



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Complicações da Fístula Arteriovenosa

João Meira

Orientação: PhD Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Complicações da Fístula Arteriovenosa

João Meira

Orientação: PhD Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Complicações da Fístula Arteriovenosa

João Filipe Escarameia Meira

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica**

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Beja

Arguente: Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Doutorada em Enfermagem)

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da
Universidade de Évora

Orientador: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em Educação)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Data: 15 de julho de 2020

*"Feliz quem não exige da vida mais do que ela espontaneamente lhe dá, guiando-se pelo instinto dos gatos,
que buscam o sol quando há sol, e quando não há sol, o calor onde quer que ele esteja."*

Fernando Pessoa in Livro do Desassossego

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Dr.º Adriano Pedro não só pela orientação no desenvolvimento do Projeto de Intervenção bem como do presente Relatório, mas e também pela motivação e amizade que me proporcionou.

À equipa docente do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, pela disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

Aos meus colegas de curso de mestrado pela partilha de conhecimentos e experiências.

À Sra. Enfermeira Anátide Gomes e ao Sr. Enfermeiro Nuno Paiva, Orientadores do estágio realizado, sem os quais não teria sido possível a realização do mesmo, o meu obrigado pela disponibilidade, apoio, orientação, bem como pela excelente partilha de conhecimentos que me proporcionaram.

À Sr.ª Enfermeira Chefe da FRP, Sr.ª Enfermeira Maria Do Céu, pela disponibilidade e apoio evidenciados no decurso do projeto.

A toda a equipa de Enfermagem da FRP e restante equipa multidisciplinar pela sua disponibilidade e por me terem feito sentir como se estivesse no meu próprio contexto de trabalho.

Às equipas da UCI Dr.º Emílio Moreira e da SCMA, pela compreensão dada a minha disponibilidade por vezes limitada.

Por último e em especial, à minha família e amigos por todo o carinho, motivação, compreensão e resiliência que me mostraram durante esta etapa da minha vida académica e profissional.

A todos vocês que enumerei, bem como aqueles que este breve agradecimento não contempla, mas cuja importância é para mim igualmente sentida,

o meu mais **Sincero e querido Obrigado!**

RESUMO

Respeitando o objetivo geral de demonstrar a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área da Pessoa em Situação Crítica, este relatório responde aos objetivos específicos de descrever a experiência de estágio vivenciada, integrando a prestação de cuidados à pessoa insuficiente renal crónica em hemodiálise, bem como de relatar o projeto de intervenção em serviço realizado, procurando ainda responder ao processo de reflexão sobre a aquisição de competências.

No que diz respeito ao projeto de intervenção, o mesmo foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto, realizando-se no decorrer do estágio, como resposta a uma necessidade reconhecida.

Procurou-se identificar os cuidados de Enfermagem, que por via do exame físico, contribuem para a prevenção de complicações associadas à Fístula Arteriovenosa, traduzindo-se nos objetivos específicos de: desenvolver competências de avaliação da FAV, com recurso ao exame físico; aprofundar conhecimentos sobre complicações da FAV na pessoa em esquema de Hemodiálise; e elaborar uma grelha de verificações da FAV, com base no exame físico, realizado por enfermeiros.

Em termos de plano foi desenvolvida a realização de uma revisão integrativa da literatura, de forma a perceber quais os parâmetros a incluir nesse instrumento de avaliação, pela análise de artigos relacionados com complicações detetáveis com base no exame físico da fístula arteriovenosa. Assim foi possível desenvolver um instrumento válido e adequado, que se traduza num contributo positivo na segurança dos cuidados.

Palavras-chave – Enfermagem Médico-cirúrgica, Fístula Arteriovenosa, Exame Físico

ABSTRACT

Respecting the general objective of demonstrating the acquisition of competencies of Master in Nursing and Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, particularly in the area of The Person in Critical Condition, this report responds to the specific objectives of describing the experience of internship experienced, integrating the provision of care to the chronic renal insufficient person in hemodialysis, as well as reporting the intervention project in service performed, also seeking to respond to the reflect process on the acquisition of skills

As far as the intervention project is concerned, it was developed according to the project methodology, taking place during the internship, as a response to a recognized need.

We sought to identify nursing care, which through physical examination contributes to the prevention of complications associated with Arteriovenous Fistula, resulting in the specific objectives of: developing AVF assessment skills, using physical examination; deepen knowledge about complications of AVF in the person in hemodialysis scheme and develop a grid of AVF checks, based on the physical examination, performed by nurses.

In terms of the plan, an integrative review of the literature was developed in order to understand which parameters should be included in this evaluation instrument, by analyzing related articles to detectable complications based on the physical examination of the arteriovenous fistula. Thus, it was possible to develop a valid and adequate instrument, which translates into a positive safety care contribution.

Keywords Medical-Surgical Nursing, Arteriovenous Fistula, Physical Examination.

ABREVIATURAS

AESES – Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde

AVH – Acesso vascular para hemodiálise

AVH – Acesso Vascular para Hemodiálise

CPLEEMC-PSC – Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

DOQI – Dialysis Outcome Quality Initiative

DRC – Doente Renal Crónico

EDNA/ERCA – European Dialysis and Tansplant Nurses Association/European Renal Care Association

FAV – Fístula arteriovenosa

FRP – Fundação Renal Portuguesa ?

HD – Hemodiálise

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRC – Insuficiência Renal Crónica

JBÍ – Joanna Briggs Institute

KDOQI – Kidney Dialysis Outcome Quality Initiative

ml/min. – Mililitros por minuto

NKF – National Kidney Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD/OCDE – Organisation for Economic Co-operation and Development/Organisation de coopération et de développement économique

p. - Página

PBE – Prática Baseada na Evidência

Prof. - Professor

PTFE – Polímero de politetrafluoroetileno

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

	pág.
0.INTRODUÇÃO	9
1.CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO	12
2.PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	19
2.2.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	28
2.3.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	30
2.4.PLANEAMENTO/EXECUÇÃO.....	30
2.5.AVALIAÇÃO	32
3.FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	35
3.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	35
3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	39
3.3.COMPETÊNCIAS DE MESTRE	42
4.CONCLUSÃO.....	49
5.BIBLIOGRAFIA	51
6.APÊNDICES	54
APÊNDICE 1 – TABELA DE ARTIGOS.....	55
APÊNDICE 2 – GRELHA DE ANÁLISE DOS ARTIGOS.....	58
APÊNDICE 3 – FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS (JBI, 2014)	62
APÊNDICE 4 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.....	67
APÊNDICE 5 – GRELHA DE VERIFICAÇÕES DA FAV– EXAME FÍSICO	68
APÊNDICE 6 – PROJETO DE ESTÁGIO.....	69
APÊNDICE 7 – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (CAPA E RESUMO/ABSTRACT).....	91

0.INTRODUÇÃO

Procurando demonstrar a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem bem como de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área da Pessoa em Situação Crítica, este documento desmultiplicando-se nos seus objetivos específicos, pretendendo não só descrever a experiência de estágio vivenciada em contexto real, integrando a prestação de cuidados à pessoa insuficiente renal crónica em esquema de tratamento de Hemodiálise, mas também relatar o projeto de intervenção em serviço realizado, procurando ainda dar resposta a um processo de reflexão sobre a aquisição de competências.

Nesse sentido e tendo por linha de investigação a segurança dos cuidados, será atribuída especial atenção à temática do exame físico da fístula arteriovenosa (FAV) da pessoa insuficiente renal crónica em esquema de tratamento de Hemodiálise, realizado pelos enfermeiros, bem como a sua importância na prevenção de complicações do acesso venoso, com foco no desenvolvimento de uma grelha de verificações a aplicar aos clientes da clínica da Fundação Renal Portuguesa (FRP), em Portalegre, assumindo-se como um instrumento válido para a aplicação pelos profissionais na instituição.

Surgindo em 1966, pela criação de Brescia e Cimino a fístula FAV emerge como acesso preferencial para venopunção repetida na Pessoa IRC em esquema de Hemodiálise.

Assumindo-se como um procedimento cirúrgico, é criada uma fístula AV subcutânea, facilitando a inserção de agulhas de diálise, processo mantido até à atualidade, não obstante à evolução de outros materiais utilizados na construção de outro tipo de soluções, é a FAV ainda hoje o acesso vascular interno de eleição, não só pelo inferior risco de infeção e de formação de coágulos, mas também pela expectável maior longevidade, diminuindo não só a taxa de hospitalizações mas também a morbilidade e mortalidade associadas (EDTNA/ERCA, 2015).

No sentido de prever e antever essas complicações “O exame físico apresenta-se como um método simples e rápido para a avaliação da FAV (...)” (Windus, 2008, p38).

“O Exame físico é um teste não invasivo, com um custo-benefício elevado que está a emergir como uma ferramenta importante na avaliação do acesso arteriovenoso” (Vachharajani, Wu, Brouwer-Maier, Asif, 2015, p114). Os mesmos autores consideram ainda que exame físico

pode efetivamente detetar e localizar lesões estenóticas na grande maioria dos pacientes e o mesmo deve incluir estratégias de inspeção, palpação e auscultação complementados com testes de aumento de pulso e elevação do membro na sua realização.

Valorizando a ótica da prática baseada na evidência, foram, ao longo do trabalho, respeitados os princípios defendidos por Larrabee (2011), promovendo o desenvolvimento da temática tendo por base os seus pressupostos, isto é, avaliando a necessidade de mudança da prática, encontrando as melhores evidências, procedendo a uma análise crítica das mesmas, projetando a mudança que após implementada deve ser avaliada, integrada e mantida.

Encarando a formação pós-graduada como a chave do processo que conduz à evolução profissional e melhoria contínua, tenho pautado o meu percurso no sentido do investir setorialmente em áreas que emergem do universo da prestação de cuidados de enfermagem na vertente médico-cirúrgica, essencialmente na orbita da temática do doente crítico. Ainda que inicialmente possa parecer descontextualizado, foi nesta linha de pensamento que surgiu o pedido de realização do presente ensino clínico, a hemodiálise.

Ainda, que ao considerar a população alvo, não se pode claramente considerar que o contexto seja diretamente relacionado com a área de intervenção do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, é inegável que esta experiência permite a aquisição de conhecimentos em torno da temática das técnicas de substituição da função renal que facilmente são transpostos e aplicados ao universo do doente agudo e crítico.

É ainda, da mesma forma importante, considerar o fato de que comumente se verificam variadíssimas ocorrências durante o tratamento, que nos remetem para o campo de atuação do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, pelo que esta se apresenta como uma experiência bastante enriquecedora, que vai muito mais além do contexto em si, permitindo a aquisição e sedimentação de competências a aplicar no meu dia-a-dia profissional, permitindo uma perspetiva bastante diferente, oferecendo-me uma visão mais profunda e diferenciada no que respeita ao doente renal agudo, crónico e crónico agudizado, bem como um conhecimento muito mais abrangente da abordagem terapêutica em termos de técnicas de substituição da função renal.

Em termos de intervenção propriamente dita, no decorrer deste ensino clínico, procuramos junto da equipa da instituição, a abordagem de um tema cuja pertinência fosse clara, não só para mim, mas também para os profissionais do serviço e pudesse acrescentar algo de novo em termos de segurança dos cuidados prestados.

Neste sentido surgiu a oportunidade da criação de uma grelha de verificações, baseada no exame físico, realizado à pessoa IRC em tratamento de Hemodiálise crónica, pelo enfermeiro, como forma de monitorização da fístula arteriovenosa, com vista à prevenção de complicações, nomeadamente a trombose da FAV.

Tal escolha é justificada primariamente pela importância que o próprio acesso venoso representa em todo o contexto do doente IRC, da mesma forma, que esta escolha visa promover o papel do enfermeiro na prevenção de complicações relacionadas com a FAV na pessoa IRC em HD, com recurso à vigilância e registo.

Assim, irei sucintamente, no primeiro capítulo proceder à descrição do contexto, seguindo-se um capítulo onde será abordado o projeto de intervenção desenvolvido, o qual foi baseado na revisão integrativa da literatura realizada no decorrer do estágio, instrumento através do qual foi possível construir a anteriormente referida grelha de verificações, concluindo com um último capítulo, relativo à referência das atividades desenvolvidas com vista à demonstração da aquisição de competências.

Este estágio por nós desenvolvido, em contexto de formação insere-se, segundo a OECD/OCDE (2007) na Classificação de Domínios Científicos e Tecnológicos nomeadamente na grande área das Ciências Médicas e da Saúde, parte inerente na subgrande área das Ciências da Saúde, especificamente na área da Enfermagem.

O documento é redigido segundo o novo acordo ortográfico português e respeitando as normas de referência bibliográfica da Associação Americana de Psicologia (6ª edição).

1.CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Por já ser detentor do título profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, desenvolvendo a atividade profissional numa UCI polivalente, que com frequência presta cuidados com recurso a técnicas de substituição da função renal à pessoa em situação crítica, consideramos ser da máxima relevância para o desenvolvimento profissional, realizar o estágio num contexto de prestação de cuidados em hemodiálise.

Desta forma procurámos encontrar um contexto que respondesse às necessidades apresentadas inicialmente no projeto de estágio (Apêndice 6), e que fossem de encontro àquilo que eram as metas de aprendizagem identificadas para o mesmo. Nesse sentido identificou-se a organização denominada Fundação Renal Portuguesa (FRP) que gentilmente concedeu autorização para o desenvolvimento do estágio solicitado.

Constituída a 30 de março de 2010, como uma fundação de solidariedade social, criada por iniciativa de José Manuel Guillade Martins, da Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal, e do Prof. José António Colaço Gomes Covas, a FRP apresenta um cariz de âmbito Nacional, com duração ilimitada, sediada em Avenida Dom Rodrigo da Cunha, nº19, 3º andar, letra A, freguesia S. João Brito, concelho de Lisboa.

Nos seus estatutos pode ler-se o objetivo:

“atender e dar assistência médica, clínica e humana a pessoas com doenças renais (insuficiência renal crónica), contribuindo na medida do possível para assegurar e melhorar o tratamento da sua doença e facilitar as condições que lhes permitam levar uma vida normal, fomentar a investigação científica para a prevenção e cura das enfermidades renais e todas as demais actividades conexas, bem como prevenir e combater o sofrimento humano, em especial o dos doentes com insuficiência renal crónica, quer directa quer indirectamente, através de instituições, ou pela organização e provisão de meios médicos, cirúrgicos e clínicos e pelo tratamento e apoio a doentes, incluindo a construção, manutenção e gestão de hospitais, centros ou clínicas de Hemodiálise , com recurso ao seu próprio património humano e material, ou de subsídios e doações tanto de entidades publicas como privadas, ou de qualquer particular ou, inclusive, de possíveis acordos ou convenções de todo o tipo com organismos privados ou públicos, estatais, regionais ou locais, com sociedades comerciais, associações, agrupamentos ou fundações de qualquer classe.” (Fundação Renal Portuguesa [FRP], 2013b,p1).

Além do Presidente da Fundação, que é por inerência o Presidente do Conselho de Administração, em termos organizacionais, encontram-se também definidos nos seus estatutos os seguintes órgãos: Conselho de Administração, Conselho de Curadores, Conselho Científico, Conselho de Ética, Conselho Clínico e Conselho Fiscal.

Pela pertinência no contexto deste documento importa descrever, nomeadamente, a constituição do Conselho Clínico, o qual é composto por Presidente, Diretor de Operações da FRP, todos os Diretores Médicos de cada um dos centros da FRP, Enfermeiro Chefe de cada centro da FRP, Assistente Social de cada centro da FRP, Psicólogo Clínico de cada centro da FRP, Provedor dos doentes renais crónicos da FRP, bem como quando o Conselho necessitar de esclarecimento ou opinião, poderão participar os demais Médicos colaboradores, Enfermeiros ou qualquer outro colaborador da FRP.

É da competência deste Conselho harmonizar os critérios clínicos dos centros da fundação; estabelecer os índices (marcadores) de qualidade clínica tendo como mínimo os estabelecidos pelo Ministério da Saúde; monitorizar o cumprimento dos critérios de boas práticas médicas estabelecidas pelo conselho clínico, bem como dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde; uniformizar todos os critérios sociais e de assistência clínica a todos os clientes atendidos nos centros da FRP; desenvolver políticas de melhoria continua no cuidado clínico e social; liderar o processo de melhoria continua para a excelência; colaborar com o Ministério da Saúde e organismos dele dependentes, cujo objetivo seja a avaliação do tratamento do doente renal crónico, a definição de níveis de qualidade, e nível de satisfação do doente renal crónico; relatar para futura publicação, os resultados e estatísticas médicas dos centros da FRP; assegurar o fornecimento de dados ao sistema de gestão integrada dos doentes renais crónicos do Ministério da Saúde; bem como qualquer outra ação que julguem se necessária à melhoria do bem-estar do DRC em tratamento nos centros FRP.

Neste sentido e caracterizando especificamente o campo de estágio onde desenvolvemos atividade, nomeadamente a unidade sediada em Portalegre, cujos recursos humanos são atualmente Médicos, Médicos Nefrologistas, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Enfermeiro Chefe, Assistente Social, Psicóloga Clínica, Dietista, Auxiliares de Ação Médica e uma equipa de manutenção, logística e comunicação.

Sendo que em todas as áreas de intervenção se verifica um acompanhamento abrangente e de proximidade de todos os clientes, no contexto deste documento, seguidamente apenas será descrita a intervenção de Enfermagem de forma mais pormenorizada.

