvolvimento de material impresso para reforçar pontos-chave, podem ser uma abordagem de ensino viável para algumas pessoas, com base na avaliação da preferência da pessoa pelo uso de material escrito, literacia e nível de compreensão.

Num estudo realizado por Ramos Costa Pessoa et al., (2020), para construção e validação de conteúdo de vídeo sobre o autocuidado da FAV, os autores consideraram que os métodos de treino dirigidos às pessoas em HD podem promover a aquisição de conhecimentos sobre a doença e promover a adesão ao tratamento, substituindo hábitos incorretos por hábitos de saúde corretos. Os recursos tecnológicos podem auxiliar os serviços de saúde, tendo em conta que a saúde, a comunicação e a educação são conceitos indissociáveis.

Durante a realização da *scoping review*, a limitação ao estudo identificada foi a falta de padronização na descrição das intervenções de capacitação da pessoa sob hemodiálise para o autocuidado à FAV, o que pode ter influenciado os resultados da revisão, tornando difícil a comparação entre os estudos incluídos.

## 8. Conclusão

---

A partir desta *scoping review*, verificou-se que as intervenções voltadas para o autocuidado são fundamentais para preservar a funcionalidade da FAV e prevenir complicações. Medidas como evitar punções venosas no braço da FAV, observar regularmente sinais de infecção ou trombose, e realizar exercícios de prensão manual surgem como práticas relevantes e potencialmente eficazes.

Embora os resultados desta revisão ofereçam uma visão abrangente das práticas de autocuidado recomendadas, verifica-se que as evidências disponíveis apresentam variações nas abordagens e metodologias empregues. Além disso, uma padronização nas ferramentas de avaliação permitiria uma melhor comparação entre estudos e uma aplicação prática mais uniforme dos cuidados indicados.

Para a prática clínica, esta revisão sublinha a necessidade de implementar programas de capacitação estruturados e individualizados, que considerem as especificidades de cada pessoa e o seu nível de conhecimento. A formação das pessoas em práticas de autocuidado pode ser integrada nas rotinas das unidades de hemodiálise, de modo a fomentar a autonomia e o envolvimento ativo nos tratamentos.

Desenvolvimentos futuros devem focar-se na criação de protocolos de autocuidado padronizados e validados, e na condução de estudos longitudinais para avaliar os seus efeitos a longo prazo. Estudos que explorem o impacto das intervenções de autocuidado em populações diversas e que utilizem escalas consistentes, como a ASBHD-AVF, serão cruciais para fortalecer as recomendações e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em conclusão, esta *scoping review* contribui para a compreensão das intervenções de capacitação da pessoa sob hemodiálise para o autocuidado à fístula arteriovenosa, apesar das limitações identificadas. Os resultados fornecem uma visão abrangente das evidências disponíveis, destacando a importância de abordagens de capacitação que visam melhorar o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas em hemodiálise.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

No contexto do estágio em HD, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, este estudo alcançou com sucesso os objetivos propostos. Através da análise das práticas de capacitação e autocuidado em pessoas com FAV, foi possível identificar intervenções cruciais para a preservação da funcionalidade da FAV e para a prevenção de complicações associadas ao tratamento de HD. Estas práticas incluem desde o controlo adequado do acesso vascular até à promoção de uma gestão autónoma por parte da pessoa, evidenciando a importância do autocuidado como pilar fundamental na continuidade dos cuidados.

Os resultados obtidos apontam para uma eficácia relevante nas intervenções educativas que capacitam as pessoas em HD para práticas seguras de autocuidado, tais como a higienização do membro da FAV, o exame diário do frémio, e a adoção de medidas preventivas para reduzir o risco de infeções, hematomas e outras complicações. A eficiência destas intervenções traduz-se não só na preservação do acesso vascular e na diminuição de episódios agudos, como também na potencial redução de custos e recursos em saúde, face à menor necessidade de cuidados de urgência.

Neste sentido, recomenda-se a inclusão de programas educativos sistemáticos, aplicados na rotina das unidades de HD e sustentados por protocolos de avaliação padronizados. Estas ações podem promover a autonomia e a confiança das pessoas na gestão do seu tratamento, permitindo uma adaptação mais eficaz à condição crónica. Estes programas devem ser personalizados de acordo com as necessidades individuais e acompanhados de ferramentas validadas, como escalas de avaliação de autocuidado, para monitorizar a adesão e os resultados alcançados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alie-Cusson, F. S., Bhat, K., Ramchandani, J., Steerman, S. N., Dexter, D. J., & Panneton, J. M. (2021). Distal Revascularization and Interval Ligation for the Management of Dialysis Access Steal Syndrome. *Annals of Vascular Surgery*, 74, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2021.01.102>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Pereira da Silva Martins, M. M. F. P., de Lima Trindade, L., Mendes, M., da Conceição Alves Faria, A., Cristina da Costa Barros, S., Manuel da Costa Melo, R., & Pimenta Lopes Ribeiro, O. M. (2024). Characterization of nurses' work methods: The analysis of a Portuguese hospital. *Nursing Practice Today*, 11(1), 34–43. <https://doi.org/10.18502/npt.v11i1.14940>
- Arasu, R., Jegatheesan, D., & Sivakumaran, Y. (2022). Overview of hemodialysis access and assessment. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 68(8), 577–582. <https://doi.org/10.46747/cfp.6808577>
- Araújo Rocha, G., Lima de Oliveira, A. K., Gerlai Lima Oliveira, F., Silva Rodrigues, V. E., de Sousa Moura, A. G., Barros Sousa, E., & Gomes Machado, A. L. (2021a). Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: Revisão integrativa. *Revista Cuidarte*, 12(3), 1–16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090>
- Araújo Rocha, G., Lima de Oliveira, A. K., Gerlai Lima Oliveira, F., Silva Rodrigues, V. E., de Sousa Moura, A. G., Barros Sousa, E., & Gomes Machado, A. L. (2021b). Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: Revisão integrativa. *Revista Cuidarte*, 12(3), 1–16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2090>
- Ashby, D., Borman, N., Burton, J., Corbett, R., Davenport, A., Farrington, K., Flowers, K., Fotheringham, J., Andrea Fox, R. N., Franklin, G., Gardiner, C., Martin Gerrish, R. N., Greenwood, S., Hothi, D., Khares, A., Koufaki, P., Levy, J., Lindley, E., Macdonald, J., ... Wilkie, M. (2019). Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis. *BMC Nephrology*, 20(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1527-3>
- Başer, E., & Mollaoğlu, M. (2019). The effect of a hemodialysis patient education program on fluid control and dietary compliance. *Hemodialysis International. International*

