

# A Pessoa com doença renal crónica terminal - Comportamentos de Autocuidado à FAV em maturação

**Catarina Eufémia Martins Vaz**

**Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria: Professora Coordenadora

Afiliação: Instituto Politécnico de Bragança

Abril de 2023



Vaz, C. E., & Veiga-Branco, M. A. R. (O.C.) (2023). A Pessoa com doença renal crónica terminal-Comportamentos de Autocuidado à FAV em maturação. Relatório final de estágio/Trabalho de Investigação. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Vaz, C. E., et al. (2023). "Conhecimentos em autocuidado à fistula arteriovenosa em maturação – estudo em pessoas com doença renal crónica terminal." Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. submetido. Em prelo

Vaz, C. E., et al. (2023). "Insuficiência Renal Crónica Terminal - variáveis clínicas e o conhecimento relativo à fístula arteriovenosa em maturação." Servir - Enfermagem Médico-Cirúrgica/Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa. submetido. Em prelo

## **DEDICATÓRIA**

Para ti, por seres sempre o meu farol ...

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora científica Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco, por toda a orientação metodológica e organização intelectual ao longo de todo este percurso. Pelo estímulo na aprendizagem, pela alegria, jovialidade e energia infindável, e por me contagiar com essa energia.

Um agradecimento muito especial aos médicos Nefrologistas Dra. Mónica Raquel Rodrigues Frutuoso e ao Dr. Rui Miguel Guimarães Abreu, por toda a colaboração, interação e disponibilidade. Por tudo que me ensinaram, pela simpatia e sobretudo pela paciência comigo.

Não posso deixar de ser grata a todos aqueles que pela participação tornaram este estudo possível. O seu contributo foi fundamental. As boas conversas que tivemos, pelos sorrisos que trocamos. Componentes essenciais de motivação e coragens.

A todos os que comigo se cruzaram nesta caminhada.

Por tudo aquilo que me acrescentaram.

Aos meus filhos. Ao meu marido.

Companheiros desta longa viagem.

Profundamente grata!

## RESUMO

**Enquadramento:** A fístula arteriovenosa é o elemento mais importante para a realização da hemodiálise. A sua avaliação e monitorização regular, é vital para garantir a eficácia do acesso vascular, e diminuir o desencadear de complicações. As pessoas com Doença Renal Crónica Terminal, devem ser educadas a ter comportamentos de autocuidado com o seu acesso.

**Objetivos:** Reconhecer o nível de conhecimentos e comportamento assumido pelas pessoas com DRCT relativamente ao autocuidado com a sua FAV em maturação; analisar as associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, e nível de conhecimentos. Analisar as associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, e nível de comportamentos. Analisar as associações entre o nível de conhecimentos e o nível de comportamentos de autocuidado a FAV em maturação.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal-analítico e correlacional em dois hospitais da zona norte de Portugal a 50 pessoas com FAV em maturação, seguidos na consulta de Nefrologia ou na consulta de acessos vasculares. Como instrumento de recolha de dados foi usado um questionário, constituído por três partes: caracterização sociodemográfica, caracterização clínica e de conhecimento e a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período de Maturação da Fístula Arteriovenosa (ECAPM-FAV), e esta validada através da consistência interna pelo alfa de *Cronbach's* e da análise fatorial exploratório.

**Resultados:** Verificou-se que 76% das pessoas em estudo tinham mais de 66 anos, baixa escolaridade, baixos rendimentos e 52% apresentaram suporte familiar. Foi constatado que, a transmissão de informação sobre os cuidados à fístula arteriovenosa em maturação foi efetuada na sua maioria pelo médico Nefrologista (74%). Ficou patente que, 82% dos inquiridos recebeu informação sobre os cuidados a ter antes da construção da fístula e 68% após a construção. No entanto, 48% não soube mencionar qualquer cuidado a ter com a fístula após a sua construção. Foram observadas associações estatísticas significativas entre o suporte familiar, e melhores taxas de comportamentos de

autocuidado na escala ECAPM-FAV. Outra associação significativa, foi observada entre os níveis de conhecimento médio e melhores níveis no comportamento com o acesso. Na Escala geral ECAPM-FAV foram observados resultados médios acima dos 50% e no domínio da prevenção e complicações abaixo dos 50%.

**Conclusão:** Fica evidente a necessidade de estudos futuros sobre o autocuidado à fístula arteriovenosa na pré-dialise, bem como, um reforço em programas educacionais desta população. A qualificação do enfermeiro nesta área, incluído em equipas multidisciplinares, parece o caminho para o incremento da eficiência do autocuidado à fístula em maturação.