Em termos de estrutura ergue-se num edifício autónomo, construído de raiz para o efeito, sediado na zona industrial de Portalegre e tendo por base os requisitos de segurança, conforto, eficiência e manutenção. A instituição apresenta capacidade de realização de 28 tratamentos de terapia de substituição renal simultâneos, possuindo unidade de tratamento de água informatizada com dupla osmose para produção de água ultrapura, fazendo uso de equipamento de bio impedância, e de monitores de hemodiálise “online” de ultrafiltração de última geração, sistema de distribuição de ácidos centralizado, permitindo realização de terapias de hemodiálise de alto fluxo, hemodiálise convencional, hemodiafiltração online bem como viabilizando a possibilidade de tratamento para doentes com serologias positivas para hepatite B e C, em regime de ambulatório.

Da responsabilidade da FRP foi criado e desenvolvido o programa apoio Clinical®, que traduz um «software» que visa a fiabilidade do tratamento e o apoio à gestão, centralizando toda a informação, e disponibilizando-a de forma rápida, segura e confiável, no que respeita às áreas de gestão administrativa de clientes, faturação, processo clínico eletrónico, farmácia, logística, e sistema de informação e comunicação internos.

A cada posto de tratamento corresponde um cadeirão ergonómico com espumas de memória inteligente e televisão incorporada, sendo também provido de serviço de internet sem fios, com sistema de climatização ambiente automatizada. Em termos de equipamentos de apoio verifica-se a existência de monitor de sinais vitais ambulatório, balança eletrónica de última geração, e carro de urgência capacitado de monitor desfibrilhador.

Parte integrante da instituição constata-se também a existência de um serviço de farmácia, farmácia avançada, bem como uma sala de observação médica.

Além das áreas anteriormente descritas, o centro apresenta na sua estrutura sala de recobro/diálise peritoneal, gabinete do diretor clínico, gabinete do enfermeiro chefe, gabinete da assistente social, consultórios, sala de reuniões, armazém geral, armazém de farmácia, copa, área de limpos, área de sujos, área técnica (composta por sala de tratamento de águas, gerador,

e gabinete técnico de manutenção), central informática, arquivo clínico, vestiários de doentes e vestiários de pessoal.

No que respeita à equipa de Enfermagem, presentemente conta com 1 enfermeiro chefe e um total de 19 enfermeiros, de entre os quais 5 apresentam uma relação contratual a tempo inteiro (40 horas semanais), chefia incluída, e 15 enfermeiros em regime de prestação de serviços, com carga horária semanal variável.

Em termos sociodemográficos a equipa de Enfermagem, é composta por 7 elementos do género masculino e 13 do género feminino, 100% dos quais licenciados em Enfermagem, de entre os quais 2 detêm a categoria profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica e 1 elemento a especialidade em saúde mental e psiquiatria. Em termos de idade, verifica-se uma média de 33 anos, sendo que o intervalo de idade dos colaboradores de Enfermagem na instituição situa-se na janela entre os 21 e 50 anos.

No que respeita à experiência profissional, esta varia entre os 26 anos e os 6 meses, com uma média de 9 anos de serviço, sendo que contemplando a experiência em hemodiálise a mesma varia entre os 6 meses e os 26 anos, tendo uma média de 6 anos, valores obtidos por via de entrevista exploratória com cada um dos elementos da equipa, garantindo a privacidade e anonimato dos dados.

Em termos de dinâmicas e principiando pelo horário de funcionamento da instituição, a mesma encontra-se em funcionamento de segunda-feira a sábado, inclusive, com realização de 3 turnos de tratamento (manhã, tarde e noite) às segundas, quartas e sextas-feiras, comumente designados de dias pares, e realização de um turno de tratamento (tarde), às terças, quintas e sábados, designados na instituição por dias ímpares.

Importa referir que cada turno corresponde a 4 horas de tratamento efetivo ao doente Insuficiente Renal Crónico, mas que em termos de horas trabalho de Enfermagem corresponde a 5 horas e 30 minutos, motivado pela necessidade de preparação dos monitores de diálise pré e pós tratamento, bem como pelo tempo despendido na canulação, na remoção das agulhas e na hemóstase, diluído nos momentos pré e pós tratamentos propriamente ditos.

Ainda no que respeita aos horários de funcionamento, ao turno da manhã corresponde o horário compreendido entre as 7 horas e 30 minutos e as 13 horas, à tarde entre as 12 horas e 30 minutos e às 18 horas, e por fim o turno da noite que corresponde ao período entre as 17 horas e 30 minutos e as 23 horas.

Desta forma, é possível a realização de técnica de substituição da função renal predominantemente sob a forma de Hemodiálise de alto fluxo e Hemodiafiltração, em dias alternados na esmagadora maioria dos seus clientes, planeados em turnos fixos no decorrer do normal funcionamento da instituição, existindo sempre espaço para a realização de tratamentos emergentes ou extraordinários segundo avaliação médica.

Em termos de organização, é respeitada a hierarquia de enfermeiro chefe, enfermeiro chefe de sala e enfermeiro de diálise, sendo o rácio máximo de 6 clientes atribuídos ao enfermeiro de diálise e de 5 ao enfermeiro chefe de sala, o qual acumula as funções de coordenação do início dos tratamentos e suporte assistencial aos restantes colegas no decorrer do seu turno sempre que solicitado.

De forma muito sucinta, constitui papel do enfermeiro em hemodiálise toda a atividade desenvolvida que respeita a preparação do tratamento, a preparação da pessoa para o tratamento, o período intra-dialítico e o período pós tratamento imediato, sendo realizada uma prévia distribuição por parte do enfermeiro chefe, assente no método de trabalho por enfermeiro responsável que se inicia com a chegada do cliente à sala de tratamento, e termina com a saída do mesmo.

Além do acompanhamento de Enfermagem e da intervenção integrada dos demais técnicos da equipa clínica, encontra-se em presença física um médico de sala durante o decorrer de todos os tratamentos.

Entenda-se como fonte de informação para a realização deste documento a consulta realizada ao site da Fundação Renal Portuguesa (2013a).

Foi neste contexto que o estágio desenvolvido decorreu e procuramos desenvolver competências em diálise, o qual merece uma breve análise em termos da produção de cuidados e tal como se pronuncia Perrenoud (1993) a prática é o teste das competências, sendo que para

tal é essencial questioná-las. Examinar as práticas é dissecá-las, decompô-las, refletindo criticamente sobre o que é feito, promover a confrontação de opiniões, apreciar justificações, considerar as metas alcançadas e agir tendo por ponto de partida esse conhecimento.

Desta forma é perceptível que toda a nossa ação emerge de um saber essencialmente teórico, que por via da adaptação nos permite dar resposta a diferentes situações. Importa ainda salientar a existência de convicções, as quais geralmente apenas por via da crítica de outras pessoas permite a sua consolidação como saber.

Nessa linha de pensamento torna-se então pertinente a reflexão e análise dos cuidados prestados, especialmente no que diz respeito à área de interesse que nos propusemos intervir, isto é, o exame físico da FAV na pessoa IRC em HD com foco na segurança dos cuidados.

Nesse particular pudemos durante a colheita de dados, perceber que efetivamente a preocupação com a vigilância do acesso venoso existe, sendo que a clínica da Fundação Renal Portuguesa inclui no seu processo clínico informático um item orientado para algumas observações referentes ao acesso venoso, contudo numa abrangência que tal como a bibliografia demonstrou é pouco ampla, não prevendo um exame objetivo, sistematizado e devidamente inclusivo, traduzindo-se apenas na seleção de alguns campos parametrizados para o efeito, apenas e só baseados na observação.

Assim, e valorizando essa preocupação, surge com toda a pertinência a oportunidade de desenvolvimento da grelha de verificações, por nós proposta, integrando intervenções que vão além da observação isolada, incluindo dados colhidos por via da inspeção, palpação e auscultação, respeitando as diretrizes internacionais mais recentes.

Não só na essência do cuidado de Enfermagem em Hemodiálise, mas até mesmo no desenvolvimento do nosso projeto de intervenção torna-se pertinente a integração de um modelo ou teoria de Enfermagem, sendo de todo enquadrada a aplicação dos pressupostos apresentados por June Larrabee (2011)– A Prática Baseada na Evidência (PBE). Isto é, considerando a relação que a evidência tem apresentado ao longo dos anos, nomeadamente na evolução dos cuidados, processos, técnicas e terapias em HD, contribuindo para a modernização e atualização, é de realçar o forte contributo da evidência, nessa linha de amadurecimento.

Contextualizando a temática da PBE é fundamental ter como ponto de partida a sua essência, sendo que “Evidence based medicine is the (...) use of current best evidence in making decisions about the care (...)” Sackett D., Rosenberg W., Muir Gray J., Haynes R., Richardson W. (1996), p71.

Seckett et al. (1996) consideram que PBE é assumidamente a integração do conhecimento clínico individual nas melhores evidências clínicas resultantes de revisões sistemáticas. Ou seja e simplificando, segundo os autores PBE resume-se ao processo de inclusão entre a experiência clínica pessoal e a melhor evidência científica do momento, num processo que visa a criação de uma sinergia potenciadora dos cuidados.

Larrabee (2011) preconiza a integração da evidência na prática de Enfermagem, descrevendo o seu modelo para a mudança da prática baseada em evidências, contexto que perfeitamente se adapta à realidade da temática por nós abordada.

Constituído por 6 etapas, este modelo visa a promoção de mudanças na prática suportadas e motivadas pela evidência científica.

Nesse processo, a primeira etapa constitui então a avaliação da necessidade de mudança da prática, preconizando uma fase inicial de pesquisa e caracterização, seguindo-se pela etapa 2, que consiste em localizar as melhores evidências, ou seja, na pesquisa sobre o tema, que por sua vez, quando concluída, nos transporta até à etapa 3 que consiste na análise crítica das evidências encontradas, seguida da etapa 4 que consiste na projeção da mudança da prática, com o seu devido planeamento e projeção, que por sua vez culminam na etapa 5 traduzida pela implementação e avaliação da mudança da prática. Após a sua implementação a mudança da prática deve ser integrada e mantida, sendo esta a última etapa do processo correspondendo à etapa 6.

Formando assim um verdadeiro guia de orientação de enfermeiros e até outros profissionais de saúde através de um processo sistemático de mudança para a prática baseada em evidências, promovendo não só a qualidade dos cuidados mas também a segurança dos mesmos, fator de extrema importância para a sua escolha e inclusão neste relatório.

2.PROJETO DE INTERVENÇÃO

Designado também como intervenção major no contexto do ensino clínico do presente mestrado, o projeto de intervenção realizado assume uma importância que consideramos bastante relevante no meu percurso enquanto aluno.

Importa salientar que este é verdadeiramente um projeto inclusivo, onde existe oportunidade de desenvolver atividade, resultando da mesma claro ganho para todos os intervenientes, não só para o estudante, como também para o contexto onde o mesmo é desenvolvido, o que de forma indireta será também benéfico para a pessoa que é alvo dos nossos cuidados, sendo exemplo disso a criação da grelha de verificações da FAV baseada no exame físico por nós desenvolvida.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

De modo a efetivar o projeto de estágio, realizamos uma revisão integrativa da literatura (Apêndice 7: Capa e Resumo/Abstract), com foco nos cuidados de Enfermagem à pessoa IRC em tratamento de Hemodiálise, na prevenção de complicações da Fístula arteriovenosa, assumindo-se não só como base de conhecimento para o desenvolvimento da nossa grelha de avaliação, mas também constituindo um excelente meio de aprendizagem.

No sentido de compreender de que forma os cuidados de Enfermagem contribuem para a prevenção de complicações associadas à FAV na pessoa IRC em HD, e tendo por base o exame físico realizado por enfermeiros, respeitando o conceito de Fortin (1999) procurando por via da pesquisa de publicações citadas em estudos anteriormente realizados é efetuada uma análise e um diagnóstico crítico.

De forma a obter um conhecimento sistemático, sobre a problemática baseando essa intervenção na evidência, seguiu-se a metodologia PICO(D) na formulação da questão de pesquisa apresentada por Ramalho (2005), para o desenvolvimento desta revisão integrativa (D – desenho do estudo).

P	População	Pessoa com FAV em hemodiálise
	(Participantes/Estruturas)	
I	Intervenção	Intervenção do enfermeiro no exame físico
	(Relação de Cuidado/ Processo)	
CO	Comparação das Intervenções e Resultados (outcome)	Prevenção de Complicações da FAV

Assim, e tendo por base o anteriormente apresentado, é assumida como questão de pesquisa para o presente exercício a seguinte:

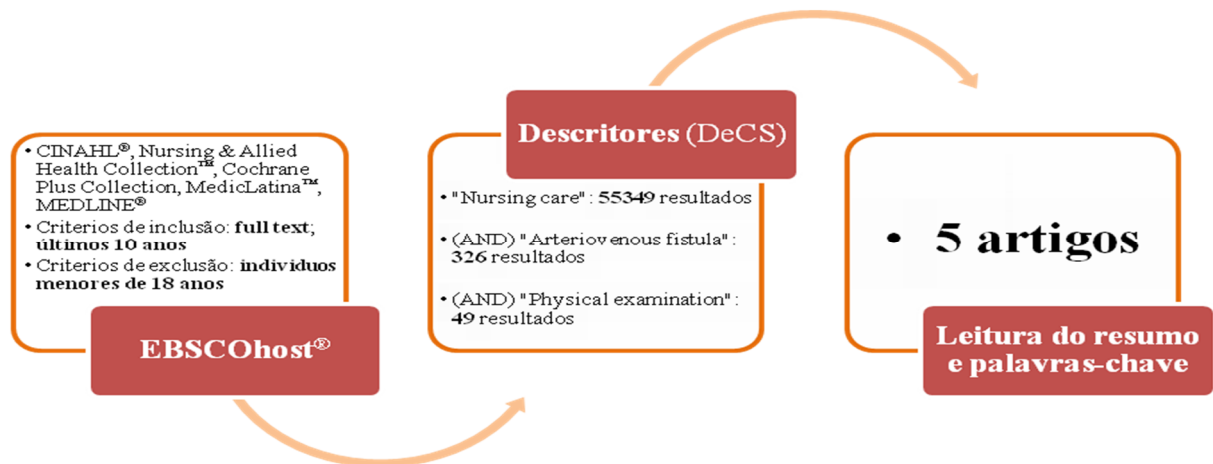
Qual a intervenção do enfermeiro no exame físico, na prevenção de complicações da FAV na pessoa insuficiente renal crónica em hemodiálise?

Como forma de colheita de dados foi realizada a pesquisa no motor de busca «EBSCOhost®» com acesso a as bases de dados «CINAHL®», «Nursing & Allied Health Collection™ (Comprehensive Edition)», «Cochrane Plus Collection», «Cochrane Central Register of Controlled Trials»; «Cochrane Database of Systematic Reviews» e «Database of Abstracts of Reviews of Effects», «MedicLatina™», e ainda «MEDLINE®».

De seguida definiram-se as palavras-chave que foram posteriormente submetidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), procedendo à sua validação, nomeadamente: «nursing care», «arteriovenous fistula»; e «physical examination» combinados entre si com o operador «And» com orientação de pesquisa com recurso ao código de campo TX-texto completo.

Para afunilar os resultados foram utilizados critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa, nomeadamente foram incluídos apenas trabalhos referentes aos últimos 10 anos, com texto integral e, excluídas as publicações referentes a estudos englobando indivíduos com menos de 18 anos, sendo que previamente a esta pesquisa e mantendo todos os critérios descritos, foi realizada uma pesquisa considerando os últimos 5 anos a qual foi descartada por falta de resultados, assumindo-se assim os últimos 10 anos.

Assim, após introdução do primeiro descritor «nursing care» foram obtidos 55349 resultados, aos quais foi aplicado o segundo descritor «arteriovenous fistula», de onde emergiram 326 resultados, que combinados com «physical examination» ficaram reduzidos a 49 resultados. Por via da leitura do resumo e palavras-chave dessas publicações, foram selecionados 5 artigos, para inclusão e análise na realização desta revisão integrativa.



Desta feita, e para permitir um melhor tratamento dos dados obtidos, foram construídas uma tabela de artigos e uma grelha de análise cuja apresentação é realizada no final do presente documento (Apêndice 1 e Apêndice 2) traduzindo a grelha de artigos e da análise realizada, considerando resumidamente: objetivo do estudo, participantes (tipo e número), intervenções ou fenómenos de interesse, «outcome»/conclusões, e desenho do estudo com avaliação do nível de evidência e qualidade metodológica segundo os padrões definidos pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) apresentados no Apêndice 3.

Em linha transversal de toda a pesquisa realizada, depreendemos a noção de que a fístula arteriovenosa, não só pelo seu papel desempenhado na técnica de substituição da função renal propriamente dita, mas também na vida do indivíduo hemodialisado, e na influência que pode exercer a nível da qualidade de vida da pessoa em HD merece uma especial atenção.

Procurando responder à questão de partida inicialmente definida, serão apresentados os contributos da pesquisa realizada e que vão ao encontro das intervenções do enfermeiro, que por via do exame físico podem contribuir para a prevenção de complicações da FAV na pessoa IRC em HD.

Apresentado como linha da vida ou até mesmo calcanhar de Aquiles dos cuidados à pessoa hemodialisada, a «European Dialysis and Tansplant Nurses Association/European Renal Care Association» [EDTNA/ERCA] (2015) salienta a fragilidade do acesso venoso na própria cadeia de terapia de substituição renal, salientando o seu impacto, não só na vida da pessoa, mas também no próprio serviço de saúde.