*Symposium on Home Hemodialysis*, 23(3), 392–401.  
<https://doi.org/10.1111/hdi.12744>

Bello, A. K., Okpechi, I. G., Osman, M. A., Cho, Y., Htay, H., Jha, V., Wainstein, M., & Johnson, D. W. (2022). Epidemiology of haemodialysis outcomes. *Nature Reviews. Nephrology*, 18(6), 378–395. <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00542-7>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.

Beyebach, M., Neipp, M. D. C., García-Moreno, M., & González-Sánchez, I. (2018). IMPACT of nurses' solution-focused communication on the fluid adherence of adult patients on haemodialysis: Journal of advanced nursing. *Journal of advanced nursing*, 74(11), 2654–2657. <https://doi.org/10.1111/jan.13792>

Bonner, A., Douglas, B., Brown, L., Harvie, B., Lucas, A., Tomlins, M., & Gillespie, K. (2023). Understanding the practice patterns of nephrology nurse practitioners in Australia. *Journal of Renal Care*, 49(4), 278–287. <https://doi.org/10.1111/jorc.12444>

Boudreau, J. É., & Dubé, A. (2017). Chaos through the continuum of kidney dysfunction: A conceptual framework. *CANNT Journal*, 27(2), 29–34.

Caldas Clementino, D., de Queiroz Souza, A. M., do Carmo da Costa Barros, D., Albuquerque Carvalho, D. M., Renato dos Santos, C., & do Nascimento Fraga, S. (2018). Hemodialysis Patients: The Importance of Self-Care with the Arteriovenous Fistula. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(7), 1841–1852. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234970p1841-1852-2018>

Camedda, C., Bici, G., Magi, C. E., Guzzon, A., & Longobucco, Y. (2023). The Therapeutic Nurse–Patient Relationship in Hemodialysis: A Pilot Mixed-Method Study on the Perceived Quality of Nurses' Attitudes and Caring Behaviors. *Nursing Reports*, 13(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030087>

Carrillo Algarra, A. J., Laza Vásquez, C., & Molina Jerena, J. Á. (2013). Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica. *Enfermería Nefrológica*, 16(3), 185–192. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000300007>

- Chamberlain, D., Hegney, D., Harvey, C., Knight, B., Garrahy, A., & Tsai, L. P.-S. (2019). The factors influencing the effective early career and rapid transition to a nursing specialty in differing contexts of practice: A modified Delphi consensus study. *BMJ Open*, *9*(8), e028541. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028541>
- Chao, C.-T., Lai, C.-F., Huang, J.-W., Chiang, C.-K., & Huang, S.-J. (2015). Association of increased travel distance to dialysis units with the risk of anemia in rural chronic hemodialysis elderly. *Hemodialysis International*, *19*(1), 44–53. <https://doi.org/10.1111/hdi.12187>
- Chen, J., Zhou, M., Zeng, K., Zhang, X., Yang, X., He, L., & Pan, X. (2021). The risk factors of autogenous arteriovenous fistula dysfunction in maintenance hemodialysis patients and the curative effect of personalized nursing. *American Journal of Translational Research*, *13*(5), 5107–5116.
- Clementino, D. C., Souza, A. M. de Q., Barros, D. do C. da C., Carvalho, D. M. A., Santos, C. R. dos, & Fraga, S. do N. (2018). Pacientes em hemodiálise: Importância do autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, *12*(7), Artigo 7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234970p1841-1852-2018>
- Coronado-Vázquez, V., Canet-Fajas, C., Ramírez-Durán, M. V., Gómez-Salgado, J., Robles-Romero, J. M., Fagundo-Rivera, J., & Romero-Martín, M. (2020). Nursing Care Ethical Implications Regarding Chronic Patients at Hospital Discharge. *Healthcare*, *8*(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020167>
- Costa, N. R., & Linhares, F. M. P. (2018). Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: Conhecimento, atitude e prática. *Escola Anna Nery*, *19*(1), 73–79. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>
- Costa Pessoa, N. R., De Souza Soares Lima, L. H., Dos Santos, G. A., De Queiroz Frazão, C. M. F., Sousa, C. N., & Ramos, V. P. (2020). Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, *7*(3), 369–377. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>
- de Araújo Ferreira, J. K., Costa Pessoa, N. R., Pereira Pôrto, N., Mendes Santos, L. N., de Carvalho Lira, A. L. B., & de Queiroz Frazão, C. M. F. (2018). Knowledge: Disease