**Palavras-chave:** fístula arteriovenosa; doença renal crónica terminal; autocuidado; educação.

## ABSTRACT

**Background:** The arteriovenous fistula is the most crucial element for performing hemodialysis. Its evaluation and regular monitoring are vital to ensure the effectiveness of vascular access and to reduce the onset of complications. People with Terminal Chronic Kidney Disease should be educated to have self-care behaviours with their vascular access.

**Objectives:** Recognize the level of knowledge assumed by people with ESRD regarding self-care with their maturing AVF; analyze associations between sociodemographic and clinical variables and level of knowledge. Analyze associations between sociodemographic and clinical variables and level of behaviour. To explore the associations between the level of expertise and the level of self-care behaviours with maturing AVF.

**Methodology:** Quantitative, cross-analytical and correlational study in two hospitals in the north of Portugal with 50 people with maturing AVF, followed by the Nephrology or the vascular access consultation. A questionnaire was used as a data collection instrument consisting of three parts: sociodemographic characterization, clinical and knowledge characterization and the Assessment Scale of Self-Care Behaviors Arteriovenous Fistula Maturation Period (ECAPM-AVF) which was validated through the internal consistency by Cronbach's alpha and exploratory factor analysis.

**Results:** It was found that 76% of the people in the study were over 66 years old, had low education, and low income and 52% had family support. It was found that the transmission of information about care for the arteriovenous fistula in maturation was carried out mostly by the Nephrologist (74%). It was evident that 82% of respondents received information about the care to be taken before fistula construction and 68% after construction. However, 48% could not mention any care to be taken with the fistula after its construction. Significant statistical associations were observed between family support and better rates of self-care behaviours on the ECAPM-FAV scale. Another important association was observed between average knowledge levels and better levels of

behaviour with access. In the ECAPM-FAV General Scale, average results above 50% were observed and in the field of prevention and complications below 50%.

**Conclusion:** The need for future studies on self-care for arteriovenous fistula in pre-dialysis is evident, as well as the reinforcement of educational programs for this population. The qualification of nurses in this area, including in multidisciplinary teams, seems to be the way to increase self-care efficiency for the fistula in maturation.

**Keywords:** arteriovenous fistula; end-stage chronic kidney disease; self-care; education.

## **ABREVIATURAS E/OU/ SIGLA**

**ASBAC–AVF:** Assessment os Self-Care Behaviors Anticipatory Construction of Arteriovenous Fistula, 29

**ASBHD-AVF:** Assesment of Self-Care behaviors with Arteriovenous Fistula in Hemodialysis, 29

**AV:** Acesso Vascular, 13

**AVH:** Acesso Vascular para Hemodiálise, 13

**CIPE:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 23

**CVC** Cateter Venoso Central, 1

**DP:** Diálise Peritoneal, 12

**DRC:** doença renal crónica, 8

**DRCT:** Doença Renal Crónica Terminal, 9; Doenlas Renal Crónica Terminal, 1

**ECAPM-FAV:** Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado pós-construção da Fístula Arteriovenosa, 35

**ERA/EDTA:** European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association, 26

**FAV** Fístula Arteriovenosa, 1

**HD:** Hemodiálise, 1

**HIV:** Vírus imunodeficiência humana, 9

**HTA:** Hipertensão Arterial, 9

**IRA** Insuficiência Renal Aguda, 13

**IRC:** Insuficiência Renal Crónica, 10

**IRCT:** insuficiência renal crónica terminal, 8

**IRD:** Instrumento de recolha de dados, 35

**KDIGO:** Kidney Disease Improving Global Outcomes, 9

**KDOQI** Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2

**KDOQI KDOQI** Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 9

**NFK:** National Kidney Foundation, 9

**OE:** Ordem dos Enfermeiros, 22

**OMS** Organização Mundial de Saúde, 8

**PAV:** Prótese Arteriovenosa, 14

**PGID** Plataforma de Gestão Integrada da Doença, 9

**Q1:** Questão 1 - Género, 39

**Q10:** Questão 10- Há quanto tempo foi construída a fistula arteriovenosa atual, 43

**Q11:** Questão 11 - Quem lhe transmitiu a informação relacionada com os cuidados a ter com a Fístula Arteriovenosa, 43

**Q12:** Questão 12 - Tem outros familiares com a mesma doença, 43

**Q13:** Questão 13 - Tem outras doenças, 43

**Q14:** Questão 14-Era seguido pelo médico Nefrologista antes da construção da Fístula Arteriovenosa, 44

**Q14.1:** Questão 14.1- Se sim, há quanto tempo, 44

**Q15:** Questão 15 - Teve alguma consulta de esclarecimento após o diagnóstico de DRCT, onde lhe foram apresentadas as várias opções de tratamento, 44