Situações como disfunção com necessidade de intervenção, edema do membro, insuficiência cardíaca, síndrome de roubo, e até mesmo problemas decorrentes de problemas de maturação do acesso constituem uma das causas mais frequentes dos internamentos do universo dos doentes em tratamento de HD.

“O principal objetivo de um acesso vascular para hemodiálise (AVH) é proporcionar um tratamento eficiente, promovendo o máximo de conforto para o doente. A obtenção de um acesso vascular para hemodiálise de fácil construção, prático de utilizar, durável, livre de complicações e resistente à infeção, tem sido um grande desafio dos profissionais na área da Nefrologia e Cirurgia Vascular.”, Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016.p31.

Considerando Daugirdas, Blake & Ing (2015) importa compreender que o implante de uma FAV envolve a criação de uma anastomose entre uma artéria e uma veia nativas, favorecendo a transferência direta de sangue no sentido da artéria para a veia, procedimento comumente realizado na região anatómica do punho, nomeadamente recorrendo à artéria radial e a veia cefálica, contudo a possibilidade de outras localizações seja uma realidade em regiões como o antebraço, cotovelo ou até mesmo braço.

Como é sabido além das FAV, no contexto de HD, outros acessos venosos são frequentemente utilizados, como o enxerto arteriovenoso, processo semelhante, no entanto a conexão artéria veia é efetivada por um tubo feito de material protético, comumente polímero de politetrafluoroetileno (PTFE), ou ainda o cateter venoso central, do tipo definitivo ou provisório.

No entanto, e tal como é defendido pelo autor anteriormente referido, uma FAV funcionante continua a ser o acesso preferencial para a realização de tratamento de HD, na pessoa com doença renal crónica terminal, quando por exemplo comparado com um enxerto, devido à inferior taxa de incidência de infeção da fístula, taxas de patência mais elevadas e, em geral, melhor sobrevida da pessoa. Não obstante, as fístulas arteriovenosas apresentam também alguns problemas, como por exemplo a hipótese de uma baixa taxa de maturação.

Apresentando-se como foco deste trabalho, importa compreender sucintamente a questão do exame físico da FAV na pessoa IRC em HD, que Daugirdas et al (2015) relembra como um teste não invasivo, com uma relação de custo efetivo bastante baixo, constituindo uma ferramenta importante na avaliação de um acesso venoso. Defendendo a sua eficácia no detetar e localizar lesões estenóticas na grande maioria das pessoas com FAV, apresentando um papel importantíssimo no que à avaliação da disfunção diz respeito.

Cowan, Smith & Chow (2016) constataam no seu estudo a complexidade da gestão do acesso vascular, fazendo referência que a abordagem vai além das ótimas técnicas de canulação e da compreensão dos fatores bio ecológicos que influenciam os cuidados de saúde do indivíduo, sublinhando a importância do enfermeiro na relação de parceria com a pessoa hemodialisada e com a sua família, visando relações de «empowerment» e decisão partilhada.

Tal conclusão dos autores, Cowan, Smith & Chow (2016), na sua revisão narrativa da literatura, remete-nos para a abordagem abrangente do cuidar à pessoa com acesso vascular, estimulando a reflexão da importância da abordagem holística do enfermeiro não só com propensão à promoção da qualidade de vida do doente renal crónico, mas também na longevidade do seu acesso vascular, valorizando outros aspetos que vão além da abordagem biomédica dos aspetos do acesso vascular, item onde o exame físico é perspectivado.

Banerjee (2009) no seu artigo refere a importância da Enfermagem de nefrologia, não só na abordagem da fístula, mas também no programa de maturação, da técnica adequada de canulação, sublinhando-se a relação direta com a patência da fístula, valorizando que a educação sobre preservação de veias, mapeamento, exame físico da fístula e técnicas de ultrassonografia são essenciais. A intervenção precoce com preservação da veia, mapeamento vascular e educação sobre as vantagens da FAV são apresentados como passos iniciais na defesa do aumento da criação e utilização de FAV em HD.

É também e segundo o autor, referido o papel da Enfermagem de nefrologia na educação da pessoa e família sobre estratégias para maturação, e instruções sobre observação diária da FAV, bem como na avaliação da FAV pessoa IRC em HD, em cada sessão de diálise, observação de alterações hemodinâmicas e ainda no encaminhamento imediato em caso da identificação de um acesso problemático, intervenções que contribuem para uma maior utilização de FAV como acesso preferencial em HD.

Concretamente no que diz respeito ao exame físico, Banerjee (2009) considera essa competência como vital, considerando estratégias como o ver, ouvir e sentir. Traduzidos numa análise que é crucial para a avaliação da maturação do acesso venoso, promovendo a segurança e eficácia dos cuidados, capacitando os enfermeiros da chave do sucesso de um programa de maturação adequado da FAV.

Com recurso a pesquisa bibliográfica, este mesmo autor, faz referência às recomendações da criação do acesso vascular (fístula nativa ou enxerto sintético) antes ainda do início da hemodiálise crónica, de forma a evitar a necessidade de recurso a cateteres de diálise evitando assim as suas complicações. Considera que o encaminhamento tardio a um nefrologista é um fator importante que contribui para a alta taxa de implantação de cateter de diálise e uma baixa taxa de uso de FAV. Mostra também que os esforços para atingir o objetivo proposto devem concentrar-se no estágio pré-diálise, incluindo além da pessoa, os médicos de referência, cirurgiões e nefrologistas.

Defendendo assim uma política agressiva de preservação venosa antes do começo de qualquer terapia de substituição renal como necessária, bem como estratégias de construção e maturação adequadas da FAV antes do início da terapia, sem esquecer a educação do utente, ou o aconselhamento, seleção de técnica de substituição renal adequada, tipo de acesso e localização, e criação do acesso pelo menos várias semanas a meses antes do início da terapia Banerjee (2009).

Malovrh (2011) no seu artigo de opinião refere que a perda de patência da FAV se tornou mais comum nas últimas três décadas, à medida que a população se apresenta mais envelhecida e com mais comorbidades, nomeadamente diabetes ou outras doenças associadas. Tal processo tem sido atribuído a vasos inadequados utilizados para cirurgia, pelo que também o mapeamento vascular pré-operatório adequado demonstrou resultar num aumento do sucesso, conjugando-se o exame físico e a avaliação ultrassonográfica como auxiliares para a correta avaliação vascular, com o objetivo final da avaliação pré-operatória exaustiva com vista a promover a maturação do acesso, pela seleção ideal do local da anastomose e pela identificação e tratamento de lesões pré-existentes antes da criação do acesso vascular.

Malovrh (2011) foca-se essencialmente no facto de que o sucesso clínico das FAV seja comprometido pela alta falência precoce e taxas de não maturação. Nesse sentido o discurso é

dirigido ao encontro das diretrizes que recomendam o uso de diferentes modalidades diagnósticas na gestão de acessos vasculares, como todos os anteriores autores também este autor se pronuncia sobre o exame físico como um método de avaliação que pode ser rapidamente realizado e sem custo ou equipamento extra. Salientando a sua capacidade diagnóstica, mais incisiva em informações da avaliação venosa do que arterial, considera também que há de facto uma subutilização da técnica, recomendando a utilização conjunta da ultrassonografia, pela facilidade de desempenho e segurança desse método. Vários parâmetros pré-operatórios determinados pelo ultrassom estão também associados a um aumento do risco de falha no acesso vascular e não maturação. É realizada a referência da importância do treino dos enfermeiros para a identificação de problemas decorrentes da FAV na pessoa IRC em HD, bem como os critérios a considerar.

Sousa et al. (2014) reforçam na sua publicação que o acesso vascular é de fato um dos grandes focos do consumo de recursos financeiros em sistemas de saúde no caso particular das pessoas com doença renal crónica em hemodiálise. Salientando também a questão de que o exame físico da fístula arteriovenosa demonstrou a sua eficácia em identificar complicações, conseguindo ainda estabelecer a dedução de que não existe por parte dos enfermeiros a integração na prática de todos os aspetos inerentes ao correto exame físico (englobando técnicas de inspeção, palpação e auscultação), na deteção de estenose venosa ou síndrome de roubo, independentemente da sua experiência profissional, tendo sido estudada a hipótese de mais de cinco anos de experiência ou menos de cinco anos de experiência em HD.

Apresentando-se como um dos pontos do estudo em discussão/análise, que a existência de programas de treino vocacionados para as equipas de Enfermagem poderiam organizar e fornecer informação importante para o desenvolvimento de competências na avaliação da FAV. Questão colocada em análise por Yousif, Abu-Aisha & Abboud (2017) ao ser avaliado o efeito de um programa educacional, no conhecimento dos enfermeiros ao cuidado do acesso vascular.

Yousif et al (2017) perceberam o efeito de uma sessão de formação baseada em 6 «guidelines» do «Kidney Dialysis Outcome Quality Initiative» – KDOQI(2006), nomeadamente canulação de FAV, exame físico do acesso vascular, identificação e intervenção na disfunção do cateter, medidas de controlo de infeção em contexto de Hemodiálise, cuidados à FAV e cuidados ao cateter de HD, no conhecimento dos enfermeiros para o cuidado do acesso vascular. O estudo demonstrou que o plano de formação baseado nas «guidelines»

KDOQI(2006) teve um impacto significativo no conhecimento dos enfermeiros em diálise e consequentemente no cuidado ao acesso vascular. Sendo que o nível de conhecimento atingido foi confirmado que se mantinha por pelo menos três meses após a intervenção formativa.

Em suma o trabalho desenvolvido enaltece três pontos de importância estrutural no contexto da Hemodiálise, e até mesmo da qualidade de vida e segurança da pessoa IRC em HD. O primeiro, repetidamente enumerado em todos os artigos trabalhados, é a evidente importância da FAV no tratamento hemodialítico em si como acesso preferencial, da mesma forma é espelhada a importância da FAV na qualidade de vida da pessoa hemodialisada pelas suas características próprias e, por fim, a clara a concordância de todos os autores na importância da Enfermagem na gestão do cuidado à FAV.

Pese embora o fato, de que foram analisados artigos com um nível de evidência baixo, ainda que revelando boa qualidade metodológica, é possível perceber que existe uma forte relação em termos de mensagem entre eles no que respeita à importância da realização do exame físico à FAV por enfermeiros, o que torna gratificante todo o trabalho desenvolvido.

Num contexto de maior abrangência Cowan et al. (2016) salienta a importância de 5 questões relacionadas com os cuidados do acesso vascular: a experiência do doente, relacionamentos de «empowerment» e decisão partilhada, ambiente dos cuidados de saúde, tempo (coeficiente entre identificação de alterações e atuação em conformidade) e qualidade de vida como resultados dos cuidados, pelo que é premente a necessidade de integração de todos os cuidados que vão além da realização do exame físico, no dia-a-dia do cuidar da pessoa IRC em HD.

Já Banerjee (2009) relata a importância do exame físico na avaliação da maturação das FAV, e do papel central do enfermeiro nesse capítulo, traduzindo o papel de Enfermagem nos cuidados da pessoa IRC em HD, que claramente estão muito mais além da colocação de agulhas, e é dado o devido enfoque à utilização deste recurso na adequada avaliação do grau de maturação do acesso como forma de garantir as ótimas condições de utilização.

Lembrando ainda que a melhor forma de prever a condição do acesso vascular, consiste numa combinação de parâmetros, em vez de único parâmetro, tal como descreve Malovrh (2011), com recurso a diferentes formas de diagnóstico além do exame físico. O autor sublinha

ainda a sugestão de que deve existir uma avaliação de Enfermagem cada 4 semanas, com o objetivo de identificar sinais de desenvolvimento ou progressão de estenose, bem como de prevenir eventuais trombozes.

Por fim referir a interessante correlação verificada entre os trabalhos de Sousa et al. (2014) e Yousif et al. (2017), nomeadamente pela abordagem da pertinência da formação como forma de incremento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa IRC em HD. Sousa et al. (2014) sugere a promoção de programas de treino com forte componente prática para o desenvolvimento de habilidades na avaliação do acesso vascular, situação analisada por Yousif et al. (2017) ao demonstrar com o seu estudo o impacto significativo no incremento do conhecimento dos enfermeiros face ao cuidado do acesso vascular, tendo por base o efeito de um programa educacional.

Salienta-se a noção de que o exame físico pode e deve ser usado como uma ferramenta de monitorização da FAV da pessoa IRC em HD, utilizado pelos enfermeiros para excluir situações de baixo fluxo devendo ser executado em três dimensões: inspeção simples, palpação e auscultação.

A inspeção simples pode revelar a presença de aneurismas. Uma fístula que não colapse pelo menos parcialmente com a elevação do braço provavelmente terá uma estenose de fluxo de saída (NKF-KDOQI «GUIDELINES», 2006), devendo ser pesquisadas a presença de edema, rubor, equimose, hematoma, erupção cutânea ou soluções de continuidade, hemorragia, outro exsudado, aneurisma ou pseudoaneurisma (EDTNA/ERCA, 2014).

Na palpação, a perceção de estrias pode ser verificada (NKF-KDOQI «GUIDELINES», 2006), bem como as características do pulso, alterações de temperatura, calor atípico, dureza do vaso, direção do fluxo, características do fluxo ao longo da fístula (frémito ou pulsatilidade), o frémito deve ser sentido como uma vibração contínua, não como uma pulsação forte (EDTNA/ERCA, 2014).

Na Auscultação a intensidade e o caráter dos sopros podem sugerir localização da estenose. Estenose a jusante também produz uma dilatação global da veia, dando-lhe proporções "aneurismáticas" (NKF-KDOQI «GUIDELINES», 2006), considerando o sopro ao longo da

FAV e avaliar a qualidade do som e a sua amplitude. O sopro (um chiado semelhante a um sopro de ar) deve ser forte e contínuo, cada som ligado ao anterior (EDTNA/ERCA, 2014).

Na temática dos cuidados de Enfermagem na prevenção de complicações da fístula arteriovenosa na pessoa IRC em HD, é clara a importância da realização do exame físico, não podendo o cuidado remeter-se apenas e só à sua aplicação enquanto método de avaliação, sendo necessária uma abordagem que deve ser abrangente, completa e acima de tudo capaz de responder às solicitações e às necessidades que estes indivíduos apresentam.

Importa ainda referir que existiu uma atualização às «Guidelines» NKF-KDOQI em 2019, publicadas em data posterior à da realização da revisão integrativa da literatura que fundamentou este relatório, sendo que no que diz respeito à temática do exame físico, os conteúdos não modificaram face ao disposto neste documento.

Torna-se, portanto, evidente e lógica a intervenção do enfermeiro no exame físico, para a prevenção de complicações da FAV na pessoa em hemodiálise devendo este constituir um recurso efetivo neste contexto, que a par da formação contínua constituem um pilar bastante sólido quando se fala de segurança e até mesmo qualidade dos cuidados, sendo esta a base com que foi construída a nossa grelha de verificações da FAV- Exame Físico (Apêndice 5).

2.2.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O trajeto desenvolvido neste projeto de intervenção decorreu inicialmente de uma entrevista exploratória, junto da chefia e enfermeira orientadora da FRP, onde foi explorada a questão do tema a abordar em termos de projeto de intervenção.

Essa metodologia, escolhida intencionalmente para o propósito, constituiu a opção tomada no sentido de ser possível optar pela abordagem de um tema que para além de se apresentar como foco de interesse para mim enquanto mestrando, fosse também de encontro a uma necessidade e propósito da equipa, emergindo assim como um tema com interesses comuns para todos os intervenientes, proporcionando desde o início laços de colaboração mais fortes e facilitados.

É nesse momento que surge a possibilidade de abordagem da questão do exame físico da FAV da pessoa IRC em HD realizado pelos enfermeiros. Apresentando-se como um excelente

foco a explorar e desenvolver em contexto de estágio, é também um tema de interesse para a chefia de Enfermagem da instituição, o que eleva não só a pertinência, mas também de certa forma a responsabilidade, no sentido do correto desenvolvimento de todo o processo.

Apresentando-se como um tema que para mim enquanto estudante, não é totalmente novo mas, é no entanto, bastante desconhecido, constituindo um verdadeiro desafio a encarar pela oportunidade de aprendizagem que representava.

Alia-se então o facto da consciencialização por parte da instituição em relação à pertinência da temática em questão, uma vez que em termos de avaliação do acesso vascular, os enfermeiros, além de colaborarem com a realização da avaliação das taxas de recirculação dos acessos, apenas fazem um pequeno registo no aplicativo informático em utilização nos seus postos de trabalho, onde podem optar por uma grelha de opções de achados do acesso vascular, nomeadamente: “Sem problemas”, “Trombosado”, “Hematoma”, “Falta de débito”, “Hemorragia”, “Hemóstase difícil”, “Pressão venosa muito elevada”, “Rutura do acesso”, “Infecção”, “Estenose do acesso” e “Impossibilidade de punção”.

Este registo é efetuado a cada sessão de tratamento, pelo enfermeiro responsável pelo mesmo, assente em dados essencialmente obtidos por via da observação, negligenciando outros aspetos de avaliação do exame físico, perdendo-se assim uma oportunidade de análise e registo muito mais abrangente.

Um outro fator que torna pertinente a escolha da temática prende-se com a presença efetiva de episódios de trombozes de FAV da pessoa IRC em HD na realidade da instituição.

Pelo recurso à análise documental dos processos clínicos ativos, à data da realização do estágio, foi possível constatar a presença de 18 episódios de trombose no último biénio, motivo pelo qual mais uma vez a pertinência da realização do exame físico é demonstrada, uma vez que pode complementar os dados obtidos pelas avaliações das taxas de recirculação do acesso, permitindo assim uma monitorização mais eficaz das FAV das pessoas IRC em HD.