- process in patients undergoing hemodialysis: Conocimiento: proceso de la enfermedad en pacientes sometidos a hemodiálises. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 36(2), 26–35. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e04>
- Delmas, P., Antonini, M., Berthoud, L., O'Reilly, L., Cara, C., Brousseau, S., Bellier-Teichmann, T., Weidmann, J., Roulet-Schwab, D., Ledoux, I., Pasquier, J., Boillat, E., Brandalesi, V., & Konishi, M. (2020). A comparative descriptive analysis of perceived quality of caring attitudes and behaviours between haemodialysis patients and their nurses. *Nursing Open*, 7(2), 563–570. <https://doi.org/10.1002/nop2.421>
- DGS. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central—Portal das Normas Clínicas. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Dobson S & Tranter S. (2008). Organising the work: Choosing the most effective way to deliver nursing care in a hospital haemodialysis unit. *Renal Society of Australasia Journal*, 4(2), 59–63.
- Escudero-Lopez, M., Martinez-Andres, M., Marcilla-Toribio, I., Moratalla-Cebrian, M. L., Perez-Moreno, A., & Bartolome-Gutierrez, R. (2024). Barriers and facilitators in self-care and management of chronic kidney disease in dialysis patients: A systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 33(10), 3815–3830. <https://doi.org/10.1111/jocn.17193>
- Evans, T. R., Burns, C., Essex, R., Finnerty, G., Hatton, E., Clements, A. J., Breau, G., Quinn, F., Elliott, H., Smith, L. D., Matthews, B., Jennings, K., Crossman, J., Williams, G., Miller, D., Harold, B., Gurnett, P., Jagodzinski, L., Smith, J., ... Weldon, S. (2023). A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1078797. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1078797>
- Folgado, D. C., Dias, F., Ramalinho, J., Sousa, L. M. M., Bico, I., Marques, M. D. C., & Frias, A. M. A. (2021). RISCO DE INFEÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE: ESTUDO DE CASO. Em A. M. A. Frias, *Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2* (1.ª ed., pp. 227–242). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130821>

- Fraga Dias, B., Freitas, J., Silva, F., Fonseca, I., Almeida, P., & Queirós, J. (2024). Preoperative mapping and multidisciplinary team are the key to success of arteriovenous access for hemodialysis. *Nefrologia*, 44(3), 344–353. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.06.006>
- Gallani, M. C. B. J. (2015). *SciELO - Brazil—The nurse in the context of chronic disease The nurse in the context of chronic disease*. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zxt8Sq3wYFW3gHbVv785bv/?lang=pt>
- Gallieni, M., Hollenbeck, M., Inston, N., Kumwenda, M., Powell, S., Tordoir, J., Al Shakarchi, J., Berger, P., Bolignano, D., Cassidy, D., Chan, T. Y., Dhondt, A., Drechsler, C., Ecdler, T., Finocchiaro, P., Haller, M., Hanko, J., Heye, S., Ibeas, J., ... Nagler, E. (2019). Clinical practice guideline on peri- and postoperative care of arteriovenous fistulas and grafts for haemodialysis in adults. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(Supplement\_2), ii1–ii42. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz072>
- García Araque, J. L., & Sancho Cantus, D. (2015). Valoración de autocuidados en el acceso vascular para hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 157–162. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842015000300002>
- Gardner, G., Duffield, C., Doubrovsky, A., & Adams, M. (2016). Identifying advanced practice: A national survey of a nursing workforce. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.001>
- Griva, K., Yoong, R. K. L., Nandakumar, M., Rajeswari, M., Khoo, E. Y. H., Lee, V. Y. W., Kang, A. W. C., Osborne, R. H., Brini, S., & Newman, S. P. (2020). Associations between health literacy and health care utilization and mortality in patients with coexisting diabetes and end-stage renal disease: A prospective cohort study. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 405–427. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12413>
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>

- Hudson, S., & Macdonald, M. (2010). Hemodialysis arteriovenous fistula self-cannulation: Moving theory to practice in developing patient-teaching resources. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 24(6), 304–312. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181f903b8>
- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., del Pozo, J. L., Gruss, E., Ramírez de Arellano, M., Fontseré, N., Arenas, M. D., Merino, J. L., García-Revilla, J., Caro, P., López-Espada, C., Giménez-Gaibar, A., Fernández-Lucas, M., Valdés, P., Fernández-Quesada, F., ... Barba, Á. (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Nefrología*, 37, 1–191. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
- Ilumin, M. P. (2003). A continuous quality improvement (CQI) initiative: Focusing on primary nurse accountability. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 30(1), 33–37.
- Karkar, A. (2018). Infection control guidelines in hemodialysis facilities. *Kidney Research and Clinical Practice*, 37(1), 1–3. <https://doi.org/10.23876/j.krcp.2018.37.1.1>
- Kim, H., & Cho, M.-K. (2021). Factors Influencing Self-Care Behavior and Treatment Adherence in Hemodialysis Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12934. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412934>
- Kim, H., Jeong, I. S., & Cho, M.-K. (2022). Effect of Treatment Adherence Improvement Program in Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11657. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811657>
- King, R., Taylor, B., Talpur, A., Jackson, C., Manley, K., Ashby, N., Tod, A., Ryan, T., Wood, E., Senek, M., & Robertson, S. (2021). Factors that optimise the impact of continuing professional development in nursing: A rapid evidence review. *Nurse Education Today*, 98, 104652. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104652>
- Kuo, P.-Y., Saran, R., Argentina, M., Heung, M., Bragg-Gresham, J., Krein, S., Gillespie, B. W., Zheng, K., & Veinot, T. C. (2020). Cramping, crashing, cannulating, and clotting: A qualitative study of patients' definitions of a «bad run» on hemodialysis. *BMC Nephrology*, 21(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01726-8>