**Q15.1:** Questão 15.1- Se sim, quem lhe fez a consulta de esclarecimento, 45

**Q15.2** Questão 15.2- Se não, gostaria de ter tido, 45

**Q16:** Questão 16 - Já teve outras fistulas, 45

- Q17:** Questão 17 - Foi informado o que era uma fistula arteriovenosa antes da construção, 45
- Q17.1:** Questão 17.1 - Quem o informou, 46
- Q18:** Questão 18 - Diga em breves palavras o que e uma Fístula Arteriovenosa, 46
- Q19:** Questão 19 Diga em breves palavras que informações obteve sobre o cuidado à fistula Arteriovenosa antes da construção, 46
- Q2:** Questão 2- Idade, 39
- Q20:** Questão 20 - Foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a Fístula Arteriovenosa depois da construção, 46
- Q20.1:** Questão 20.1 - Se foi informado, quem o informou, 46
- Q21:** Questão 21 - Consegue mencionar algum cuidado algum cuidado que se recorde relativamente a esses cuidados, 47
- Q22:** Questão 22 - Diga em breves palavras que informações obteve, 47
- Q23:** Questão 23- Gostaria de ter tido mais informações sobre os cuidados a ter com a sua Fístula Arteriovenosa, 47
- Q24:** Questão 24- Gostaria de dizer algo relativamnete à sua situação, 48
- Q3:** Questão 3- Estado Civil, 40
- Q4:** Qustão 4- Grau de escolaridade, 40
- Q5:** Questão 5 -Situação Profissional, 40
- Q6:** Questão 6 -Nível de rendimentos, 41
- Q7:** Questão 7- Qualidade de Vida, 41
- Q8:** Questão 8- Qual a causa da Doença Renal Crónica, 42
- Q9:** Questão 9- Há quanto tempo foi diagnosticado com DRCT, 42
- SD:** Desvio Padrão, 48

**SEGSS:** Subescala de Avaliação de Gestão de Sintomas, 75; Subescala de Gestão de Sinais e Sintomas, 36

**SEPC:** Subescala Prevenção de Complicações, 36, 75

**SNS:** Sistema nacional de Saúde, 8

**SPN:** Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 75

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences, 48

**TFG:** Taxa de Filtração Glomerular, 9

**TRS:** Terapia Renal Substitutiva, 83

**TSFR:** Técnica de Substituição Função Renal, 1

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 - DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2 - HEMODIÁLISE E O ACESSO VASCULAR</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 - FÍSTULA ARTERIOVENOSA: DO PLANEAMENTO AO FOLLOWUP</b> .....	<b>14</b>
<b>1.4 - O ENFERMEIRO E A EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO A PESSOA COM FAV</b> .....	<b>21</b>
1.4.1 Papel do enfermeiro na promoção do autocuidado à pessoa com FAV.....	24
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>33</b>
<b>1 – METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
1.1 – Tipo de estudo.....	35
1.2 – População e Amostra.....	35
1.3 – Período de recolha de dados.....	36
1.4 – Instrumento de recolha de dados.....	36
1.5 – Procedimentos de recolha de dados.....	38
1.6 – Variáveis do estudo e operacionalização.....	40
1.7 – Procedimentos de análise de dados.....	50
<b>1.7– Considerações éticas</b> .....	<b>52</b>
<b>2– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>
2.1 – Análise descritiva.....	53
2.2 – Análise de componentes principais da escala ECAPM-FAV.....	65

2.3 - Análise da relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal a sua FAV em maturação; .....	69
2.4 – Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o nível de conhecimento das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal com a sua FAV em período de maturação.....	73
2.5 – Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e o perfil de comportamentos de autocuidado das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal com a sua FAV em período de maturação.....	76
2.6 – Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o autocuidado das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal com as sua FAV em período de maturação. ....	77
2.7 – Analisar a relação estatística entre o nível de conhecimentos e o perfil de comportamentos das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal com a sua FAV em período de maturação.....	82
<b>3.DISSCUSSÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>108</b>
<b><i>Questionário de Avaliação dos Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em período de Maturação.....</i></b>	<b>108</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>115</b>
<b><i>Autorização das comissões de ética.....</i></b>	<b>115</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>117</b>
<b><i>Autorização para a utilização da escala de Avaliação de comportamentos de autocuidado período de maturação da fístula arteriovenosa (ECAPM-FAV).....</i></b>	<b>117</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>120</b>
<b><i>Teste de declínio cognitivo de 6 itens .....</i></b>	<b>120</b>
<b>ANEXO E.....</b>	<b>121</b>