Pretendeu-se assim a criação de um instrumento de registo que incluía as mais comuns alterações observáveis, por via de exame físico, incluído variáveis de: aspeto geral do acesso, presença de edema, sinais inflamatórios, dor, alterações de perfusão do membro, presença de

aneurisma e pseudo-aneurisma, alterações da integridade cutânea circundante, ou outros achados relevantes, constituindo-se um registo, incluindo técnicas de auscultação, palpação e observação.

Procedimento a realizar por rotina, para que a perceção do estado do acesso seja mais eficaz e completa por qualquer elemento da equipa, constituído um registo individual para cada cliente e parte integrante do seu processo clínico.

Após o pedido devidamente autorizado à Fundação Renal Portuguesa (Apêndice 4), pretendemos colmatar a carência por nós identificada no sentido de não ser realizado efetivamente o registo e monitorização do exame físico, devidamente abrangente da FAV, sendo que de fato existe uma observação tão mais detalhada quanto a experiência e motivação do profissional, que é feita, mas não existe de todo um registo estruturado e padronizado realizado por todos os enfermeiros, sendo responsabilidade dos profissionais na instituição a observação do acesso vascular e o registo dessa intervenção, contudo com uma abordagem bastante subjetiva e pouco abrangente.

2.3.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Este projeto de intervenção tem como objetivo geral:

- Desenvolver competências nos enfermeiros da FRP (clínica de Portalegre) na avaliação da FAV da pessoa IRC em HD com recurso ao exame físico.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- Identificar os cuidados de Enfermagem, que por via do exame físico, contribuem para a prevenção de complicações associadas á FAV na pessoa IRC em HD;
- Sistematizar conhecimentos sobre complicações da FAV na pessoa IRC em HD;
- Elaborar uma grelha de verificações, através do exame físico, com vista à prevenção de complicações da FAV na pessoa IRC em HD.

2.4.PLANEAMENTO/EXECUÇÃO

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção desenvolvemos ao longo do estágio as seguintes estratégias:

- Pesquisa bibliográfica: incluído as temáticas: Cuidados de Enfermagem à FAV; Prevenção de Complicações; e Exame Físico. Optando por bases de dados de idoneidade reconhecida. Procuramos assim consultar e reunir informação, conhecimento atual e válido, direcionando a pesquisa, relacionando os conceitos de forma a garantir que os resultados fossem de encontro às nossas necessidades, permitindo desta forma a criação de um ponto de partida sólido, com contributos para desenvolver todo o processo, garantindo não só a sua validade mas também a sua pertinência, potenciando o real contributo do nosso trabalho;
- Formulação do pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto de intervenção junto da FRP, viabilizando desenvolvimento do mesmo, de forma a garantirmos a permissão para desenvolver os nossos trabalhos, informando a instituição do pretendido e aquilo a que nos propusemos enquanto objetivo final;
- Elaboração de revisão integrativa da literatura, respeitando os princípios de investigação inerentes a esse tipo de trabalho, nomeadamente na sua metodologia, na apresentação e discussão de resultados, e considerando os contributos das suas considerações finais para o desenvolvimento de todo o projeto;
- Desenvolvimento da grelha de verificações para o exame físico da FAV, tendo por base os contributos da revisão integrativa da literatura realizada (Apêndice 5);
- Promover a colaboração dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, chefia e colegas no desenvolvimento da grelha de verificações, discutindo, questionando, observando e partilhando informação, permitindo não só a inclusão dos mesmos, mas também estimulando a sua motivação para a participação no processo. Pretendendo desde o início o desenvolvimento de um projeto com relevância e pertinência para todos, potenciando desta forma não só o seu mais fácil desenvolvimento, mas também um resultado final mais produtivo a todos os níveis;
- Apresentação do instrumento de trabalho à chefia da instituição, e aplicação da grelha a título experimental, o que representa o culminar do exercício de investigação desenvolvido, pois com o desenvolvimento e aplicação do instrumento de trabalho deu-se resposta a um dos principais objetivos deste estágio e do projeto de intervenção desenvolvido propriamente dito.

Em termos temporais definiu-se o seguinte plano de trabalhos:

- 1º mês:
Levantamento de necessidades; definição de problemática; definição de objetivos; formalização do pedido de autorização; pesquisa bibliográfica sobre a temática.
- 2º mês:
Pesquisa bibliográfica sobre a temática; elaboração de revisão integrativa da literatura.
- 3º mês:
Pesquisa bibliográfica sobre a temática; elaboração de grelha de verificação da FAV com base no exame físico realizado por enfermeiro; baseando a mesma nos resultados da revisão integrativa realizada; apresentação da grelha de verificação da FAV com base no exame físico aos responsáveis.
- 4º mês:
Pesquisa bibliográfica sobre a temática; adequação às críticas/sugestões à grelha de verificação da FAV com base no exame físico realizado por enfermeiro.
- 5º mês:
Apresentação do documento final à chefia, para utilização na instituição e apresentação do instrumento em sessão de formação à equipa de Enfermagem e ainda a aplicação da grelha a título experimental, em exercício conjunto com a chefia da instituição.

2.5.AVALIAÇÃO

Em termos de avaliação do projeto de intervenção, devido a que a grelha de avaliação não se encontre ainda implementada, a proposta relaciona-se intrinsecamente com a capacidade da própria grelha de avaliação desenvolvida, ou seja, a avaliação proposta será realizada tendo em linha de conta a própria aplicação futura do instrumento, analisando a sua capacidade em termos de resposta ao objetivo a que se propõe quando efetivamente aplicada.

Assim, a avaliação por nós proposta irá medir o grau de eficácia, em termos de contributo da grelha de avaliação, ou seja, a contribuição na redução de fenómenos de trombose das FAV, nomeadamente pela sua capacidade de deteção precoce de alterações preditivas ao normal funcionamento do acesso venoso.

Pretendemos que pela aplicação da grelha de verificações da FAV, sejam identificadas as alterações, caso estas efetivamente se verifiquem, no sentido de antever fenómenos de trombose, permitindo uma atuação precoce e que viabilize a manutenção do acesso venoso, contribuindo em última análise para a redução do número de episódios de trombose, facto eficazmente verificado pela aplicação simulada da mesma, onde foi permitida a constatação da facilidade de identificação e registo das alterações focadas pelo instrumento.

Assim e numa estratégia preditiva, sugerimos, em termos de avaliação, a redução de fenómenos de trombose das FAV em 10% no ano seguinte à sua implementação, face ao biénio de 2017 e 2018, onde, como anteriormente foi referido, se verificaram 18 casos de trombose de FAV, permitindo a identificação de achados, viabilizando a intervenção precoce na manutenção dos acessos venosos, o que objetivamente se traduz na redução de 1,8 casos, ou seja, uma avaliação positiva do projeto de intervenção será traduzido pela redução do numero de episódios de trombose em 2 casos, ou seja, que o total de episódios de trombose de FAV, após a sua implementação seja inferior a 7 por ano, e 14 por biénio.

Preconizamos ainda uma estratégia de avaliação faseada, pretendendo a contribuição da redução das trombozes das FAV em 10% ao ano, procurando atingir os 50% ao fim de 5 anos

Sugerimos também uma auditoria à aplicação da grelha de avaliação, ao fim de um ano após o início da sua utilização, constituindo esse exercício um momento de avaliação do próprio projeto de intervenção realizado, onde seria analisada a forma de preenchimento e a adequação da grelha, assegurando assim a sua correta utilização e preenchimento da grelha podendo eventualmente dessa auditoria surgir a necessidade de novas alterações à mesma, no sentido de melhorar o seu desempenho, ou até mesmo a necessidade outro tipo de intervenções como mais formação para a sua correta utilização, constituindo este momento um marco importante não só para a revisão da grelha mas também para a análise da sua utilização por parte dos colaboradores, procurando a sua otimização e potencialização.

Ainda no que refere à auditoria em termos de aplicação do instrumento aconselhamos a realização da mesma seis meses após a primeira utilização, sendo que no primeiro ano são sugeridas duas auditorias, e nos anos seguintes esse processo deverá ser desenvolvido anualmente, sendo que é expectável que a grelha de verificações seja adequadamente preenchida em 100% das utilizações e aplicada a todos os clientes com FAV em tratamento.

Desta forma estão previstos dois tipos diferentes de avaliação, não só avaliar a contribuição na redução de trombozes da FAV, mas também avaliar a utilização do instrumento desenvolvido em termos da sua correta aplicação e da sua adequação ao que se pretende avaliar.

De salientar que todos os princípios éticos inerentes à aplicação do instrumento e consulta de dados, durante a realização deste projeto de intervenção foram respeitados e devidamente autorizados pela FRP.

Sublinha-se ainda que para a divulgação dos resultados é previsto um artigo científico com a revisão da literatura realizada, para além de que da avaliação que irá ser feita à redução das complicações da FAV, pode, eventualmente resultar também a publicação de um artigo para divulgação de resultados e uma formação à equipe para a mesma divulgação.

3.FUNDAMENTAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A frequência do curso de Mestrado, não só da sua componente prática, mas também pela sua integrante teórica permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências que viabilizarão a minha intervenção especializada no domínio de Enfermagem da pessoa em situação crítica.

Pretende-se neste capítulo descrever então de que forma me foi possível o desenvolvimento dessas competências, procurando relacionar toda a experiência enquanto mestrando e o seu contributo para o meu crescimento profissional e académico.

Sublinho como nota importante, o facto de já ser detentor do título de enfermeiro especialista, consignado pela frequência do curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem médico-cirúrgica (CPLEEMC-PSC): A pessoa em situação crítica, devidamente reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, pelo que considero que as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foram efetivamente adquiridas previamente à frequência deste Mestrado.

Não obstante, esta foi no entanto uma oportunidade para melhoria, desenvolvimento e sedimentação, mas que acima de tudo me permitiu adquirir as competências de Mestre em Enfermagem, constituindo uma excelente oportunidade de melhoria e crescimento.

Tendo por base o descrito no **Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, bem como no **Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica** e ainda o **Decreto-Lei n.º 74/2006** que contempla a descrição das condições à atribuição do grau de Mestre, descrevem-se seguidamente as atividades desenvolvidas para aquisição das mesmas.

3.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competência A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio, há a valorizar o contributo da componente teórica do Mestrado, nomeadamente a unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, não

esquecendo que todas as decisões e ações tomadas emergiram de uma base deontológica respeitando os valores e princípios inerentes à profissão. Enquanto mestrando desenvolvi uma atividade fortemente baseada nos direitos humanos, na dignidade da pessoa, sem nunca protelar o cuidado legal face à minha atividade.

Respeitei, enquanto mestrando as melhores práticas, bem como as preferências do cliente, procurando prestar cuidados de forma segura, sendo inclusivamente esse o foco do meu projeto de intervenção: a segurança dos cuidados, desenvolvendo a grelha de verificações da FAV, com base no exame físico, realizado por enfermeiros, o qual foi submetido a um pedido de autorização prévio, e respeitou os princípios éticos e legais ao seu desenvolvimento.

Integrei sempre que possível a equipa nos processos de tomada de decisão procurando transmitir a minha experiência, sempre aliada à disponibilidade, assertividade e demonstração de competência.

Procurei sempre assumir-me como um agente dinamizador em termos de discussão de conteúdos, partilha de experiências, participação em tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados, fazendo valer não só a minha formação académica anterior, mas também a minha formação e experiência profissional, mobilizando conhecimentos e competências adquiridas com o objetivo final de constituir um elemento promotor de um ambiente terapêutico seguro.

Participei enquanto mestrando da prestação de cuidados ao DRC em HC respeitando não só os pressupostos teóricos e deontológicos inerentes à profissão, mas fi-lo tendo por base o respeito e valorização pessoal de cada indivíduo. Pude assim vivenciar uma experiência nova para mim, a prestação de cuidados ao doente crónico, numa condição semelhante ao regime de ambulatório, num estado geralmente compensado da doença, o que me proporcionou um olhar completamente diferente sobre a doença e indivíduo IRC, a qual rompe com aquilo que o meu dia-a-dia profissional me proporciona, vindo a enriquecer bastante a minha experiência.

Competência B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Sendo este um pressuposto que desde sempre procuro incluir na minha prestação individual, a frequência deste Mestrado não foi exceção, mobilizando conhecimentos e habilidades promovendo a melhoria contínua da qualidade ao longo do mesmo.

No decorrer do estágio e como desenvolvimento do instrumento de avaliação da FAV, promovi, em última análise a qualidade dos cuidados, ao criar um instrumento que promove uma correta observação do acesso venoso, descrevendo os cuidados (de qualidade) a ter para a realização dos mesmos, constituindo esta uma iniciativa que se pretende que a instituição adote e sedimente no cuidar, incorporando na prestação de cuidados as «Guidelines» inerentes à sua criação, realizando também previamente uma avaliação das práticas instituídas, deixando recomendações, com base na evidência científica, apresentando uma solução que se pretende eficaz, o que vai de encontro à competência descrita pelo regulamento, a garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

Tal como, com o desenvolvimento do projeto de intervenção, exerci uma ação promotora da efetividade terapêutica, preditiva de incidentes, e acima de tudo proativa e de gestão de risco ao procurar prevenir episódios de trombose da FAV

Competência C — Domínio da gestão dos cuidados

Na ótica da otimização e articulação das equipas, a gestão dos cuidados foi ao longo deste contexto formativo uma realidade, de referir a importância dos contributos teóricos das disciplinas de Gestão em Enfermagem II do CPLEEMC-PSC, bem como da disciplina de Gestão em Saúde e Governação Clínica do presente Mestrado, permitindo assim um desempenho mais fácil neste particular.

Tentei desde o início ser um elemento promotor da segurança e qualidade, não só nas tarefas desempenhadas em contexto de prestação direta de cuidados, mas também nas tarefas delegadas.

Procurei integrar os processos de decisão, dos mais simples até aos mais complexos, procurando manifestar a minha opinião em situações que compreenderam por exemplo a escolha de um local de punção a nível da FAV, ou expressando a minha opinião face a questões

organizacionais como o planeamento e distribuição de enfermeiros previamente aos tratamentos.

Demonstrando sempre disponibilidade em ajudar e colaborar, partilhei também com os colegas e equipa algumas noções que a pesquisa documental me permitiu adquirir ao aprofundar a pesquisa sobre a temática.

Procurei sempre junto da equipa supervisionar e avaliar as tarefas delegadas, sendo que sempre que necessário colaborava com a demonstração das mesmas.

Durante o estágio pude ainda interagir com algumas situações particulares de gestão dos serviços, como por exemplo a minha procura por manter os processos clínicos dos doentes atualizados, ou pela correta utilização do sistema de registo de medicação que se assume simultaneamente como sistema de gestão de “stocks”, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática, procurei aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, como por exemplo a partilha de experiência profissional ou dos resultados da formação continua ao longo da minha vida.

Competência D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Não existe desenvolvimento sem investimento, e todo o processo formativo que desenvolvi procura responder basicamente à minha vontade de desenvolver as minhas aprendizagens profissionais.

Além da vontade e intensão em adquirir competências de Mestre, a necessidade de desenvolver uma experiência formativa no contexto de HD vinha a ser um foco premente dos últimos anos, ainda que no meu dia-a-dia seja uma realidade com que contacto, faço-o no contexto específico de cuidados intensivos, sendo a ótica das clínicas de HD uma realidade desconhecida e um objetivo a desenvolver em termos de conhecimento.

Este contacto promoveu o desenvolvimento de respostas de adaptação que permitiram um forte crescimento nesta temática. Recorrendo bastante ao investimento pessoal em termos de estudo, desenvolvi bastante competência no manuseamento dos monitores de diálise, experienciando situações de algum “stress”, como por exemplo alterações graves do estado

hemodinâmico dos clientes durante o tratamento, conseguindo promover uma resposta eficiente e eficaz para correção dessa situação.

Enquanto estagiário, estudante e profissional, procurei fomentar a minha atividade tendo por base a evidência científica, desenvolvendo inclusivamente um exercício de investigação ao elaborar uma revisão integrativa da literatura no decorrer do estágio, focada numa necessidade formativa que identifiquei, a monitorização da FAV.

Fui, ao longo do Mestrado um enfermeiro que procurou demonstrar conhecimentos de Enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada, pelos contributos da minha experiência, mas também formação prévia.

3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Apresentando-se a realidade do estágio desenvolvido como um contexto pouco comum para o desenvolvimento deste tipo de competências, merece relembrar que sendo detentor do título de especialista na área de Enfermagem em questão, pude em contextos anteriores, pela frequência e aprovação dos ensinos clínicos I, II, e III do CPLEEMC-PSC promover esse desenvolvimento.

O contexto de estágio em hemodiálise permitiu desenvolver competências já anteriormente adquiridas, permitindo a transposição de conhecimentos da pessoa com fístula e em hemodiálise para o contexto onde desenvolvo a minha prática profissional, pois a unidade de cuidados intensivos recebe frequentemente pessoas em situação crítica que necessitam de suporte para manter a função renal.

Competência 1: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Sendo o doente renal um doente crónico, apresenta no entanto falência orgânica, que requer que o enfermeiro mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

O próprio tratamento de HD carece de uma atitude de forte antecipação da instabilidade, maioritariamente hemodinâmica, sendo que desenvolvi ao longo do estágio essa capacidade antecipatória bem como da resposta eficaz para a sua correção.