- Li, Q., & Yin, Z. (2021). Effect of self-management and thrombus monitoring on patients with autogenous arteriovenous fistula. *American Journal of Translational Research*, 13(10), 11806–11813.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Malkina, A., & Tuot, D. S. (2018). Role of telehealth in renal replacement therapy education. *Seminars in Dialysis*, 31(2), 129–134. <https://doi.org/10.1111/sdi.12663>
- Maria Otília Brites Zangão, Poeira, A. F. da S., Bilro, P. C. V., & Sousa, L. M. M. (2024). *Gestão em Enfermagem Baseada em Evidências: Prática, Procedimentos e Intervenções* (1ª edição). EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA.
- Marsh, A. M., Genova, R., & Lopez, J. L. (2023). Dialysis Fistula. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559085/>
- Martins, M., & Moura, S. (2023). Analisar o autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº2), e29211. <https://doi.org/10.12707/RVI23.11.29211>
- Mattos Gonçalves, L., Passos Cunha, L., Costa E. Silva, F. V., da Silva Pires, A., Lengruber de Azevedo, A., & da Silva, P. S. (2020). Nursing Care to Clients with Arteriovenous Fistula: An Integrative Review of the Literature. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12(1), 457–462. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8515>
- Meleis, A. (2009). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Miranda, M. K. V., Simplício, I. de O. B., Bezerra, J. da S., Ferreira, M. S., Lima, F. da S., Blandes, A. I. da S., Simplício, A. T. C., & Alves, L. P. (2024). Hand ischemia in patients undergoing renal replacement therapy: Assessment by thermography. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37(1), 1–8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00017622>

- Moore, J., & McQuestion, M. (2012). The Clinical Nurse Specialist in Chronic Diseases. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 149. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182503fa7>
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Murali, K. M., Mullan, J., Roodenrys, S., Hassan, H. C., Lambert, K., & Lonergan, M. (2019). Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PloS One*, 14(1), e0211479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>
- Neyhart CD, McCoy L, Rodegast B, Gilet CA, Roberts C, & Downes K. (2010). A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: The UNC Kidney Center Nephrology Nursing Initiative. *Nephrology Nursing Journal*, 37(2), 121–131.
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). ELEMENTOS E ESTRATÉGIAS PARA A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25, e4500014.
- Oliveira de Mendonça, A. E., Martins Teixeira, M., Pires Barra, I., de Medeiros Tavares, J. M., Costa Pessoa, N. R., & dos Santos Pennafort, V. P. (2020). Autocuidado Do Paciente Renal Com a Fístula Arteriovenosa. *Enfermagem em Foco*, 11(4), 181–187.
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2016). *Guia Orientador de Boa Prática—Cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise* (Ordem dos Enfermeiros).
- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D., & Turker, T. (2019). Nonadherence in Hemodialysis Patients and Related Factors: A Multicenter Study. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 27(4), e36. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000309>
- Ozen, N., Tosun, N., Cinar, F. I., Bagcivan, G., Yilmaz, M. I., Askin, D., Mut, D., Ozen, V., Yenicesu, M., & Zajm, E. (2017). Investigation of the knowledge and attitudes of patients who are undergoing hemodialysis treatment regarding their arteriovenous

fistula. *The Journal of Vascular Access*, 18(1), 64–68.  
<https://doi.org/10.5301/jva.5000618>

Payton, J. (2022). Use of the Dialysis Survey Process to Enhance Quality Improvement Processes. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 49(2), 117–120.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119.  
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Phillips, D., Holmes, J., Davies, R., Geen, J., Williams, J. D., & Phillips, A. O. (2018). The influence of socioeconomic status on presentation and outcome of acute kidney injury. *QJM: An International Journal of Medicine*, 111(12), 849–857.  
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcy180>

Pinto, R., Sousa, C., Salgueiro, A., & Fernandes, I. (2022). Arteriovenous fistula cannulation in hemodialysis: A vascular access clinical practice guidelines narrative review. *The Journal of Vascular Access*, 23(5), 825–831.  
<https://doi.org/10.1177/11297298211006972>

Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. da, & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220721.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Portaria n.º 94/2024/1 | DR. (sem data). Obtido 20 de maio de 2024, de  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/94-2024-854635724>

Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 157–163. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Ramalho Neto, J. M., dos Santos Rocha, E. R., Mendes de Almeida, A. R., & Lima da Nóbrega, M. M. (2016). Fístula Arteriovenosa Na Perspectiva De Pacientes Renais Crônicos.