<i>Relatório de estágio</i> .....	121
<i>ANEXO F</i> .....	161
<i>Submissão de artigos</i> .....	161

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Estádios da DRC de acordo com o grau de comprometimento renal	9
Tabela 2 - Fórmula de cálculo da escala ECAPM-FAV e das respetivas subescalas. .....	38
<b>Tabela 3</b> – Frequência e Percentagem cumulativa da variável “1 - Género” (n=50) .....	53
<b>Tabela 4</b> – Frequência, Percentagem e Percentagem cumulativa da variável “2 - Idade” (n=50).....	54
<b>Tabela 5</b> – Frequência e Percentagem da variável “3 - Estado civil” (n=50)....	54
<b>Tabela 6</b> - Frequência, Percentagem e Percentagem cumulativa da variável “4 - Grau de Escolaridade” (n=50) .....	54
<b>Tabela 7</b> - <i>Frequência e Percentagem da variável “5 - Situação profissional” (n=50)</i> .....	55
<b>Tabela 8</b> - Frequência e Percentagem da variável “6 - Nível de Rendimentos” (n=50) .....	55
<b>Tabela 9</b> – Frequência e Percentagem da variável "7 - qualidade de vida a nível afetivo” (n=50). Dos 50 inquiridos dois responderam duas opções .....	56
<b>Tabela 10</b> - Frequência e Percentagem por cada resposta à variável "8 - Causa da doença renal Crónica” (n=50). Foram selecionadas múltiplas respostas por parte dos inquiridos.....	56
<b>Tabela 11</b> - Frequência e Percentagem da variável "9 - Tempo de Diagnóstico da Doença Renal Crónica” (n=50) .....	56
<b>Tabela 12</b> - Frequência, Percentagem da variável e frequência cumulativa "10 - Tempo de Construção da Fístula Arteriovenosa” (n=50).....	57

<b>Tabela 13</b> - Frequência e Percentagem da variável "11 - Quem transmitiu a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV" (n=50) .....	58
<b>Tabela 14</b> - Frequência e Percentagem da variável "12 - Tem familiares com a mesma doença" (n=50).....	58
<b>Tabela 15</b> - Frequência e Percentagem da variável "13 - Tem outras doenças" (n=50) .....	58
<b>Tabela 16</b> - Frequência Absoluta e frequência relativa da resposta positiva à questão "13 - Tem outras Doenças, se sim quais?" (n=26).....	59
<b>Tabela 17</b> - Frequência e Percentagem da variável "14 - Era seguido pelo Nefrologista antes da construção da FAV" (n=50) .....	59
<b>Tabela 18</b> - Frequência e Percentagem da variável "14.1 - Há quanto tempo" (n=50) .....	59
<b>Tabela 19</b> - Frequência e Percentagem da variável "15 - Teve alguma consulta de esclarecimento onde lhe foram apresentadas as opções de tratamento" (n=50).....	59
<b>Tabela 20</b> -Frequência e Percentagem relativa da variável "15.1 - Se sim, quem fez a consulta de esclarecimento (n=37) .....	60
<b>Tabela 21</b> - Frequência e Percentagem relativa da variável "15.2 - Se não, gostaria de ter tido" (n=13) .....	60
<b>Tabela 22</b> - Frequência e Percentagem da variável "16 - Já teve outras fistulas" (n=50) .....	60
<b>Tabela 23</b> - Frequência e Percentagem da variável "17 - Foi informado sobre o que é uma FAV antes da construção" (n=50).....	61
<b>Tabela 24</b> - Frequência e Percentagem da variável "17.1 -Quem o informou" (n=50) .....	61
<b>Tabela 25</b> - Frequência e Percentagem da variável "18 - Diga em breves palavras o que é uma fistula" (n=50).....	62