O processo de tratamento de HD assume-se como um cuidado técnico de alta complexidade dirigido à pessoa a vivenciar um processo de falência orgânica, altamente assente na monitorização, com a presença de alterações graves do estado hemodinâmico como complicação frequente durante o tratamento.

Durante o estágio executei técnicas dialíticas e terapêuticas de acordo com as normas gerais da profissão e as normas técnicas aplicáveis a este contexto, desenvolvendo aprendizagens na prestação de cuidados à pessoa com IRC em diálise em ambiente terapêutico controlado, melhorando as minhas competências de prática dialítica, respeitando os princípios teóricos que regem a prestação aceites internacionalmente.

Foi-me também permitido o desenvolvimento de competências na área do conhecimento e manipulação de acessos vasculares em diálise, facto que valorizo fortemente, permitindo-me a realização de uma técnica que antes não me era possível desenvolver, a punção do acesso venoso para HD.

Neste particular considero ainda a devida importância à existência do curso de Suporte Avançado de Vida ministrado pela Alento® e do curso «International Trauma Life Support» ministrado pela Femédica®, no decorrer do Mestrado, devidamente certificados e com a exigência que apresentaram, os quais foram um marco importante na minha formação, devendo ser realmente um conteúdo imprescindível no corpo de conhecimentos do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem: a pessoa em situação crítica.

Competência 2: Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Neste particular, saliento o desenvolvido de um estágio em contexto de INEM aquando da frequência do CPLEEMC-PSC no qual obtive contributos importantíssimos à aquisição desta competência em particular. Considero no entanto, sempre pertinente a atualização de

conhecimentos acerca do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe, bem como o debate estabelecido com os orientadores do estágio em relação à inexistência de um plano de emergência e catástrofe da instituição onde o estágio foi desenvolvido, e o quão importante e pertinente é a análise dessa situação por parte dos responsáveis.

Competência 3: Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O respeito pelo controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos, assume-se como uma preocupação constante da minha prática profissional, pelo que a consulta do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos é um ato que procuro desenvolver com alguma frequência, em prol de manter alguma atualização, da mesma forma que assumo o respeito pelas diretivas inerentes ao controlo de infeção existentes nos locais de trabalho, procurando o seu inteiro cumprimento.

No caso particular da FRP, incluí na minha prestação de cuidados o respeito pelos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção na instituição. Considerando como exemplos disso, o respeito pelas boas práticas incluindo técnicas que vão desde a desinfeção das mãos, à técnica de canulação de acesso venoso, manipulação de cateter de hemodiálise, preparação e administração de terapêutica endovenosa.

A assépsia, temática altamente relevante na Enfermagem vê no contexto de hemodiálise a sua importância ainda mais salientada. Pude efetivamente, pela prestação de cuidados integrar todos os cuidados e procedimentos inerentes aos cuidados prestados na FRP, compreendendo ainda melhor o porque da sua premência e justificação.

É exemplo particular do anteriormente referido todo o cuidado de limpeza e desinfeção em prol do doente hemodialisado, desde que chega à instituição até que abandona a mesma, com a aplicação de protocolos específicos em termos de calçado, roupa, adereços, com muito especial enfoque na manipulação dos acessos venosos.

Ainda neste particular é possível salientar uma constatação daquilo que a bibliografia refere face à utilização da FAV como acesso preferencial para HD, verificando “in loco” a presença de alguns episódios de infeção relacionada com o cateter de HD e consequente necessidade de recurso a antibioterapia.

3.3.COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-Lei n.º 74/2006, atualizado pelo Decreto-Lei nº74/2006, define no seu ponto terceiro, do Artigo 15º, que a atribuição do Grau de Mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que “sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde, tal como que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”(p.2246).

O grau pressupõe também “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”, (p.2246).

É ainda responsabilidade do Mestre a capacidade para “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”(p.2246).

Pode ainda ler-se no documento supracitado que o grau exige a capacidade “de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”(p.2246).

Neste contexto é também da responsabilidade do Mestre dotação de competências que lhe “permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”(p.2246).

O diploma referencia ainda a particularidade de que a atribuição do grau é baseada numa especialidade, que por sua vez podem ser desmultiplicadas em áreas de especialização.

Neste subcapítulo, e em linha de pensamento com o anteriormente descrito, apresenta-se a justificação à aquisição de competências de Mestre tendo por base as sete competências de Mestre em Enfermagem, definidos pelas escolas que integram o consórcio do Mestrado de Enfermagem em associação, a Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde (AESES).

1.Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada;

Com o desenvolver do estágio, por via prestação de cuidados, mobilizando conhecimentos adquiridos pela frequência do curso de Mestrado, foi-me possível a demonstração de competências na conceção, prestação e na gestão de cuidados na FRP.

Assumindo a responsabilidade de ser especialista na área de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica, procurei sempre que possível dar o meu contributo nos cuidados, não só na prestação direta propriamente dita, mas também nas restantes componentes, partilhando experiências, saber e até mesmo opiniões devidamente fundamentadas, promovendo o conhecimento, qualidade, segurança e competência.

Ao longo do estágio desenvolvido, procurei traduzir para a minha prática diária a responsabilidade da minha formação especializada, desenvolvendo uma atividade que marca pela diferença, assente nas boas práticas, procurando uma diferenciação positiva e agindo como um elemento promotor de evolução, nesse sentido manifestei sempre a minha motivação em colaborar nos processos de decisão e gestão, não deixando de parte a prestação efetiva de cuidados bem como a sua supervisão, tendo sempre em linha de conta não só o meu papel enquanto formando mas também nunca esquecendo a responsabilidade e o dever atribuídos pela formação, baseando a minha interação na literatura e experiência, para que a assertividade seja uma realidade manifestada e devidamente reconhecida.

Desta forma, procurei ao longo do estágio deixar uma marca positiva, contribuindo num sentido crítico para a melhoria dos cuidados, não só quando solicitado, mas também sempre e quando essa oportunidade por mim foi identificada.

2.Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;

Neste particular, é justificável a integração do desenvolvimento do projeto de intervenção, realizando para o efeito uma revisão integrativa da literatura, da qual surgiu a elaboração da grelha de verificações da FAV com base no exame físico, realizado por enfermeiros.

Fundamental é também, para o desenvolvimento deste objetivo de aprendizagem a elaboração do presente relatório final de estágio de natureza profissional, sua discussão pública e aprovação, bem como a posterior publicação do artigo científico proposto.

Todo o processo formativo para a aquisição do grau de Mestre é no fundo um percurso preparatório que visa a dotação dos mestrandos neste sentido.

O investimento realizado não só no decorrer das disciplinas de investigação frequentadas, bem em todo o desenvolvimento de trabalhos académicos visa a capacitação dos mestrandos de instrumentos que lhe permitem após a obtenção do grau de Mestre desenvolver exercícios de investigação de uma forma muito mais eficaz, associando-se a contante valorização e integração da PBE não só na prestação de cuidados mas também, na forma como se abordam os exercícios de investigação.

Obviamente, considero que não é de todo estritamente necessário o título de Mestre para se ser detentor deste tipo de capacidades, no entanto partilho da opinião que o processo formativo do Mestre em Enfermagem vem atribuir a responsabilidade acrescida de desenvolver e colaborar em investigação, não pelo “status” de Mestre por si só, mas acima de tudo pela forma como somos capacitados para tal.

3.Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

Desde o início desta experiência formativa demonstrei a capacidade de integração de conhecimentos, traduzida pelo percurso de aprovação.

Pela confrontação com situações complexas ao longo do estágio, pude tomar decisões e gerir essas mesmas situações recorrendo ao corpo de conhecimentos éticos, profissionais e sociais que fui adquirindo, não só neste contexto, mas também ao longo da minha vida profissional.

Este é portando um objetivo de aprendizagem ou competência que considero ter desenvolvido, mas que para mim assume uma oportunidade de desenvolvimento ao longo do tempo, tendo sempre por inerência a base do sentimento de comprometimento individual em prol de uma sempre mais positiva resposta, com um enfase muito forte daquilo que é não só a minha formação mas também experiência.

Avaliando o estágio como experiência, considero que me deu um enorme contributo em termos de conhecimento, resultado de uma escolha que me foi permitida em termos de contexto de estágio, desenvolvendo capacidades numa área onde não detinha as competências específicas inerentes à prestação de cuidados.

Essa experiência adquirida, em sinergia com vivências anteriores, permite neste momento um incremento bastante positivo naquilo que é a minha capacidade de decisão e gestão de situações complexas.

Talvez por ser uma área de interesse, ou por ser uma temática que não dominava, o resultado final foi deveras positivo, permitindo-me a transposição de experiências entre os diferentes contextos profissional e do campo de estágio em si, valorizando sempre a minha responsabilidade social, ética e profissional como enfermeiro.

4.Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

A procura de conhecimento autónomo, foi, é, e certamente será, uma característica que considero parte de mim, ao longo da vida tenho sempre tentado promover o meu conhecimento e atualização com o objetivo de que a minha prestação de cuidados seja o espelho da adequação e atualidade, procurando respeitar a evidência e as boas práticas no meu desempenho profissional.

Considero pois, esta experiência um marco importante nesse sentido, apresentando-se como um momento de forte e intenso investimento em termos pessoais e que contribuiu para um crescimento pessoal bastante significativo, pelo que o seu contributo irá certamente traduzir-se numa melhoria dos cuidados que presto.

Não me revejo na afirmação de que apenas um Mestre em Enfermagem deva ter este tipo de responsabilidade ao longo da sua vida profissional, sendo que um enfermeiro especialista e até mesmo um enfermeiro deve interiorizar esta necessidade, existindo no entanto espaço a que a formação acrescida se traduza numa responsabilidade acrescida, mas isso pode aplicar-se não só neste domínio.

Obviamente este foi e será desde sempre um compromisso pessoal a que me comprometi, e que nesta experiência em particular não foi descurado, obviamente que para obter sucesso no estágio, além do importantíssimo contributo da orientação do estágio existiu um investimento pessoal significativo, em termos de estudo, prática e adaptação.

Arrisco assumir perante mim mesmo que este é um exercício a desenvolver em quanto for enfermeiro, até porque na essência da profissão revejo esta necessidade de acompanhamento e atualização, o qual quando não valorizado traduz na prática a sua necessidade. Será neste particular também uma das responsabilidades do Mestre em Enfermagem a valorização disso mesmo, agindo mais uma vez como um agente promotor da evolução da profissão na interação que desenvolve no seu dia-a-dia.

5.Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

Tanto o processo de integração da equipa da FRP como a inclusão na turma de formandos do curso de Mestrado em associação são o espelho da minha vontade de inclusão em equipas e projetos nos mais diversificados contextos.

Assumindo essa proatividade considero-me um profissional aberto à solicitação para a integração de novos projetos, sempre e quando estes se relacionem com a minha área de intervenção, onde pela minha formação considero poder prestar um contributo válido.

Considero pois que a valorização do investimento em formação deve também passar por servir o propósito de colaboração com outros contextos, assumindo assim a minha abertura à cooperação com projetos e equipas que se relacionem com questões do meu domínio de conhecimentos, procurando servir um propósito que vai além do meu interesse pessoal, fazendo uso daquilo que desenvolvi em termos formativos numa perspetiva mais abrangente e para além de mim, enquanto indivíduo.

Ainda que a formação não deva ser sobrevalorizada, esta atribui não só uma visão diferenciada, mas também uma abertura distinta face à colaboração na procura do desenvolvimento e melhoria, sendo esse para mim mais um dado adquirido e um compromisso assumido.

6.Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular;

Não só pelo papel de enfermeiro especialista, mas igualmente de Mestre, sinto a responsabilidade de que dentro dos contextos profissionais onde me insiro devo ser um elemento ativo e dinâmico no que à formação, investigação e políticas de saúde diz respeito.

A frequência do curso de Mestrado, promove um papel importantíssimo para essa dinâmica, onde reforcei a noção da importância do nosso papel como promotores de desenvolvimento e melhores práticas, mas também pelo contributo da minha formação pessoal sobre a temática.

A referir ainda o desenvolvimento do projeto de intervenção no decorrer do estágio na FRP, assumindo-se esse como um exemplo daquilo que é a ação do Mestre em Enfermagem no seio das equipas, agindo como promotor de desenvolvimento.

De referir a importância que atribuo a este tipo de competências para a promoção do nosso desenvolvimento, não só pessoal, mas também académico e profissional.

É este um dos caminhos mais válidos e eficazes para a procura e promoção da excelência, da qualidade e até mesmo da segurança. São estas ferramentas básicas que qualquer profissional motivado e preocupado em dar o melhor de si, deve procurar desenvolver, enquadrando na sua

prática não só a melhor evidência, mas também as melhores políticas, avaliando, planeando e intervindo, de forma a promover a mudança.

7.Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Considero que transpor à prática diária aquilo que a formação nos proporciona é o objetivo final do processo formativo, pelo que desde a conclusão do CPLEEMC-PSC procuro evidenciar as competências inerentes à categoria de enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, assumindo esse desafio e promovendo uma atitude que não só traduza a minha formação mas que acima de tudo acrescente qualidade aos cuidados que presto bem como das equipas onde me insiro, procurando desempenhar funções respeitando as responsabilidades inerentes à minha formação.

Evidenciar as competências de enfermeiro especialista na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica é para mim uma dos marcos essenciais à frequência desta formação, foi esta, efetivamente esta uma das primeiras motivações para seguir este caminho que agora chega ao fim. O desejo em aprender e melhorar, com o objetivo de demonstrar, traduzido na minha prestação de cuidados.

Refletindo hoje sobre esta questão, é indubitável a mudança. Até mesmo a forma como o meu olhar se dirige ao doente crítico, ou a forma como o meu raciocínio e dedução crítica funcionam é diferente, mais completa e abrangente.

É seguro afirmar que sinto e experiencio uma forma de estar bem mais segura no meu contexto profissional. Motivado pelas ferramentas que desenvolvi e ainda desenvolvo numa ótica de formação continua, traduzem-se numa bagagem de conceitos e experiências altamente significativas para aquilo que faço. Considero pois que é diferente hoje a minha abordagem dos contextos de pessoa em situação crítica daquela que era antes desta experiência, com significativa evolução positiva.

4.CONCLUSÃO

Este relatório retrata uma experiência real, um contexto formativo, académico e simultaneamente profissional, traduzindo situações experienciadas, face às quais foram ao longo de estágio mobilizadas estratégias, conhecimentos, tomadas de decisão e experiências que permitiram a promoção de um raciocínio clínico, tomada de decisão e atuação em conformidade face aos contextos.

É mais que uma prova escrita do alcançar dos objetivos inicialmente propostos, tratando-se da descrição de um caminho desenvolvido enquanto estudante na busca do desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista, com a promoção e demonstração da evidência para a melhoria dos cuidados como é resultado prático a criação da grelha de verificações da FAV tendo por base a revisão integrativa desenvolvida.

Importa referenciar algumas particularidades desta experiência formativa, sendo que o primeiro ponto a referir consiste na escolha do campo de estágio. Devidamente autorizada a realização desta experiência em contexto de clínica de Hemodiálise apresenta algumas especificidades que na verdade fogem ao normal rol de contexto onde é possível o contato com o doente crítico, contudo ainda assim foi possível o desenvolvimento de um estágio verdadeiramente enriquecedor em termos de experiências e desenvolvimento de competências, realidade apenas viável devido à minha condição prévia de enfermeiro especialista.

Com a realização deste relatório, para além de descrever a experiência e projetos desenvolvidos, justificando a aquisição de competências que me propus alcançar, procuramos transmitir a importância dos cuidados de Enfermagem na prevenção de complicações da FAV, valorizando a uniformização de práticas, contribuindo assim para a promoção da segurança, prisma sob qual o projeto foi desenvolvido, atribuindo ainda uma forte participação para a qualidade dos cuidados prestados.

Claramente a evidência científica assume-se como um dos nossos mais potentes aliados no cuidar, devendo ser reconhecida como o ponto de ligação que promotor de desenvolvimento, num processo onde a avaliação e levantamento de necessidades representam o ponto de partida, permitindo um adequado planeamento e intervenção, numa avaliação contínua das práticas que se manifesta pela melhoria dos cuidados.

É portanto claro que o papel do enfermeiro na Prevenção de Complicações da Fístula Arteriovenosa é extremamente importante, traduzindo também este trabalho a utilidade do recurso a um instrumento de monitorização da FAV, na prevenção de fenómenos de trombose, baseando a avaliação no exame físico, respeitando os dados da evidência científica face ao tema.

Torna-se possível a afirmação de que este relatório responde aos objetivos a que se propôs, nomeadamente porque por via do mesmo foi possível demonstrar a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem bem como de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área da Pessoa em Situação Crítica.

Da mesma forma consideram-se atingidos os objetivos específicos inicialmente definidos, uma vez que foi descrita a experiência de estágio vivenciada em contexto real, integrando a prestação de cuidados à pessoa insuficiente renal crónica em esquema de tratamento de Hemodiálise, descrevendo e apresentando o projeto de intervenção em serviço realizado, detalhando ainda o processo de reflexão sobre a aquisição de competências.

Ainda face ao desenvolvido fica em aberto a publicação de um artigo científico referente à revisão integrativa da literatura realizada, que por limitação de tempo foi um projeto adiado mas exequível.

Considero pois que como Enfermeiro Especialista e futuro Mestre em Enfermagem este é um exemplo do que a nossa formação deve transpor à prática, agindo como motor de progresso e melhoria dos cuidados, onde em última análise se proporciona qualidade e segurança àquilo que fazemos, enaltecendo a profissão, contribuindo de forma muito positiva para aquilo que é, não só a minha vida profissional e até mesmo pessoal.