*Enfermagem em Foco*, 7(1), 37–41. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n1.663>

Ramos Costa Pessoa, N., Nunes Lira, M., Monteiro Pereira Maciel, A. C., Oliveira de Mendonça, A. E., Queiroz Frazão, C. M. F. de, & Pinheiro Ramos, V. (2020). Construction and validation of content of a video on self-care with arteriovenous fistula. *Enfermeria Clinica (English Edition)*, 30(5), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.012>

Rees, S., & Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Evidence Synthesis*, 7(13), 492. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-194>

Reid, K. R. Y., Queheillalt, S., & Martin, T. (2021). Nursing's Response to the Executive Order to Advance American Kidney Health. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 22(1), 51–62. <https://doi.org/10.1177/1527154420965932>

Richard, C. J., & Engebretson, J. (2010). Negotiating living with an arteriovenous fistula for hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37(4), 363–374; quiz 375.

Rosenstock, K., Soares, M., Santos, S., & Ferreira, A. (2011). ASPECTOS ÉTICOS NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Cogitare Enfermagem*, 16. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i4.25444>

Schmidli, J., Widmer, M. K., Basile, C., De Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C. P., Haage, P., Hamilton, G., Hedin, U., Kamper, L., Lazarides, M. K., Lindsey, B., Mestres, G., Pegoraro, M., Roy, J., Setacci, C., Shemesh, D., Tordoir, J. H. M., Van Loon, M., ... Roca-Tey, R. (2018). Editor's Choice – Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(6), 757–818. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.02.001>

Sciberras, A., & Scerri, J. (2017). Facilitators and barriers to treatment with haemodialysis among persons in mid-adulthood: An interpretative phenomenological analysis: Scandinavian Journal of Caring Sciences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 695–701. <https://doi.org/10.1111/scs.12381>

- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed.). Lidel.
- Shahdadi, H., & Rahnama, M. (2018). Experience of Nurses in Hemodialysis Care: A Phenomenological Study. *Journal of Clinical Medicine*, 7(2), 30. <https://doi.org/10.3390/jcm7020030>
- Simmons, L. (2009). Dorothea Orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 36(4), 419–421.
- Singh, S., Pandey, H., Aggarwal, H. K., & Pal, S. (2024). Assessing the Impact of Training on Healthcare Providers' Adherence to Infection Control Measures in Hemodialysis Services. *Cureus*, 15(8), e42978. <https://doi.org/10.7759/cureus.42978>
- Sousa, C. N. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, 11–17.
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H. J. S., Dias, V. F. F., Teles, P., & Martins, M. M. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodialysis International. International Symposium on Home Hemodialysis*, 19(2), 306–313. <https://doi.org/10.1111/hdi.12249>
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. F. (2014). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1796–1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.12207>
- Sousa, H., Bártolo, A., Ribeiro, O., & Figueiredo, D. (2022). A family-centred perspective on the arteriovenous fistula in end-stage renal disease: Findings from dyadic interviews. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(2), 426–438. <https://doi.org/10.1111/scs.13055>
- Sousa, H., Ribeiro, O., Christensen, A. J., & Figueiredo, D. (2023). Mapping Patients' Perceived Facilitators and Barriers to In-Center Hemodialysis Attendance to the Health Belief Model: Insights from a Qualitative Study: *International journal of behavioral*

- medicine. *International journal of behavioral medicine*, 30(1), 97–107. <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10075-9>
- Sueki, S., Sakurada, T., Miyamoto, M., Tsuruoka, K., Matsui, K., Sato, Y., Shibagaki, Y., & Kimura, K. (2014). Change in skin perfusion pressure after the creation of upper limb arteriovenous fistula for maintenance hemodialysis access. *Hemodialysis International*, 18(S1), S19–S22. <https://doi.org/10.1111/hdi.12219>
- Thomas-Hawkins, C., Flynn, L., Lindgren, T. G., & Weaver, S. (2015). Nurse Manager Safety Practices in Outpatient Hemodialysis Units. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 125–147.
- Tong, X., Ran, Y., Da, J., Hu, Y., Yuan, J., & Rui, Y. (2024). Internal fistula stenosis with true pseudoaneurysm formation in a patient on maintenance hemodialysis: A case report. *Medicine*, 103(19), e38111. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038111>
- Tracy, M. F., Oerther, S., Arslanian-Engoren, C., Girouard, S., Minarik, P., Patrician, P., Vollman, K., Sanders, N., McCausland, M., Antai-Otong, D., & Talsma, A. (2020). Improving the care and health of populations through optimal use of clinical nurse specialists. *Nursing Outlook*, 68(4), 523–527. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.004>
- Vioulac, C., Aubree, C., Massy, Z. A., & Untas, A. (2016). Empathy and stress in nurses working in haemodialysis: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1075–1085. <https://doi.org/10.1111/jan.12899>
- Yang, M.-M., Zhao, H.-H., Ding, X.-Q., Zhu, G.-H., Yang, Z.-H., Ding, L., Yang, X.-H., Zhao, Y., Chen, L., Yang, R.-M., Fang, J., & Sousa, C. N. (2019). Self-Care Behavior of Hemodialysis Patients With Arteriovenous Fistula in China: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Therapeutic apheresis and dialysis : official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy*, 23(2), 167–172. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12770>
- Yolgösteren, A. (2020). Relationship between hemodialysis patients' educational level and arteriovenous fistula patency. *Vascular*, 28(5), 604–608. <https://doi.org/10.1177/1708538120918417>





## **APÊNDICES**

---



**APÊNDICE I: CONSENTIMENTO DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE  
AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO EM  
HEMODIÁLISE COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA**

---



Susana Margarida da Silva Petronilho, Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem À Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Encontra-se a desenvolver Estágio de Natureza Profissional com Relatório final na clínica [REDACTED] e no âmbito deste estágio, propõe-se a testar um programa de capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para o autocuidado com a Fístula Arterio-Venosa.