<b>Tabela 26</b> - Frequência e Percentagem da variável "19 – Diga em breves palavras que informações obteve sobre o cuidado à Fístula arteriovenosa antes da construção" (n=50) .....	62
<b>Tabela 27</b> - Frequência e Percentagem da variável “20 - Foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a FAV depois da construção (n=50) .....	63
<b>Tabela 28</b> - Frequência e Percentagem da variável “20.1 - Se informado, quem o informou?” (n=34).....	63
<b>Tabela 29</b> - Frequência e Percentagem da variável "21 - Consegue mencionar algum cuidado que se recorde relativamente a esses cuidados (n=50).....	64
<b>Tabela 30</b> - Frequência e Percentagem da variável "22 - Diga em breves palavras que informações obteve? (n=50) .....	64
<b>Tabela 31</b> - Frequência e Percentagem da variável "23 -Gostaria de ter tido mais informação sobre os cuidados a ter com a sua FAV (n=50).....	65
<b>Tabela 32</b> - Matriz dos principais componentes da ECAPM-FAV-16 forçada após a rotação Varimax para dois fatores e o valor de alfa de Cronbach's (n = 50) .....	67
<b>Tabela 33:</b> Caracterização dos domínios da escala e geral, $\rho(vp)$ - coeficiente de correlação Spearman (valor de prova).....	68
<b>Tabela 34</b> – Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q1 e as questões de conhecimento Q18 e Q22 (n=50). .....	70
<b>Tabela 35</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q3 e as questões de conhecimento Q20 e Q21 (n=50). .....	70
<b>Tabela 36</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q3 e as questões de conhecimento Q22 (n=50). .....	71

<b>Tabela 37</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q5 e as questões de conhecimento Q18 e Q22 (n=50) .....	71
<b>Tabela 38</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q6 e as questões de conhecimento Q18 (n=50) .....	72
<b>Tabela 39</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q7 e as questões de conhecimento Q18 e Q19 (n=50) .....	72
<b>Tabela 40</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q8 e as questões de conhecimento Q18 a Q22 (n=50) .....	73
<b>Tabela 41</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q11 e a questão de conhecimento Q20 (n=50) .....	74
<b>Tabela 42</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q13 e a questão de conhecimento Q20 (n=50) .....	74
<b>Tabela 43</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q11 e a questão de conhecimento Q20 (n=50) .....	75
<b>Tabela 44</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q17 e a questão de conhecimento Q20 (n=50) .....	75
<b>Tabela 45</b> - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q17.1 e a questão de conhecimento 18 (n=41) .....	75
<b>Tabela 46</b> - Medidas de associação entre a Q7 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC (n=50) .....	76
<b>Tabela 47</b> - Medidas de associação entre a Q8 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50) .....	77

<b>Tabela 48</b> - Medidas de associação entre a Q10 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50).....	78
<b>Tabela 49</b> - Medidas de associação entre a Q11 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50).....	79
<b>Tabela 50</b> - Medidas de associação entre a Q12 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50).....	80
<b>Tabela 51</b> - Medidas de associação entre a Q13 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC.....	80
<b>Tabela 52</b> - Medidas de associação entre a Q15 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50).....	81
<b>Tabela 53</b> - Medidas de associação entre a Q17 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC. Entre a, b e c na mesma coluna $p < 0,05$ (n=509) .....	81
<b>Tabela 54</b> - Medidas de associação entre a Q18 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50).....	82
<b>Tabela 55</b> - Medidas de associação entre a Q19 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC. o número de amostra igual a um nos dos grupos foi utilizado (n =50) .....	83
<b>Tabela 56</b> - Medidas de associação entre a Q20 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC (n=50).....	83

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Gráfico subescala Gestão sinais e sintomas.....	68
<b>Figura 2:</b> Gráfico subescala prevenção complicações.....	69
<b>Figura 3:</b> Gráfico ECAPM-FAV .....	69

## INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), é uma doença em crescimento em todo mundo, assim como as Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR. (De Nicola & Minutolo, 2016; Sousa, 2014b). Portugal é o país da União Europeia com a maior taxa de incidência e prevalência de DRCT, em 2011 esta era de 226.49 e 1661.9 por milhão de habitante, e em 2022, 12.426 pessoas estavam em Hemodiálise (HD) (Clementi et al., 2021; Coelho et al., 2014; Ers, 2022).

A DRCT é hoje, um desafio em saúde, com impacto a nível pessoal, familiar e económico (Elshahat et al., 2020; Liyanage et al., 2015; Sousa, 2009). A prevalência das TSFR, onde se enquadra a HD, a nível mundial, ascenderão em 2030 aos 5 mil milhões de pessoas em todo o mundo com Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) (Liyanage et al., 2015).