5.BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República [AR] (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República*, 1.ª série, – N.º 74, 2242 - 2257
- Assembleia da República [AR] (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 176, 3159-3191
- Assembleia da República [AR] (2018) Regulamento n.º 429/2018.. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135, 19359 - 19370
- Assembleia da República [AR] (2019) Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26, 4744 – 4750
- Banerjee S. (2009). Clinical consult. Beyond needle placement: the role of the nephrology nurse in arteriovenous fistula management. *Nephrology Nursing Journal*, 36(6), 657–659. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105266828&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Biblioteca Virtual da Saúde. Descritores DeCS. [Web page] São Paulo; 2018; [updated 2019; cited 2019 08 junho]; Available from: <http://decs.bvs.br>
- Círculo de Leitores - Obra essencial de Fernando Pessoa; 1. (2006). Livro do Desassossego: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa/Fernando Pessoa. Lisboa. Richard Zenith. ISBN 972-42-3806-7
- Cowan, D., Smith, L., & Chow, J. (2016). Care of a Patient's Vascular Access for Haemodialysis: A Narrative Literature Review. *Journal of Renal Care*, 42(2), 93–100. DOI: <https://doi.org/10.1111/jorc.12139>
- Daugirdas, J.T., Blake, P. G.& Ing, T. S.[edited by] (2015). Handbook of dialysis — Fifth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015; ISBN 978-1-4511-4429-1
- Dialysis and Tansplant Nurses Association/European Renal Care Association [EDTNA/ERCA](2015). Vascular Access - Canulation and Care: A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula. Lucerna: EDTNA/ERCA; ISBN: 978-84-617-4775-7. Available from: https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf
- Fortin, M.F. (1999). O processo de investigação: Da concepção à realização. Lisboa: Lusodidata.
- Fundação Renal Portuguesa [FRP] (2013a). Centros, Centro Portalegre. Acedido em 18 de Março de 2019 em <http://www.frp.org.pt/>;

- Fundação Renal Portuguesa [FRP] (2013a). Centros, Centro Portalegre. Acedido em 18 de Março de 2019 em <http://www.frp.org.pt/>;
- Fundação Renal Portuguesa [FRP] (2013b). Fundação, Estatutos. Acedido em 18 de Março de 2019 em <http://www.frp.org.pt/wp-content/uploads/2013/07/pdf-estatutos-2010.pdf>
- Fundação Renal Portuguesa [FRP] (2013b). Fundação, Estatutos. Acedido em 18 de Março de 2019 em <http://www.frp.org.pt/wp-content/uploads/2013/07/pdf-estatutos-2010.pdf>
- Larrabee, J. (2011). Nurse to Nurse -Prática baseada em evidências em enfermagem. Porto Alegre: AMGH. ISBN: 978-85-63308-91-7
- Malovrh, M. (2011). How to increase the use of native arteriovenous fistulae for haemodialysis. *Prilozi*, 32(2), 53–65. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22286614&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Ordem dos Enfermeiros [OE], (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. [Cadernos OE, Série 1, nº9]. [Web page], [updated 2019; cited 2019; 19 junho]; Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPHemodialise_VF_site.pdf
- Organisation de Cooperation et de Developpement Economiques/Organisation for Economic Co-operation and Development [Web page], Paris: OECD/OCDE; (2007). Working Party of National Experts on Science and Technology Indicators. [THE REVISED FIELD OF SCIENCE AND TECHNOLOGY CLASSIFICATION]. [Web page], [updated 2019; cited 2019; 13 outubro]; Available from: <http://www.oecd.org/science/inno/38235147.pdf>
- Nacional Kidney Foundation. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative - [KDOQI] (2020). Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 update. Vol.75(4)(suppl 2):S1-S164. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Nacional Kidney Foundation. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative - [KDOQI] (2006) Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. Vol.48, (suppl 1)., S176-S247. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.04.029>
- Perrenoud, P. (1993). Práticas pedagógicas, profissão docente e formação. Perspectivas sociológicas, Lisboa, Dom Quixote.
- Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise – Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. In *BM J*.312:71-72. Disponível em:

<https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Sackett-Evidence-Based-Medicine.pdf>.
Acedido a 05/02/2020

Sousa, C. N., Teles, P., Dias, V. F. F., Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. (2014). Physical examination of arteriovenous fistula: The influence of professional experience in the detection of complications. *Hemodialysis International. International Symposium On Home Hemodialysis*, 18(3), 695–699. DOI: <https://doi.org/10.1111/hdi.12170>

The Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools. [Web page] Adelaide: JBI; 2014 [updated 2019; cited 2019 08 junho]; Available from: https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools.

The Joanna Briggs Institute. The New JBI Levels of Evidence and Grades. Levels of Evidence – Effectiveness. [Web page] Adelaide: JBI; 2014 [updated 2019; cited 2019 08 junho]; Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.

Vachharajani, T., Wu, S., Brouwer-Maier, D., Asif, A.(2015).Arteriovenous Fistulas and Grafts: The Basics. In J.T. Daugirdas & P. G. Blake & T. S. Ing (Eds.) *Handbook of Dialysis* , Fifth Edition. (pp. 99-120). Wolters Kluwer Health. US. ISBN:978-1-4511-4429-1

Windus, D. (2008). Evaluation for Vascular Access Dysfunction. In A. R. Nissenson & R. N. Fine (Eds.), *Handbook of Dialysis therapy*, 4th Edition. (pp. 37–48). Saunders, Elsevier Inc.. Philadelphia. ISBN: 978-1-4160-4197-9

Yousif, K. I., Abu-Aisha, H., & Abboud, O. I. (2017). The effect of an educational program for vascular access care on nurses' knowledge at dialysis centers in Khartoum State, Sudan. *Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation: An Official Publication Of The Saudi Center For Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 28(5), 1027–1033. DOI: <https://doi.org/10.4103/1319-2442.215149>

6.APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TABELA DE ARTIGOS

N	Ref.	Tipo	Resumo	Perma Link
1	Cowan, D., Smith, L., & Chow, J. (2016). Care of a Patient's Vascular Access for Haemodialysis: A Narrative Literature Review. <i>Journal of Renal Care</i> , 42(2), 93–100. https://doi.org/10.1111/jorc.12139	Article - research, systematic review	Os pacientes que necessitam de hemodiálise têm diversas necessidades clínicas que impactam na longevidade do seu acesso vascular e na sua qualidade de vida. É apresentado um cenário da prática clínica que levanta o potencial da canulação insegura do acesso vascular como resultado da incapacidade do paciente. O cuidado do acesso vascular é a responsabilidade de todos, incluindo o paciente e o cuidador. O objetivo desta revisão da literatura (1997-2014) é explorar a compreensão atual de quais os fatores que influenciam o cuidado do acesso vascular para hemodiálise. Pelo método da revisão de literatura que permite a síntese da literatura conhecida pertinente à pergunta da pesquisa num modelo sucinto ou uma ordem original para permitir que novas compreensões emergam. O modelo bioecológico foi utilizado para orientar a análise temática. Como resultados a revisão da literatura revelou cinco temas relacionados com o cuidado do acesso vascular: experiência da pessoa hemodialisada, relações de empoderamento (“empowerment”) e escolha de decisões partilhadas, ambiente dos cuidados de saúde, tempo e qualidade de vida como resultado do cuidado. Em conclusão, a gestão do acesso vascular é complexa. A literatura disponível atualmente concentra-se predominantemente em aspetos biomédicos que envolvem o cuidado do acesso vascular. O cuidado de acesso vascular contextualizado na ecologia complexa da vida do paciente e cuidador, o qual tem o potencial de aprimorar a prática de enfermagem e os resultados dos cuidados prestados.	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=115131394&lang=pt-br&site=ehost-live
2	Banerjee S. (2009). Clinical consult. Beyond needle placement: the role of the nephrology nurse in arteriovenous fistula management. <i>Nephrology Nursing Journal</i> , 36(6), 657–659. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105266828&lang=pt-br&site=ehost-live	Journal Article	Muitos pacientes apresentam implante de fístula arteriovenosa (FAV), mas é comum a existência de muitos problemas com a permeabilidade e deficiências na maturação acesso. O que pode ser feito para melhorar os resultados? As fístulas arteriovenosas são o acesso venoso preferencial para hemodiálise, devido ao seu baixo risco de infecção e trombose, tal como pela diminuição de custos de implante e de manutenção. A sua gestão inadequada resulta no aumento da mortalidade e morbilidade, aumento também o número de internamentos e até mesmo na redução da própria eficácia da hemodiálise enquanto técnica. Facto que levou à iniciativa nacional de melhoria de acesso vascular, “fístula primeiro”, em 2004, por parte dos centros “medicare” e “medicaid services (CMS)”, nos Estados Unidos, que resultou num aumento do número de FAV’s atualmente em utilização. A iniciativa fístula primeiro é baseada nas recomendações da fundação nacional do rim (“National Kidney Foundation-NKF”), iniciativa para a qualidade dos resultados em diálise (“Dialysis Out come Quality Initiative-DOQI”), no acesso vascular, que foi recentemente atualizada em 2006 (NKF, 2006). A iniciativa promove o implante da fístula em pessoas com viabilidade para o procedimento, estabelecendo o objetivo de 50% ou superior para novos doentes e de 40% para doentes já em tratamento de Hemodiálise. O objetivo de 65% de doentes com FAV em doentes em Hemodiálise foi proposto para 2009 (NKF, 2006; Ravini, Spergel,	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105266828&lang=pt-br&site=ehost-live

			Asif, Roy-Chaudhury, & Besarab, 2007). Este aumento enfatizado na criação de novas FAV's resultou na utilização de alguns acessos imaturos e ainda não viáveis para canulação, sendo que a maturação e patência do acesso começou a ser um problema. Os enfermeiros da nefrologia estão na linha da frente de análise deste problema e encontram esta situação diariamente. Muitas vezes, os enfermeiros são os primeiros a detetar um acesso problemático ou deficiente ainda antes da receção dos médicos ou cirurgiões renais. No entanto, a NKF – KDOQI Clinical Practice «Guidelines» for Vascular Access sugere estratégias adicionais para maximizar o potencial da FAV, a sua patência e maturação, que vão além de reeducar sobre canulação. Isso inclui proteção da rede vascular, mapeamento vascular, tempo suficiente de maturação da fístula e exercício regular do membro superior (NKF, 2006).	
3	Malovrh, M. (2011). How to increase the use of native arteriovenous fistulae for haemodialysis. <i>Prilozi</i> , 32(2), 53–65. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22286614&lang=pt-br&site=ehost-live	Journal Article	A Fístula arteriovenosa é o acesso venoso preferencial para Hemodiálise. Recentes «guidelines» recomendam a criação de um acesso vascular (fístula ou prótese) ainda antes do início da terapia crónica de Hemodiálise para prevenir a propensão de complicações dos cateteres de diálise. O encaminhamento tardio a um nefrologista é um fator importante que contribui para a alta taxa de uso de cateter de diálise e a baixa taxa de uso da fístula. Os esforços para melhorar a experiência de acesso vascular dos pacientes nos estágios iniciais da terapia hemodialítica precisam de se concentrar em todas as pessoas envolvidas, em cuidados pré-diálise, incluindo pacientes, médicos de referência, cirurgiões e nefrologistas. Uma política agressiva de preservação da rede venosa precocemente e ainda antes do começo de toda a terapia de substituição renal é necessária. A colocação e a maturação adequada da FAV, antes do início da terapia hemodialítica requerendo cuidados de educação e aconselhamento atempados do paciente, seleção da modalidade de substituição renal preferida, seleção de um tipo de acesso e localização, e ainda criação do acesso, pelo menos, várias semanas a meses antes da data prevista. No entanto, a falha da FAV tornou-se mais comum nas últimas três décadas devido ao envelhecimento da população, e patologias concomitantes como diabetes ou doença vascular. As falhas da FAV têm sido atribuídas aos vasos inadequados usados para a cirurgia. O estudo da rede vascular prévio demonstrou benefícios nos resultados de criação de acessos eficazes. Em geral, o exame físico e a utilização de ultrassom, estão disponíveis e apresentam-se como obrigatórias para a avaliação vascular. O objetivo final da avaliação pré-operatória é prevenir completamente a não maturação por via da seleção adequada do local da anastomose e pela identificação e tratamento de lesões pré-existentes à criação do acesso vascular.	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22286614&lang=pt-br&site=ehost-live
4	Sousa, C. N., Teles, P., Dias, V. F. F., Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. (2014). Physical examination of arteriovenous fistula: The influence of professional	Journal Article; Research Support,	O acesso vascular é uma das principais causas de consumo de recursos financeiros em sistemas de saúde para pessoas com doença renal crónica em hemodiálise. O exame físico da fístula arteriovenosa (FAV) demonstrou a sua eficácia em identificar complicações. Optou-se por avaliar a influência da experiência profissional do enfermeiro na deteção de complicações da FAV (estenose venosa e síndrome de roubo). O estudo teve lugar em oito centros de hemodiálise entre maio e setembro de 2011 no norte de Portugal. A amostra foi constituída por enfermeiros registados. Os enfermeiros envolvidos no estudo foram divididos em dois grupos: aqueles com mais de 5 anos de experiência e aqueles com menos de 5 anos de experiência. Participaram no estudo 92 enfermeiros: 34 enfermeiros com menos de 5 anos de experiência profissional e 58 com mais de 5 anos de	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24766283&lang=pt-br&site=ehost-live

	experience in the detection of complications. <i>Hemodialysis International. International Symposium On Home Hemodialysis</i>, 18(3), 695–699. https://doi.org/10.1111/hdi.12170		experiência profissional. Nas práticas consideradas pelos enfermeiros na detecção da estenose venosa, não houve diferenças observadas entre os grupos ($P > 0, 5$). Na síndrome de roubo, não houve diferenças observadas entre os grupos nas práticas dos enfermeiros na detecção dessa complicação da FAV ($P > 0, 5$). Nós concluímos que a experiência profissional não influencia a detecção da estenose venosa e a síndrome de roubo	
5	Yousif, K. I., Abu-Aisha, H., & Abboud, O. I. (2017). The effect of an educational program for vascular access care on nurses' knowledge at dialysis centers in Khartoum State, Sudan. <i>Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation: An Official Publication Of The Saudi Center For Organ Transplantation, Saudi Arabia</i>, 28(5), 1027–1033. https://doi.org/10.4103/1319-2442.215149	Journal Article	A doença renal em estadio terminal é um problema mundial que requer cuidados de enfermagem altamente qualificados. A hemodiálise (HD) é um procedimento basilar na gestão da maioria dos pacientes que necessitam de terapia de substituição renal. O acesso vascular adequado é essencial para o sucesso da terapia. O conhecimento adequado em cuidar do acesso vascular é essencial para minimizar as complicações e reconhecer com precisão os problemas vasculares relacionados ao acesso. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um programa educacional ao conhecimento dos enfermeiros, para o cuidado do acesso vascular em nove centros de diálise do estado de Cartum. Por via de um estudo quase-experimental (pré e pós-teste para o mesmo grupo). 61 enfermeiros de centros de HD foram escolhidos pelo método de amostragem aleatória simples. Utilizou-se um questionário estruturado de entrevista presencial, com base nas diretrizes da prática de qualidade de resultado de diálise renal (KDOQI, 2006) para o cuidado do acesso vascular. A validade do instrumento foi determinada por meio da validade de conteúdo por um painel de especialistas. A fiabilidade do instrumento foi testada por um estudo piloto para testar os scores de conhecimento para 15 enfermeiros. O coeficiente de correlação de Pearson obtido foi ($r = 0,82$). A colheita de dados foi realizada antes e após a intervenção educativa. Um teste de monitorização foi realizado três meses depois, utilizando as mesmas ferramentas de colheita de dados. Vinte e duas variáveis individuais avaliando o nível de conhecimento em aspetos relacionados às seis diretrizes do KDOQI (2006) mostraram melhoria em todos os scores do conhecimento do enfermeiro após a intervenção educativa, e as diferenças dos scores pré-intervenção foram estatisticamente significantes ($P < 0, 1$). O estudo demonstrou que um programa educacional estruturado baseado nas diretrizes da prática clínica KDOQI (2006) tem um impacto significativo sobre o conhecimento dos enfermeiros em diálise no cuidado ao acesso vascular em pacientes em HD. O nível de conhecimento atingido foi mantido por pelo menos três meses após a intervenção educativa.	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28937059&lang=pt-br&site=ehost-live