Neste sentido, solicita-se a sua participação neste estudo, agradecendo desde já a sua colaboração.

A participação neste estudo implica o preenchimento da Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a fístula arteriovenosa em Hemodiálise e a realização de uma sessão de ensinios.

A informação recolhida será confidencial e não será colocada à disposição de terceiros.

Depois de concluído o estudo poderá ter acesso aos resultados através de consulta do relatório final de Mestrado ou do contacto direto com a investigadora.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advenha quaisquer consequências para si. Se decidir colaborar, solicita-se que assine este documento, confirmando o seu acordo em participar.

Se tiver necessidade de informações suplementares ou qualquer preocupação poderá contactar, agora ou a qualquer momento, a investigadora através endereço electrónico: [supetronilho@gmail.com](mailto:supetronilho@gmail.com), ou pessoalmente na clínica [REDACTED].

Atenciosamente,

---

(Enfermeira Susana Margarida da Silva Petronilho)

Declaro que, relativamente ao estudo a desenvolver pela Enfermeira Susana Margarida da Silva Petronilho para testar um programa de capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para o autocuidado com a Fístula Arteriovenosa, li e compreendi as informações que constam neste documento, pelo que aceito participar no estudo.

---

(assinatura do participante)

Susana Margarida da Silva Petronilho



**APÊNDICE II: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS  
DE AUTOCUIDADO EM HEMODIÁLISE COM A FÍSTULA  
ARTERIOVENOSA**

---



	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Aviso o enfermeiro quando tenho caibras durante a diálise.					
2. Faço compressão no local da picada com os dedos.					
3. Aviso o enfermeiro quando tenho dor de cabeça ou no peito durante a hemodiálise.					
4. Coloco pomada no local dos hematomas.					
5. Sinto o frémito no local da fístula duas vezes por dia.					
6. Faço compressão do local das picadas da fístula com os dedos em caso de sangramento.					
7. Verifico todos os dias se a mão do braço da fístula arrefece.					
8. Observo sinais de vermelhidão ou inchaço nos locais das picadas.					
9. Protejo o braço da fístula de arranhões, cortes ou picadas.					
10. Verifico todos os dias se a cor da mão do braço da fístula se altera.					
11. Protejo o braço da fístula de pancadas e choques.					
12. Permito colheitas de sangue no braço da fístula.*					
13. Aviso o enfermeiro se me começar a doer a mão do braço da fístula.					
14. Evito entrar em locais com diferentes temperaturas.					
15. Vou imediatamente ao hospital/clínica caso o local da fístula não tenha frémito.					
16. Aviso o enfermeiro se me aparecer feridas na mão do braço da fístula.					

(ECAHD-FAV) de Sousa et al., (2015)

Nome:



## **APÊNDICE III: PROTOCOLO DE REVISÃO**

---





### PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

<b>Título do estudo de investigação</b>
Capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para autocuidado com Fístula Arterio-Venosa: Uma scoping review

<b>Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe</b>
L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença

<b>Investigador responsável</b>
<b>Nome:</b> Susana Margarida da Silva Petronilho
<b>Nacionalidade:</b> Portuguesa
<b>Categoria profissional:</b> Enfermeira
<b>Email:</b> <a href="mailto:supetronilho@gmail.com">supetronilho@gmail.com</a>
<b>Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV:</b> <a href="https://orcid.org/0009-0008-7330-6031">https://orcid.org/0009-0008-7330-6031</a>
<b>Grau académico:</b>
<b>Instituição:</b>
<b>Telemóvel:</b> 917923514

<b>Calendarização</b>
<b>Data prevista de início da fase empírica:</b> 2 de outubro de 2023
<b>Data prevista de conclusão:</b> 16 de abril de 2024

<b>Instituições envolvidas</b>
<b>Instituição principal:</b> Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
<b>Papel:</b> Unidade de Investigação
<b>Outras instituições:</b> (caso existam)
<b>Papel:</b> (especificar se instituição de acolhimento, participante ou unidade de investigação)

<b>Orientador</b>
<b>Nome:</b> Igor Soares Pinto
<b>Nacionalidade:</b> Portuguesa
<b>Categoria profissional:</b> Professor Adjunto
<b>Email:</b> <a href="mailto:igor.pinto@essnortecvp.pt">igor.pinto@essnortecvp.pt</a>
<b>Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV:</b> <a href="https://orcid.org/0000-0003-3739-2020">https://orcid.org/0000-0003-3739-2020</a>
<b>Grau académico:</b> Mestre
<b>Instituição:</b> ESSNorteCVP
<b>Telemóvel:</b> 912548927
(*preferencialmente em formato ORCID)





**COMPONENTE CIENTÍFICA**

<p><b>Resumo</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Mapear as intervenções de enfermagem para a capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para o autocuidado com a Fístula Arterio-Venosa.</p> <p><b>Método:</b> <i>Scoping Review</i> segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e PRISMA SCR. As bases de dados incluídas serão JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO) e SciELO. De literatura cinzenta Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, OpenGrey e Dart-Europe. Esta revisão integrará artigos centrados nas intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação de pessoas com fístula arteriovenosa e sob hemodiálise, para a autocuidado do seu acesso venoso e incluirá revisões sistemáticas e <i>guidelines</i>.</p> <p><b>Resultados esperados:</b> Espera-se identificar as intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa com fístula arteriovenosa sob hemodiálise para autocuidado com o seu acesso vascular.</p> <p><b>Potenciais implicações para a prática:</b> Prevê-se que esta revisão possa conduzir à elaboração de um programa de intervenção para a capacitação da pessoa com fístula arteriovenosa, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com fístula arteriovenosa sob hemodiálise e contribuir para a redução de complicações relacionadas com fístulas arteriovenosas.</p>
<p><b>Palavras-chave:</b></p> <p>“arteriovenous fistula”</p> <p>“renal dialysis”</p> <p>“self care”</p> <p>“nursing care”</p>