Para fazer HD, as pessoas precisam de um acesso vascular, hoje é consensual que uma Fístula Arteriovenosa (FAV) funcionante é o acesso vascular de excelência, para as pessoas em HD (Sousa et al., 2015). De acordo com a comunidade científica, a FAV é o melhor acesso vascular para fazer HD comparando com outros acessos, como por exemplo Cateter Venoso Central (CVC) (Ibeas et al., 2017). Para que o tratamento de HD seja eficaz, é essencial e primordial, que a pessoa seja portadora de uma FAV adequada. Uma FAV disfuncionante, compromete a eficácia do tratamento de HD, o que resulta em pessoas mal dialisadas, o que por sua vez, aumenta as comorbilidades e a taxa de mortalidade (Bylsma et al., 2017).

Os acessos vasculares das pessoas com IRCT, em HD, consomem uma grande parte dos recursos financeiros dos sistemas de saúde (Jha et al., 2013; Clemente Neves Sousa et al., 2014). Sendo a FAV um dos elementos mais importantes para a realização da HD, é de vital importância que sejam feitos todos os esforços para a manter, o que por si só constitui um desafio. Assim, para garantir a eficácia do acesso vascular, e diminuir o desencadear de complicações, é necessário uma avaliação e monitorização regular do

acesso vascular (Norton de Matos et al., 2022; Raza et al., 2019). No mesmo sentido, as *guidelines* da Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), recomendam que seja feita uma vigilância e monitorização sistemática e regular do acesso vascular (Abreo et al., 2019; Kdoqi, 2021). Esta, leva a uma deteção precoce de problemas e complicações no acesso que possam surgir (Clemente Neves Sousa et al., 2014).

As complicações relacionadas com os acessos vasculares, são desafios que carecem de uma excelência no cuidado profissional e pessoal. No primeiro contexto, é pertinente a promoção e desenvolvimento de programas de vigilância, monitorização e educacionais dos acessos vasculares, onde os enfermeiros desempenham um papel preponderante quer ao nível da vigilância do acesso, quer ao nível da educação sobre o autocuidado (Sousa et al., 2013). Por outro lado, no contexto pessoal ao longo da vida, o doente adquire várias capacidades e potencialidades, que lhe permitem desenvolver o autocuidado, de forma a evitar complicações, e a melhorar a sua qualidade de vida (Horsburgh, 1999).

As pessoas com IRCT, devem ser educadas a cuidar do seu acesso vascular. Vários estudos em pessoas em HD, têm demonstrado que, a maioria não tem comportamentos de autocuidado com a FAV, e tem pouco ou nenhum conhecimento sobre os cuidados a ter com ela. As pessoas com FAV precisam aprender, que desenvolver comportamentos de autocuidado, é um meio de conciliar estilos de vida com o estado de saúde atual (Ozen et al., 2017; Silva, 2022; Sousa et al., 2017).

As intervenções que o enfermeiro desempenha neste processo são fundamentais, quer nos cuidados pré e pós construção, quer no processo de maturação, mas também nos cuidados durante e após o tratamento de HD e na educação para a saúde. Este deve promover o autocuidado, de modo a que a pessoa desenvolva o seu potencial, para realizar todas as atividades necessárias à manutenção da saúde e do bem-estar (Orem, 1993). Os comportamentos de autocuidado, podem ser realizados quer pelo enfermeiro, quer pela própria pessoa, ou por ambos. Durante a sua atividade, o enfermeiro planeia as intervenções de acordo com a disponibilidade da pessoa, de forma a fornecer um conjunto de informações, podendo o doente utilizar essa informação para manutenção da sua saúde.

As informações transmitidas pelos enfermeiros as pessoas com IRCT, em relação ao acesso vascular, proporcionam contributos para a melhoria das suas capacidades de autocuidado, assim é vital, que a pessoa com FAV compreenda que o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, são possíveis de realizar e desenvolver por ela.

Ao adquirir comportamentos de autocuidado relacionados com a FAV, a pessoa irá executá-los para evitar complicações e melhorar a sua qualidade de vida, tornando-se agente ativo do autocuidado, aprimorando um conjunto de capacidades cognitivas, de percepção e de memória, bem como um conjunto de habilidades e valores, que lhe permitirá identificar as necessidades de autocuidado (Lukkarinen & Hentinen, 1997).

Os comportamentos de autocuidado na pessoa com IRCT com FAV, ou que está a aguardar construção, estão sobretudo relacionados com comportamentos que visem a prevenção de riscos de infeção e/ou trombose, bem como, da promoção da autonomia (Sousa, 2009). É através destes, que a pessoa com DRCT desenvolve o seu potencial para viver com a FAV. O défice do autocuidado surge, quando esta não consegue satisfazer as necessidades de cuidados relacionados com a FAV. Este, pode ocorrer quer por incapacidade, limitação, ausência ou inadequação do conhecimento e informação, ou dificuldade em reconhecer as necessidades dos requisitos do autocuidado.