APÊNDICE 2 – GRELHA DE ANÁLISE DOS ARTIGOS

Artigo 1	Cowan, D., Smith, L., & Chow, J. (2016). Care of a Patient's Vascular Access for Haemodialysis: A Narrative Literature Review.
Objetivo	Explorar a compreensão atual de quais fatores que influenciam o cuidado do acesso vascular para hemodiálise.
Participantes	Três autores na elaboração da revisão da literatura.
Intervenções ou fenómenos de interesse	A revisão narrativa da literatura revelou cinco temas relacionados ao cuidado do acesso vascular: experiência do paciente; relações de “empowerment” e tomada de decisão partilhada; ambiente de cuidados de saúde; tempo e qualidade de vida como resultado do cuidado.
Outcomes/ Conclusões	A gestão do acesso vascular é complicada. A literatura atual disponível concentra-se predominantemente em aspetos biomédicos da avaliação do acesso vascular. O cuidado do acesso vascular contextualizado na ecologia complexa da pessoa e a vida do cuidador com potencial de melhorar a prática de enfermagem e os resultados dos pacientes.
Desenho do estudo; Nível de Evidência JBI; Qualidade Metodológica	- Systematic review of expert opinion - Level 5a - Qualidade metodológica: 73%
Artigo 2	Banerjee S. (2009). Clinical consult. Beyond needle placement: the role of the nephrology nurse in arteriovenous fistula management.
Objetivo	Compreender o que pode ser feito para reduzir os problemas com patência e má maturação das fístulas arteriovenosas.
Participantes	1 participante (autor do artigo)
Intervenções ou fenómenos de interesse	Referencia á criação do National Vascular Improvement Initiative, Fistula First em 2004 nos Estados Unidos, baseado nas recomendações da National Kidney Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative on vascular access (NKF-DOQI), que posteriormente foram atualizadas (NKF, 2006), permitiu um aumento no número de FAV's em utilização. Essa iniciativa promove a criação de FAV's, propondo na altura o objetivo de 65% da população em Hemodiálise fosse detentora de FAV, processo do qual resultou na utilização de FAV's por vezes pouco apropriadas para canulação, bem como o contacto com problemas de patência e maturação da FAV. É salientada a posição privilegiada de contacto do enfermeiro de nefrologia na identificação destes problemas, bem como são salientadas as «guidelines» para o acesso vascular do NKF-KDOQI para a maximização do potencial da FAV, maturação e patência as quais vão além da reeducação sobre canulação, incluído a proteção de vasos sanguíneos, mapeamento de vasos, tempo suficiente para permitir a maturação da fístula e exercícios de mão-braço

Outcomes/ Conclusões	É referido o importantíssimo papel da enfermagem de Nefrologia, na abordagem da fístula, no programa de maturação, de técnica adequada de canulação, sublinhando-se a relação direta com a patência da fístula, no entanto a educação sobre preservação de veias, mapeamento, exame físico da fístula e técnicas de ultrassonografia são essenciais. A intervenção precoce com preservação da veia, mapeamento de veias e educação sobre as vantagens da FAV são apresentados como passos iniciais na defesa do aumento da criação de FAV. É referido o papel da enfermagem de Nefrologia na educação da pessoa e família sobre estratégias para maturação, e instruções sobre observação diária da FAV, bem como na avaliação da FAV em cada sessão de diálise, observação de alterações hemodinâmicas e ainda no encaminhamento imediato em caso da identificação de um acesso problemático, estratégias apresentadas como fundamentais para melhorar os resultados.
Desenho do estudo; Nível de Evidência JBI; Qualidade Metodológica	-Bench research/ single expert opinion - Level 5c - Qualidade metodológica: 67%
Artigo 3	Malovrh, M. (2011). How to increase the use of native arteriovenous fistulae for haemodialysis.
Objetivo	Compreender como aumentar o uso de FAV para hemodiálise.
Participantes	1 participante (autor do artigo)
Intervenções ou fenómenos de interesse	O autor com recurso a pesquisa bibliográfica faz referência às recomendações d a criação de acesso vascular (fístula nativa ou enxerto sintético) antes do início da hemodiálise crônica de forma a evitar a necessidade de cateteres de diálise e suas complicações. Considera que o encaminhamento tardio a um nefrologista é um fator importante que contribui para a alta taxa de implantação de cateter de diálise e uma baixa taxa de uso de FAV. Apresenta também que os esforços para atingir o objetivo proposto devem concentrar-se no estágio pré-diálise, incluindo além da pessoa doente, os médicos de referência, cirurgiões e nefrologistas. Uma política agressiva de preservação venosa antes do começo de qualquer terapia de substituição renal é necessária, bem como estratégias de construção e maturação adequadas da FAV antes do início da terapia, sem esquecer a educação do doente, bem como o aconselhamento, seleção técnica substituição renal adequada, tipo de acesso e localização, e criação do acesso pelo menos várias semanas a meses antes do início da terapia. É referido que no entanto, a falha da FAV se tornou mais comum nas últimas três décadas, à medida que a população se apresenta mais envelhecida e com mais comorbidades, nomeadamente diabetes ou outras doenças associadas. O processo de falha da FAV tem sido atribuído a vasos inadequados utilizados para cirurgia, pelo que também o mapeamento vascular pré-operatório adequado demonstrou resultar em um aumento do sucesso, conjugando-se o

	exame físico e a avaliação ultrassonográfica como auxiliares para a correta avaliação vascular, com o objetivo final da avaliação pré-operatória exaustiva com vista a promover a maturação do acesso, pela seleção ideal do local da anastomose e pela identificação e tratamento de lesões pré-existentes antes da criação do acesso vascular.
Outcomes/ Conclusões	A construção de um acesso vascular adequado é um desafio para os nefrologistas e cirurgiões vasculares. O sucesso clínico das fístulas AV é comprometido pela alta falência precoce e taxas de não maturação. Diretrizes recomendam o uso de diferentes modalidades diagnósticas para permitir a criação de acessos vasculares. O exame físico pode ser realizado rapidamente sem custo ou equipamento extra. Esta modalidade diagnóstica produz mais informações da avaliação venosa do que arterial. Infelizmente, a sua utilização é menor que a ideal, sendo que a ultrassonografia deve ser também utilizada devido à sua natureza não invasiva, facilidade de desempenho e segurança. Vários parâmetros pré-operatórios determinados pelo ultrassom estão associados a um aumento do risco de falha no acesso vascular e não maturação. Para melhor predizer o acesso vascular, uma combinação de parâmetros deve ser usada em vez de um único parâmetro. O mapeamento deve idealmente ser realizado perto da data de operação e por um profissional qualificado. É realizada a referência da importância do treino dos enfermeiros para a identificação de problemas decorrentes da FAV, bem como os critérios a considerar.
Desenho do estudo; Nível de Evidência JBI, Qualidade Metodológica	-Bench research/ single expert opinion - Level 5c - Qualidade metodológica: 83%
Artigo 4	Sousa, C. N., Teles, P., Dias, V. F. F., Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. (2014). Physical examination of arteriovenous fistula: The influence of professional experience in the detection of complications.
Objetivo	Avaliar a influência da experiência profissional dos enfermeiros na eficácia em detetar complicações da FAV
Participantes	Os autores estudaram 92 enfermeiros, criando duas categorias, entre 1 e 5 anos de experiência, e mais de 5 anos de experiência, enfermeiros com menos de um ano de experiência foram excluídos.
Intervenções ou fenómenos de interesse	Foi avaliada a diferença na capacidade de identificação de complicações da FAV, nomeadamente estenose venosa e síndrome de roubo entre enfermeiros com 1 a 5 anos de experiência e mais de 5 anos de experiência, englobando técnicas de inspeção, palpação e auscultação
Outcomes/ Conclusões	Decorrente da análise realizada, não se observaram diferenças entre os grupos, concluindo-se que a experiência profissional não influencia a deteção de estenose venosa e síndrome de roubo.

	Este trabalho permitiu ainda perceber que apenas alguns aspetos do exame físico são utilizados pelos enfermeiros no contexto de avaliação da FAV, pelo que os centros de diálise devem promover programas de treino, com uma vertente prática acentuada que permita que enfermeiros desenvolvam habilidades na avaliação do acesso vascular.
Desenho do estudo; Nível de Evidência JBI; Qualidade Metodológica	- Cross-sectional study - Level 4b - Qualidade metodológica: 100%
Artigo 5	Yousif, K. I., Abu-Aisha, H., & Abboud, O. I. (2017). The effect of an educational program for vascular access care on nurse's knowledge at dialysis centers in Khartoum State, Sudan
Objetivo	Avaliar o efeito de um programa educacional, no conhecimento dos enfermeiros ao cuidado do acesso vascular
Participantes	Amostra constituída por 61 enfermeiros, dos quais 57 completaram o estudo, 47 das quais do sexo feminino, com idade média de 34.31 anos, 72% com idade inferior a 36 anos, com 89.5% da amostra a apresentar entre 1 a 10 anos de experiência em diálise.
Intervenções ou fenómenos de interesse	Foi realizada uma sessão de formação baseada em 6 «guidelines» do KDOQI (2006), nomeadamente canulação de FAV, exame físico do acesso vascular, identificação e intervenção na disfunção do cateter, medidas de controlo de infeção em contexto de Hemodiálise, cuidados à FAV e cuidados ao cateter de HD. Foi aplicado um questionário, construído pelos investigadores, nos momentos antes, imediatamente após, e 3 meses após a realização da intervenção formativa.
Outcomes/ Conclusões	O estudo demonstrou que o plano de formação baseado nas «guidelines» KDOQI (2006) teve um impacto significativo no conhecimento dos enfermeiros em diálise. Sendo que o nível de conhecimento atingido foi mantido por pelo menos três meses após a intervenção educativa.
Desenho do estudo; Nível de Evidência JBI; Qualidade Metodológica	- Quasi-experimental prospectively controlled study - Level 2.c - Qualidade metodológica: 100%



APÊNDICE 3 – FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE
METODOLÓGICA DOS ARTIGOS (JBI, 2014)

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer: João Meira

Date: 08/06/2019

Author: Cowan, D., Smith, L., & Chow, J.

Year: 2016

Record Number: art_1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☒	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☐	☒	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☒	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☒	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☒	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☒	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☒	☐	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☒	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Qualidade metodológica 73%



JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers

Reviewer: Joao Meira

Date: 09/06/2019

Author: Banerjee S.

Year: 2009

Record Number: art_2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	☒	☐	☐	☐
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	☒	☐	☐	☐
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	☒	☐	☐	☐
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	☐	☐	☒	☐
5. Is there reference to the extant literature?	☒	☐	☐	☐
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	☐	☒	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Qualidade metodológica 67%



JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers

Reviewer: Joao Meira

Date: 10/06/2019

Author: Malovrh, M.

Year: 2011

Record Number: art_3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	☒	☐	☐	☐
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	☒	☐	☐	☐
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	☒	☐	☐	☐
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	☒	☐	☐	☐
5. Is there reference to the extant literature?	☒	☐	☐	☐
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	☐	☒	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Qualidade metodológica 83%



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer: Joao Meira

Date: 10/06/2019

Author: Sousa, C. N., *et al.*

Year: 2014

Record Number: art_4

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	☒	☐	☐	☐
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	☒	☐	☐	☐
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	☒	☐	☐	☐
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	☒	☐	☐	☐
5. Were confounding factors identified?	☒	☐	☐	☐
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	☒	☐	☐	☐
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	☒	☐	☐	☐
8. Was appropriate statistical analysis used?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Qualidade metodológica 100%



JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer: Joao Meira

Date: 11/06/2019

Author: Yousif, K. I., et. al

Year: 2017

Record Number: art 5

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	☒	☐	☐	☐
2. Were the participants included in any comparisons similar?	☒	☐	☐	☐
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	☒	☐	☐	☐
4. Was there a control group?	☒	☐	☐	☐
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	☒	☐	☐	☐
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	☒	☐	☐	☐
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	☒	☐	☐	☐
8. Were outcomes measured in a reliable way?	☒	☐	☐	☐
9. Was appropriate statistical analysis used?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Qualidade metodológica 100%

APÊNDICE 4 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Exma. Sr^a. Enfermeira Chefe da Fundação Renal Portuguesa

FRP- Portalegre
Entrada de Correio
E436/2019
11.06.2019

Eu, João Meira, Enfermeiro estagiário nesta instituição, e enquanto aluno do curso de mestrado em Enfermagem, que decorre no presente ano letivo, venho desta forma solicitar autorização de vossa excelência no sentido do desenvolvimento e comunicação á equipa de enfermagem de instrumento de monitorização de acessos arteriovenosos com base no exame físico. Esta solicitação surge no contexto do estagio que venho a desenvolver nas ultimas semanas, respondendo ao desafio de que para alem do meu desenvolvimento pessoal e profissional, possa também, com a realização deste estagio contribuir de alguma forma, colaborando com o desenvolvimento de um instrumento que por vos possa ser implementado na pratica diária. Justifico a escolha do tema de intervenção com a importância que pude desde já denotar, no que á importância que os referidos acessos arteriovenosos detêm no dia a dia não só dos clientes, mas até mesmo dos profissionais, pelo que considero pertinente o desenvolvimento de tal instrumento a que me proponho. Para tal será desenvolvido um trabalho de fundamentação teórica acerca do tema que por sua vez levará á criação do instrumento, sendo o resultado final pretendido a criação de uma “check list” de fácil e rápido preenchimento, mas que permita uma vigilância e monitorização eficaz dos acessos arteriovenosos.

Sem outro assunto de momento, disponibilizando-me a qualquer esclarecimento face ao exposto, desde já agradeço cordialmente, o tempo despendido

Atentamente, João Meira



Portalegre, 11/06/19

*Autorizo a realização
do trabalho*

Paqui Mourato
7300-561 Portalegre
Rua Mestre João Serra, 8
Enf.ª Chefe Maria do Céu Mourato
Centro Portalegre
FUNDAÇÃO RENAL PORTUGUESA

FUNDAÇÃO RENAL POR PESQUISA

CLÍNICA PORTALEGRE

Edifício D. Pedro I, Rua dos
Malhões 2770-071 Paço
D'Arcos, Oeiras

Telefone: +351 214 462 969
Fax: +351 214 462 971
Email: geral@frp.org.pt

Cliente: _____

Localização da FAV: _____

Data de Criação: _____

Plano de Vigilância*: _____

(* Mensal; Bimensal; trimestral; Outro)

[illegible]

PESQUISAR:

- A inspeção simples pode revelar a presença de **estenose**. Uma fistula que não colapse pelo menos parcialmente com a elevação do braço provavelmente terá uma **estenose** de fluxo de saída. ⁴⁴
 - **Edema, rubor, tumores, hematoma, crosta cutânea** ou **soluções de continuidade, hemorragia, outro exsudado, aneurisma** ou **pseudoneurisma**. ⁴⁴
- A palpação, estrias podem ser palpadas. ⁴⁴
 - **Características do pulso, alterações de temperatura, calor atípico, dureza do vaso, direção do fluxo, características do fluxo ao longo da fistula** (fremito vs pulsatilidade), o **fremito deve ser sentido como uma vibração contínua**, não como uma pulsação forte. ⁴⁴
- Na **auscultação** a intensidade e o caráter dos sopros podem sugerir localização da estenose. Estenose a jusante também produz uma dilatação global da via, dando-lhe propriedades "aneurismáticas". ⁴⁴
 - **Auscultar e soprar ao longo da FAV e avaliar a qualidade do som e a sua amplitude.** O sopro (um chiado semelhante a um sopro de ar) deve ser **forte e contínuo**, cada som ligado ao anterior. ⁴⁴

Relatório de Estágio Fundação Renal Portuguesa, pág.68

APÊNDICE 6 – PROJETO DE ESTÁGIO



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof. Dr. ° Adriano Pedro

Projeto de Estágio (Fundação Renal Portuguesa)

Autor

João Meira nº 8414

março

2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio Final
Docente: Prof. Dr. ° Adriano Pedro

Projeto de Estágio
(Fundação Renal Portuguesa)

Autor

João Meira nº 8414

março 2019

ABREVIATURAS

E – Estágio

FMO – Falência Multiorgânica

h – Horas

IRC – Insuficiência Renal Crónica

M – Manhã

N – Noite

O – Outra

OT – Orientação/Tutoria

T – Tarde

ÍNDICE

	pág.
0.INTRODUÇÃO	Erro! Marcador não definido.
1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	75
1.1. COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
75	
1.2. BREVE RETRATO PROFISSIONAL	
75	
2.IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS.....	77
3. PROJETO DE ESTAGIO.....	78
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

0.INTRODUÇÃO

Na frequência da UC de Estágio Final, inerente ao corpo curricular do Mestrado em Associação em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica foi proposta a realização de um trabalho que consiste num planeamento em termos de atividades a desenvolver no contexto de estágio, pelo que se intitula de projeto de estágio ao seguinte documento. Desta forma, e como objetivo geral, o presente documento visa orientar a minha experiência em contexto prático enquanto estudante. Apresentando como objetivos específicos, apresentar as unidades de competência a atingir, descrever os critérios de avaliação das unidades de competência a atingir, e ainda enumerar as estratégias a desenvolver no decorrer do estágio.

Traduzindo-se na orientação que pretendo para o desenvolver de competências enquanto enfermeiro especialista, pretendendo obter as respostas às minhas necessidades enquanto formando.

Assim, irei sucintamente, no primeiro capítulo proceder a uma breve sumula do meu percurso; apresentando no ponto número dois do documento as competências que pretendo vir a desenvolver, definindo desta forma as atividades a desenvolver.

Tal como o processo de tomada de decisão, que consiste na hierarquização dos problemas, necessidades e expectativas identificadas e muitas vezes, uma questão de viabilidade dos recursos: humanos, físicos (tempo) e financeiros, pretendendo desta forma preparar a fase formativa que no meu percurso académico que se inicia, valorizando o contexto prático da formação académica como uma mais-valia essencial não só ao enfermeiro mas também, ao especialista.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1.1. COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para desenvolver o pretendido exercício escrito, e pelas recentes alterações no disposto na Lei é essencial ter como ponto de partida o disposto no regulamento n.º 140/2019 publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, que define “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem”, regulamento que revoga o regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em Enfermagem, sendo desta forma atualizado pelo novo documento. O presente Regulamento entrou em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no Diário da República, e veio complementar o regulamento n.º 429/2018, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, o qual também revoga o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril apresentando este o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sendo adiante apresentadas as competências que me proponho a atingir, bem como as atividades a desenvolver para atingir esse objetivo.