<p><b>Revisão da Literatura</b></p> <p>A doença renal crónica (DRC) é tratada como uma prioridade em saúde, dado o seu elevado crescimento ao longo dos anos, associada a uma morbilidade, mortalidade e a custos de saúde marcadamente elevados (Bello et al., 2022). Ainda de acordo com os mesmos autores, a DRC é a terceira causa de morte no mundo e estima-se que se venha a tornar a quinta causa mais comum de anos perdidos até 2040. À medida que a DRC progride desde os seus estádios iniciais até à insuficiência renal, a morbilidade, mortalidade e custos de saúde aumentam rapidamente e a esperança média de vida diminui drasticamente, a menos que se inicie terapia de substituição renal (TSR).</p> <p>Estima-se que em 2017, 3,9 milhões de pessoas foram tratadas com TSR em todo o mundo e a hemodiálise é a forma mais comum de tratamento, representando aproximadamente 69% da TSR e 89% de todos os tratamentos dialíticos (Bello et al., 2022).</p> <p>Segundo Chair of the ERAs Sustainable Nephrology Task Force et al., (2023), os dados do registo português de diálise e transplantação de 2021, mostraram um aumento consistente na prevalência da DRC no seu último estadio, durante os últimos 20 anos em Portugal. Em Portugal, no final de 2021, havia 12601 doentes em hemodiálise.</p>
---





Pinto et al., (2023) referem que a conceção e preservação de um acesso vascular em pleno funcionamento são fundamentais para garantir uma hemodiálise eficaz. A fístula arteriovenosa é amplamente aceite como a principal escolha de acesso vascular para a maioria das pessoas com doença renal crónica submetidos à hemodiálise, devido à sua menor incidência de complicações e à maior durabilidade em comparação com outras opções vasculares disponíveis.

Para diminuir as taxas de complicações associadas à Fístula Arteriovenosa (FAV), as pessoas com doença renal crónica em hemodiálise, devem adotar práticas de autocuidado específicas para o acesso vascular (Costa Pessoa et al., 2020).

De acordo Orem (2001), autocuidado engloba as ações realizadas por um indivíduo em seu próprio benefício, visando preservar a vida, a saúde e o bem-estar.

No contexto da pessoa com FAV, no que refere ao autocuidado, pressupõe que esta realize actividades no âmbito da gestão de sinais e sintomas e a prevenção de complicações. De acordo com Sousa et al., (2015), actividades como “sentir o frémito da fístula duas vezes por dia”, “ir de imediato ao hospital ou uma clínica se a fístula não apresentar frémito”, “não permitir a colheita de sangue do braço da fístula”, entre outras descritas na escala de avaliação dos comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenosa em hemodiálise (ASBHD-AVF), concorrem para um autocuidado adequada do seu acesso vascular.

Costa Pessoa et al., (2020) referem ainda que executar corretamente essas atividades é essencial para manter a integridade estrutural e funcional da FAV. Contudo, é comum que muitas pessoas não estejam capacitadas para os cuidados necessários com a FAV e, conseqüentemente, não os realizem adequadamente. Nesse contexto, as intervenções educativas dos enfermeiros com a pessoa com doença renal crónica sob hemodiálise, podem ser uma ferramenta valiosa para promover a adoção de comportamentos de autocuidado em relação à fístula.

Segundo Araújo Rocha et al., (2021), o conhecimento do auto-cuidado com o acesso venoso é de extrema importância, dado que as ações de vigilância com o acesso, ainda que simples, são muito importantes para manter o acesso funcional. Os mesmos autores referem que a identificação e gestão de possíveis complicações podem ser realizada no domicílio, conferindo assim autonomia à pessoa com FAV.

Apesar de ser evidente a importância do autocuidado realizado pela pessoa com FAV, na pesquisa realizada há evidência de lacunas de conhecimento com a fístula arteriovenosa acerca do autocuidado, bem como conhecimento inadequado (Clementino et al., 2018).

De acordo com Araújo Rocha et al., (2021), o enfermeiro deve capacitar a pessoa com FAV, para que reconheça os cuidados necessários com o acesso vascular, por meio do ensino do autocuidado. Refere ainda que as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro podem favorecer a compreensão da doença e a adesão a tratamento, melhorando a qualidade dos cuidados realizados com os acessos e, conseqüentemente, reduzir a morbidade e a mortalidade da pessoa. Os mesmos autores consideram pertinente mapear as intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa sob hemodiálise para o autocuidado com a fístula arteriovenosa.

Assim, esta revisão tem como objetivo mapear as intervenções de enfermagem para a capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para o autocuidado com a Fístula Arterio-Venosa.