Durante o período que decorre entre realização da FAV, e a sua utilização, ocorre um conjunto de alterações na rede vascular, nomeadamente a dilatação, que se traduz num aumento do calibre e engrossamento das paredes das veias, provocado pela arterialização. A este período, que se inicia nas primeiras 48h após a construção da FAV, e termina com a primeira punção, é denominado como período de maturação. É essencial que nesta fase, a pessoa, seja educado a desenvolver e efetuar, um conjunto de ações e cuidados que promovam o desenvolvimento e maturação da FAV. Os cuidados são divididos em três categorias: cuidados na maturação, higiene e sinais isquémicos (Sousa, 2009). A pessoa com FAV em maturação deve ainda ser educada, a avaliar um conjunto de sinais e sintomas, bem como a evitar determinados comportamentos que ponham em risco a sobrevivência do seu acesso vascular (Sousa, 2012).

Por todas as dificuldades no entendimento sobre o perfil das pessoas com IRCT, sobre os seus conhecimentos e comportamentos de autocuidado a FAV em maturação, esta dissertação propõe-se aos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a caracterização da amostra com DRCT portadora de FAV em maturação: a nível das variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimentos.
- Identificar o nível de conhecimentos assumido pelas pessoas com DRCT, relativamente ao autocuidado com sua FAV em maturação.
- Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas, e o nível de conhecimentos das pessoas com DRCT, relativamente ao autocuidado a sua FAV em maturação.
- Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o nível de conhecimento das pessoas com DRCT, com a sua FAV em maturação.
- Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas, e o nível de comportamentos de autocuidado das pessoas com DRCT, com a sua FAV em maturação.
- Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas, e o nível de autocuidado das pessoas com DRCT com as sua FAV de maturação.
- Analisar a relação estatística entre o nível de conhecimentos, e o nível de comportamentos das pessoas com DRCT, com a sua FAV em maturação.

Este documento integra ainda o Relatório Final de Estágio (ANEXO E), o qual apresenta as vivências e as atividades realizadas ao longo do estágio de 504 horas repartidas por três serviços; Serviço de Medicina Intensiva, GCL-PPCIRA, e Serviço de Urgência Geral, bem como as competências consolidadas, adquiridas e potenciadas durante o mesmo.

No que concerne à estrutura e organização deste trabalho, este encontra-se organizado em dois capítulos principais, sendo estes: enquadramento teórico e estudo empírico.

No primeiro capítulo, apresenta-se o construto teórico com base na revisão da literatura efetuada, em primeiro lugar explica-se o que é a Doença Renal Crónica Terminal, seguidamente explica-se o que é a Hemodiálise e a importância do Acesso Vascular, bem como o seu processo de construção. Num segundo momento, a relevância recai sobre o enfermeiro e a educação para o autocuidado a pessoa com FAV, e o seu papel na promoção do autocuidado.

O segundo capítulo, é dedicado ao estudo empírico, onde se apresenta a metodologia da investigação. O tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento e procedimentos de recolha de dados, variáveis em estudo e respetiva operacionalização, procedimentos de análise de dados e considerações éticas.

Em seguida apresenta-se e discute-se os resultados do estudo mediante os objetivos traçados, apresentando as comparações reflexivas entre os resultados obtidos e os estudos existentes sobre esta temática. Para finalizar sistematiza-se algumas conclusões gerais resultantes do estudo.

# CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

## **1.1 - DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL**

As doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e morbilidade na Europa, sendo estas responsáveis por 86% dos óbitos, e terão um grande impacto no futuro. Em 2010, um terço da população europeia tinha, pelo menos, uma doença crónica (Consumers & Food Executive, 2014; Who, 2011). No passado, as doenças crónicas eram tidas como doenças dos países ricos e de pessoas idosas, hoje no entanto, sabe-se que estas afetam todos os países, e pessoas de todas as idades (Busse et al., 2010a).

As implicações económicas que estas doenças têm nos países, têm sido enormes, uma vez que diminuem a capacidade de trabalho das pessoas e a sua produtividade, levam a reforma precoce, a um elevado número de baixas ou faltas ao trabalho, assim como a baixo rendimento escolar, e a um aumento dos gastos dos sistemas de saúde, pois estas necessitam de tratamentos prolongados e complexos, profissionais de saúde diferenciados, medicamentos e equipamentos (Oecd, 2011; Olim et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a gestão das doenças crónicas como, uma “gestão contínua de condições durante um período de anos ou décadas” (Busse, 2010).