Ainda que não diretamente relacionada com o conceito de enfermeiro especialista, mas diretamente emergente do meu projeto de estágio, incluo neste ponto a referencia ao disposto no nº2 do artigo 38º do decreto-lei nº505/99 de 20 de novembro, face aos cuidados de Enfermagem a doentes em diálise, sendo encarado neste documento como uma competência e um objetivo a desenvolver no decorrer do meu estágio, pelo que adiante será também apresentado em termos de competências a atingir bem como atividades a desenvolver para esse propósito.

1.2. BREVE RETRATO PROFISSIONAL

Ao longo da minha experiência, não só profissional, mas também académica, pude ter acesso a um contacto algo diversificado no que a contextos diz respeito, facto que preso e valorizo bastante, pois claramente entendo o seu contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo dos anos.

É com imenso respeito pelo que ser enfermeiro significa, e acima de tudo, com um grande sentido de responsabilidade para com a pessoa, que procuro ao longo da minha carreira melhorar a minha prestação, procurando também atingir alguns objetivos pessoais a que me proponho, é portanto neste contexto que a formação se apresenta como pilar.

Ao longo do meu pequeno caminho na Enfermagem, e desde o período de frequência do Curso de Licenciatura, a área médico-cirúrgica assumiu um papel preponderante em termos de interesse e significância para mim. Considero-me, portanto, bastante grato por ter, desde o início, a oportunidade de exercer funções nesta área a qual tenho procurado complementar com recurso a formação pertinente no meu dia-a-dia profissional, na unidade de cuidados intensivos onde desempenho funções. Nesse contexto surge não só a frequência deste curso de mestrado, mas também e ainda previamente à frequência do mesmo, a realização do Curso de Pós-Licenciatura de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

É nesse contexto de valorização da prática com formação, mas também de procura de desenvolvimento contínuo, que surgiu não só a frequência do presente mestrado, mas também a hipótese do desenvolvimento do estágio curricular com o intuito de desenvolvimento de competências na área da hemodiálise e da punção acessos vasculares, em doentes renais crónicos dialisados, pelo que surgiu como campo de estágio, para desenvolvimento destas competências a Fundação Renal Portuguesa, com sede em Portalegre, cujo estágio foi gentilmente autorizado.

2.IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS

Como forma de assegurar a efetividade do estágio propriamente dito, importa definir á partida alguns aspetos fulcrais ao desenvolvimento do mesmo, pelo que seguidamente se descrevem as suas condições essenciais:

-Recursos Físicos: Sede da Fundação Renal Portuguesa, bibliografia, legislação;

-Recursos Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Responsável/Enfermeiro Orientador, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica;

-Recursos Temporais: Durante o Estágio Final (388h de contacto (E:336; OT:14; O:38): 18 semanas, em regime de turnos (N, M, T), de segunda a Sábado, com interrupção para ferias escolares durante a pascoa.

Garantido o anteriormente disposto, é apesentado no seguinte capítulo o projeto de estágio, sob a forma de competências a atingir, com o objetivo de que por via do estágio possa desenvolver aquelas que são as competências, gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica.

3. PROJETO DE ESTAGIO

Competência: A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal CompetênciaA1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.		
Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.		
Unidade de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades a desenvolver
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Basear a prática nos conceitos ético-legais apreendidos promovendo a deontologia profissional, recorrendo às boas práticas na prestação de cuidados ao longo do estágio.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Assumir sempre o papel de liderança, sempre que a situação o permita, assistindo e participando nos processos de tomada de decisão cuja participação possa ser pertinente e incluída.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.	Apresentar capacidade de reflexão individual e no seio da equipa com vista à promoção da qualidade pela tomada de consciência dos resultados de processos decisórios.
Competência: A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal CompetênciaA2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.		
Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.		
Unidade de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades a desenvolver
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência.

	A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.	Mobilizar conhecimentos e experiências. Prestar cuidados de enfermagem respeitando os princípios inerentes à deontologia profissional, e às boas práticas, com pilares assentes na integridade e respeito pela pessoa e pela sua condição clínica, privilegiando a individualidade e o brio profissional.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.	Mobilizar conhecimentos e competências adquiridas de forma a potencialmente providenciar o contributo face ao incremento de segurança promovendo a manutenção de um ambiente terapêutico seguro. Demonstrar atitude proactiva face às dinâmicas do serviço e rotinas de trabalho, fazendo uso de um pensamento crítico, observação e prática baseada na evidência.
Competência B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade <u>Competência B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</u> Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.		
Unidade de Competência	CrITÉRIOS de Avaliação	Atividades a desenvolver
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Promover a partilha de experiências, transmitindo boas práticas, promover o diálogo no seio da equipa multidisciplinar, na relação com o utente e na ligação com as chefias.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.	Integrar como agente prestador de cuidados a equipa no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade. Contribuir com crítica construtiva no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade.

	B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Coopera na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.	Colaborar em projetos institucionais na área da qualidade.
Competência B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade CompetênciaB2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.		
Unidade de Competência	CrITÉrios de Avaliação	Atividades a desenvolver
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.	Demonstrar raciocínio crítico construtivo. Refletir, com base na observação sobre os protocolos, rotinas e procedimentos de forma a colaborar na promoção da qualidade das práticas clínicas.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.	Integrar projetos de melhoria continua que decorram na instituição. Demonstrar disponibilidade e motivação para colaborar com a equipa e chefia em programas de melhoria continua que decorram na instituição durante o período correspondente ao estágio final.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.	Mostrar disponibilidade em dar o contributo em programas de melhoria continua em decurso na instituição.
Competência B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade CompetênciaB3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. Descritivo: O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.		
Unidade de Competência	CrITÉrios de Avaliação	Atividades a desenvolver
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a	Mobilizar competências na área da prestação de cuidados, promovendo a garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Promover práticas que privilegiam a individualidade da pessoa, respeitando os seus princípios, integrando-a nos cuidados, bem como a respetiva família.

	satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.	Atuar como agente disponível á partilha de experiências e conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar. Demonstrar pro-atividade e pensamento crítico face às rotinas e procedimentos da instituição.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.	Integrar a equipa, cooperando, em programas de gestão do risco. Desenvolver exercícios de raciocínio e reflexão individual face a medidas de gestão de risco implementadas de forma contribuir para a potencialização das mesmas. Promover a mobilização e partilha de competências e experiências sempre que exista oportunidade para tal.
Competência C — Domínio da gestão dos cuidados <u>Competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</u> Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.		
Unidade de Competência	CrITÉRIOS de Avaliação	Atividades a desenvolver
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência.

	C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.	Mobilizar conhecimentos e experiências. Contribuir nos processos de tomada de decisão.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Contribuir nos processos de delegação de funções, maximizando a eficiência e eficácia, potenciando a segurança e qualidade.

Competência C — Domínio da gestão dos cuidados

Competência C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidade de Competência	CrITÉrios de Avaliação	Atividades a desenvolver
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Integrar os processos de otimização do trabalho da equipa.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Demonstrar comportamentos de liderança pelo exemplo.

Competência D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais CompetênciaD1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.		
Unidade de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades a desenvolver
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência, assentes no autoconhecimento e disponibilidade de aprendizagem. Mobilizar conhecimentos e experiências. Ser consciente dos fenómenos de transferência e contratransferência na relação de ajuda.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Ser proactivo na prevenção e resolução de conflitos.
Competência D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais CompetênciaD2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.		
Unidade de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades a desenvolver
D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Basear a prática na evidência com idoneidade científica. Demonstrar disponibilidade em integrar atividades do plano de formação da instituição.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência.

	prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.	Mobilizar conhecimentos e experiências. Promover a reflexão e pensamento crítico. Refletir sobre práticas instituídas, promovendo a inclusão de conhecimentos com cariz científico e baseados na evidência sempre que pertinente. Participar/colaborar em estudos ou trabalhos científicos em cursos na instituição.
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Demonstrar pelo exemplo comportamentos de prática especializada, demonstrando abertura à aprendizagem, integrando novos conhecimentos e competências na prestação de cuidados. Percecionar eventuais necessidades formativas na equipa de enfermagem, promovendo a partilha de experiências.
Competência 1 <u>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</u> Descritivo: Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.		
Unidade de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades a desenvolver
1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.	Mostrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Demonstrar competências relacionadas com o cuidar do doente crítico, prevendo e antecipando episódios de instabilidade e FMO

1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; 1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.2.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Fazer uso de conhecimentos na administração de protocolos terapêuticos complexos, conhecendo, prevendo e antecipando os seus efeitos previstos e eventuais reações adversas.
1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.	1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; 1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.3.3 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; 1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Encarar a dor como sinal vital. Respeitar a individualidade da pessoa nos processos de dor e sofrimento.
1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; 1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Ser agente facilitador da comunicação no seio da equipa multidisciplinar e na relação da pessoa com a equipa.
1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	1.5.1 — Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação; 1.5.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.5.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa,	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Ser agente facilitador da comunicação no seio da equipa multidisciplinar e na relação da pessoa com a equipa.

	família/cuidador em situação crítica; 1.5.4 — Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	
1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.6.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Respeitar a individualidade e o respeito pelas crenças e convicções individuais.
Competência 2 <u>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</u> Descritivo: Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.		
Unidade de Competência	CrITÉRIOS de Avaliação	Atividades a desenvolver
2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	2.1.1 — Salvaguarda condições de segurança; 2.1.2 — Adequa resposta em situação de trauma; 2.1.3 — Realiza triagem primária e secundária; 2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; 2.1.5 — Assegura meios de evacuação e transporte; 2.1.6 — Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Apresentar competências diferenciadoras no seio da equipa na atuação em situação de emergência, exceção e catástrofe, caso as mesmas venham a ocorrer.
2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	2.2.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe; 2.2.2 — Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço;	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Conhecer as políticas da instituição.
2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe.	2.3.1 — Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe; 2.3.2 — Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde; 2.3.3 — Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção; 2.3.4 — Define prioridades de atuação;	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Conhecer as políticas da instituição.

	2.3.5 — Sistematiza as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe.	
2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	2.4.1 — Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa; 2.4.2 — Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa; 2.4.3 — Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe; 2.4.4 — Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação; 2.4.5 — Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; 2.4.6 — Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Conhecer as políticas da instituição.
2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	2.5.1 — Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente; 2.5.2 — Salvaguarda a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; 2.5.3 — Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes; 2.5.4 — Reencaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Conhecer as políticas da instituição.

Competência 3

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Descritivo: Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Unidade de Competência	CrITÉRIOS de Avaliação	Atividades a desenvolver
3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; 3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção; 3.1.3 — Estabelece as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Conhecer as políticas da instituição, refletindo sobre as mesmas, contribuindo caso se justifique para a sua melhoria.

	resistência a Antimicrobianos do serviço; 3.1.4 — Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e de resistência a Antimicrobianos do Serviço com base na evidência.	
3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos; 3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica; 3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; 3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.	Demonstrar disponibilidade, assertividade e competência. Mobilizar conhecimentos e experiências. Conhecer as políticas da instituição, refletindo sobre as mesmas, contribuindo caso se justifique para a melhoria das mesmas.

Competência de Enfermeiro de Diálise (Objetivo específico do campo de estágio)

Unidade de Competência e Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver
Executar as técnicas dialíticas e terapêuticas de acordo com as normas gerais da profissão e as normas técnicas em vigor.	Prestar e desenvolver aprendizagens na prestação de cuidados à pessoa com IRC em diálise em ambiente terapêutico controlado.
Desenvolver competências de prática dialítica superior a três meses.	Respeitar os princípios teóricos que regem a prestação de cuidados à pessoa em diálise, aceites internacionalmente. Desenvolver competências no âmbito do domínio do monitor de diálise. Desenvolver competências na área do conhecimento e manipulação de acessos vasculares em diálise.
Evidenciar comportamentos profissionais: - Cumprir as prescrições médicas; - Cumprir e velar pelo cumprimento das normas técnicas e comportamentais em vigor; - Zelar pelo bem-estar da pessoa; - Exercer as funções técnicas e de cooperação para com o enfermeiro-chefe.	Integrar a equipa de prestação de cuidados de Diálise (enquanto formando). Desenvolver boas práticas em diálise, traduzidas por prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade e responsabilidade, com especial enfoque pessoal no ato de punção de acessos vasculares.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tal como é pressuposto o Estágio Final constitui um momento centrado na articulação e na integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares desenvolvidas ao longo do curso. Pelo que esta experiência deve incluir um conjunto de conhecimentos a incluir nas atividades que me proponho a desenvolver em contexto real, tendo por base a atuação em situações de pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, pelo que considero que pelo disposto anteriormente, este documento pressupõe a resposta aos objetivos no mesmo traçados.

Este exercício, não sendo um plano estrito e fechado define aquilo que será o meu projeto de estágio mas, e no entanto, não se constitui como um plano fechado, pelo que ira existir sempre espaço no decorrer do Estágio Final para novas experiencias e aprendizagens, sempre e quando a sua pertinência seja justificada e que eventualmente não tenham sido aqui especificadas. Ainda face ao campo de estágio, irá ser desenvolvido um projeto de intervenção, o qual nesta fase se encontra em processo de discussão com a Sr.^a Enfermeira Orientadora e com a Sr.^a Enfermeira Chefe da instituição e que oportunamente será comunicado e desenvolvido, com o propósito de promover um out-put positivo que em termos formativo individual, mas também em termos institucionais para o local onde desenvolvo o Estágio Final.

De acordo com os objetivos desta experiência formativa, nomeadamente: Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica; Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. Considero este ser um projeto de estágio e um campo de estágio com condições para o alcançar desses pressupostos, para além disso, é uma excelente oportunidade para o desenvolvimento de competências numa área de interesse muito específica e que certamente irá contribuir fortemente para a minha prática profissional e atuação enquanto enfermeiro especialista.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n.º 505/99. Diário da República, 1ª Série A — N.º 271 — 20 de setembro

Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de fevereiro

Regulamento n.º 429/2018. *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, 2.ª Série — N.º 135 — 16 de julho

APÊNDICE 7 – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (CAPA E RESUMO/ABSTRACT)



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof. Dr.º Adriano Pedro

Cuidados De Enfermagem Na Prevenção de Complicações Da Fístula Arteriovenosa

Autor

João Meira nº 8414

Orientador

Phd Adriano Pedro

**julho
2019**

RESUMO

Abordando o tema da segurança dos cuidados de Enfermagem, com enfoque no exame físico da FAV, realizado pelos enfermeiros, e a sua importância na prevenção de complicações do acesso, pretende-se, que por via das conclusões desta revisão integrativa a criação de uma grelha de verificações a aplicar na clínica da Fundação Renal Portuguesa (FRP), em Portalegre, assumindo-se como um instrumento válido para a aplicação dos profissionais na instituição.

Assim, no primeiro capítulo é descrita a metodologia apresentada, seguindo-se a apresentação de resultados, por fim é realizada uma breve discussão dos mesmos, onde por via das conclusões conseguidas será desenvolvido o instrumento de monitorização.

Conclui-se com esta pesquisa quatro pontos de importância estrutural no contexto da hemodiálise, e até mesmo da qualidade de vida e segurança da pessoa IRC em HD.

O primeiro, repetido em todos os artigos trabalhados é a evidente importância da FAV no tratamento hemodialítico em si como acesso preferencial.

Da mesma forma é espelhada a importância da FAV na qualidade de vida da pessoa hemodialisada pelas suas características inerentes, tal como é evidente a concordância de todos os autores na importância da Enfermagem na gestão do cuidado à FAV.

Notória é também a forte noção descrita pelos diferentes autores no que respeita à importância da realização do exame físico à FAV por enfermeiros.

Neste sentido e de forma a contribuir efetivamente com esse ideal, foi desenvolvida a “Grelha de Verificações da Fistula Arteriovenosa - Exame Físico” tendo por base as «guidelines» do NKF KDOQI (2006 updates) bem como as recomendações da EDTNA/ERCA (2014), de forma a produzir um instrumento de monitorização, assente no exame físico da FAV, de uma forma organizada e planeada, potenciando assim o papel do Enfermeiro.

Palavras-chave – Enfermagem Médico-cirúrgica, Fístula Arteriovenosa, Exame Físico

ABSTRACT

Addressing the theme of nursing care safety, with a focus on the physical examination of the AVF, performed by nurses, and its importance in preventing venous access complications, it is intended that, through the conclusions of this integrative review, the creation of a checks grid to be applied in the Fundação Renal Portuguesa (FRP) clinic, in Portalegre, assuming itself as a valid instrument for the professionals application in the institution.

Thus, in the first chapter, the presented methodology is described, followed by the results presentation, and finally a brief discussion of them is carried out, where through the conclusions reached the monitoring instrument will be developed.

With this research we conclude four points of structural importance in the hemodialysis context, and even for the quality of life and safety of the chronic renal insufficient patient in HD.

The first, repeated in all articles worked on, is the evident importance of AVF in hemodialysis treatment itself as preferential access.

Likewise, the importance of AVF in the life quality of the hemodialysis person is mirrored by its inherent characteristics, in the same way it is evident by the agreement of all authors in the importance of nursing in the management of care for AVF.

Also notable is the strong notion described by the different authors with regard to the importance of carrying out the physical examination for the AVF by nurses.

In this sense and in order to contribute effectively to this ideal, the “Arteriovenous Fistula Grid Check - Physical Examination” was developed, based on the NKF KDOQI (2006 updates) guidelines as well as the EDTNA / ERCA (2014) recommendations, in order to produce a monitoring instrument, based on the physical examination of the AVF, in an organized and planned way, promoting the nurse role.

Keywords Medico-chirurgical Nursing, Arteriovenous Fistula, Physical Examination.