<p><b>Material e Métodos</b> (máximo de 1000 palavras)</p> <p><b>Tipo de estudo</b> O tipo de estudo a realizar será uma <i>scoping review</i> cujo desenvolvimento respeitará o protocolo <i>Joanne Briggs Institute</i> (JBI) e Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA- ScR) checklist, partindo da questão que orienta a pesquisa, obedecendo à mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto). A questão que orientará esta pesquisa é: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a capacitação da Pessoa sob Hemodiálise para o autocuidado com a Fístula Arterio-Venosa?</p> <p><b>Crítérios de Elegibilidade</b> De acordo com a metodologia JBI e a mnemónica PCC, os critérios de elegibilidade são: - Participantes (P) – estudos que envolvam adultos com fístula arteriovenosa; - Conceito (C) – estudos que abordam intervenções de enfermagem direcionadas para a capacitação para o autocuidado com a fístula arteriovenosa; - Contexto (C) – estudos desenvolvidos em qualquer contexto.</p> <p><b>Fontes de evidência</b> A pesquisa abrangerá estudos qualitativos (que se concentram em dados qualitativos, tais como, entre outros, fenomenologia, teoria fundamentada e desenhos etnográficos), estudos quantitativos (ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais, incluindo estudos antes e depois e desenhos observacionais) e revisão (quaisquer revisões sistemáticas e <i>guidelines</i>).</p> <p><b>Crítérios de inclusão</b> Através da determinação dos critérios de elegibilidade (PCC), conforme a metodologia JBI, todos os estudos que envolvam pessoas adultas, com potencial de autonomia no autocuidado, em Português, Inglês e Espanhol serão incluídos, sem limite temporal.</p> <p><b>Crítérios de exclusão</b> Estudos com pessoas sem potencial de autonomia para o autocuidado e referentes a pessoas com demência.</p> <p><b>Estratégia de pesquisa</b> A pesquisa será realizada em três etapas: (1) Pesquisa inicial na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCO) para identificar os artigos sobre o tema e analisar as palavras contidas nos títulos e resumos desses artigos, bem como os termos de indexação utilizados (quadro 1 com exemplo de pesquisa realizada na CINAHL database); (2) Pesquisa em todas as bases de dados consideradas com as palavras-chave e os termos definidos na primeira etapa.</p>
---



(3) Análise da lista de referências bibliográficas de todos os artigos incluídos para análise integral para encontrar estudos adicionais.

**Quadro 1** – exemplo de estratégia de pesquisa realizada na CINAHL Complete (via EBSCO).

Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	"arteriovenous fistula"	3,572
#2	"renal dialysis"	15,802
#3	"self care"	62,801
#4	"nursing care"	70,554
#5	"arteriovenous fistula" AND "renal dialysis" AND "self care" AND "nursing care"	5
#6	Filtros: idioma – Inglês, Espanhol e Português	5

**Fontes de Informação**

A pesquisa abrangerá estudos publicados e inéditos e será realizada por meio de pesquisas nas bases de dados electrónicas JBI Database of Systematic Reviews, COCHRANE Database of Systematic Reviews, MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCO) e SciELO. De literatura cinzenta Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, OpenGrey e Dart-Europe.

**Extração dos dados**

Os resultados obtidos serão exportados para ZOTERO 6.0.30, permitindo a identificação e eliminação de artigos duplicados. Os artigos serão então avaliados quanto à sua relevância para a revisão através da leitura dos títulos e resumos. Os artigos que cumpram os critérios de elegibilidade serão sujeitos a leitura e análise integral. Todo o processo será desenvolvido por dois auditores independentes e, em caso de divergência, será resolvido por um terceiro auditor.

Os dados serão extraídos dos artigos incluídos na revisão com recurso ao quadro, conforme a metodologia *Scoping Review* do *Joanna Briggs Institute*.

Os resultados serão apresentados através de análise qualitativa e descritiva com o objetivo de sintetizar o processo de inclusão de acordo com a metodologia PRISMA-ScR, através de um diagrama de fluxo.

A extração dos dados incluirá dados relacionados com os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e outros dados relevantes para responder ao problema de pesquisa.

**Quadro 2** – tabela desenvolvida para a extração de dados

Artigo	Ano	Objectivo do estudo	População/amostra	Design de estudo	Resultados/intervenções
--------	-----	---------------------	-------------------	------------------	-------------------------

**Considerações éticas**

Esta revisão utiliza como dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que imponham a aprovação por uma comissão de ética. Não existe conflito de interesses.

**Referências bibliográficas**







**CHECKLIST PARA SUBMISSÃO  
de Projeto de Estudo de Investigação**

	Sim	Não
Q168-Projeto de estudo de investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedido de autorização às instituições envolvidas (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q188-Declaração de compromisso de investigador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentos de recolha de dados (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q190-Consentimento Informado Livre e Esclarecido (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum dos investigadores (se ainda não consta na UID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q223-Declaração do Investigador (sempre que hajam estudante-investigador no estudo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REGRAS A QUE FICA SUJEITO UM PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO  
aprovado e inscrito na UID**

O investigador responsável deverá assegurar as seguintes diligências até à conclusão<sup>1</sup> do Estudo de Investigação:

1. Enviar, para a UID, o *Q171-Relatório do Estudo de Investigação* a cada ano completo;
2. Informar, a UID, da produção científica associada ao Estudo de Investigação;
3. Informar, a UID, de alterações que ocorram ao Projeto de Estudo de Investigação após a sua aprovação e inscrição na UID.

<sup>1</sup> Considera-se que o Estudo de Investigação está concluído no momento em que sejam publicados os seus resultados.