A grandeza deste problema, no que concerne a saúde pública, obriga a adoção de políticas de gestão orientadas, planificadas e integradas, partindo de estratégias bem claras e definidas, no sentido da obtenção de ganhos em saúde, melhoria da qualidade de cuidados prestados e racionalização dos custos (Escoval et al., 2010).

A Doença Renal Crónica (DRC), é uma das doenças crónicas com maior ascensão em todo o mundo, e que acarreta implicações não só a nível pessoal, como também a nível social e familiar, como também grandes encargos financeiros para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Integra um conjunto das patologias crónico-degenerativas, que substituíram as doenças infecciosas em termos de impacto da saúde pública, e nos orçamentos de saúde dos países desenvolvidos (GID, 2023).

Calcula-se que em todo o mundo, cerca de 843 milhões de indivíduos, aproximadamente 1/10 adultos, sofram de algum grau de DRC, sendo que 1,75 milhões desenvolvem a forma mais grave da doença, IRCT (DGS, 2023; Kovesdy, 2022).

Portugal, é o país da União Europeia com maior taxa de incidência e prevalência de DRCT, e tem vindo a aumentar ao longo dos tempos. A prevalência da DRC em Portugal é elevada face a outros países, e o número de pessoas em tratamento tem vindo a crescer (em média, cerca de 3,5% por ano, entre 1998 e 2019).

Em junho de 2022, constavam da Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID), 12.426 pessoas em tratamento de HD. O envelhecimento populacional é um fator de risco relevante, a par da diabetes e da Hipertensão Arterial (HTA), entre outros (Coelho et al., 2014; Era-Edta, 2011; Ers, 2022). Em Portugal, dois estudos, que avaliaram a prevalência da Doença Renal Crónica (DRC) nos estadios 3-5, o PREVADIAB (Vinhas et al., 2011) e o RENA (Vinhas et al., 2020), determinaram que esta era de 6,1% no primeiro estudo, embora o objetivo principal deste fosse avaliar a prevalência de diabetes e com algumas limitações, também ofereceu a oportunidade de estimar a prevalência de DRC, já no segundo estudo, a prevalência de DRC foi de 20,9%.

Em 2002, a National Kidney Foundation (NFK) e a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), aprovaram um conjunto de diretrizes, e de práticas clínicas, no sentido de definir a DRC, e classificar os diferentes estadios da progressão da doença (DGS, 2023). Assim, de acordo com as guidelines, apresentadas pela Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), a DRC caracteriza-se por uma anomalia da estrutura ou da função renal, há mais de três meses, com implicações na saúde, sendo que deve cumprir um dos critérios, diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e os marcadores da lesão renal (Kdigo, 2016).

A progressão da DRC leva ao aparecimento de sintomatologia, com manifestações clínicas, de acordo com o grau de lesão renal existente, afetando diferentes sistemas, urinário, cardiovascular, hematológico, gastrointestinal, neurológico, sistema músculo-esquelético e endócrino. Várias funções ficam assim comprometidas, surgindo anemia,

desnutrição, alterações hidroeletrólíticas, letargia, hiperurecemia, HTA, diminuição da clereance da creatinina, proteinúria , entre outras (Marchão et al., 2011). Na base destas alterações, estão diferentes patologias que podem afetar o normal funcionamento dos rins (Thomas, 2005), como por exemplo:

- **Doenças Sistémicas:** anemia das células falciformes, lúpus eritematoso disseminado, nefropatia associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vasculite e esclerodermia;
- **Disfunção Glomerular:** Glomerulonefrite, nefropatia diabética e nefrosclerose hipertensiva;
- **Doenças obstrutivas do aparelho urinário:** tumores prostáticos e da bexiga, obstrução uretral e cálculos;
- **Outras:** pielonefrite crónica, enfarte renal, doença poliquística, síndrome nefrótica, nefrotoxicidade medicamentosa.

A NKF e a KDOQI definiram assim, 5 estadios da DRC, de acordo com o grau de comprometimento renal. A Insuficiência Renal Crónica (IRC) compreende diferentes estadios de gravidade conforme esquematizado na Tabela 1.

*Tabela 1 – Estadios da DRC de acordo com o grau de comprometimento renal*

Estadios DRC	Descrição	TFGml/m/1,73m2)
1	Alterações urinárias assintomáticas (ex. proteinúria) e <b>TFG normal ou aumentada</b>	>90
2	<b>IRC</b> ligeira (diminuição <b>ligeira</b> da TFG)	60 até 89
3	<b>IRC</b> moderada (diminuição <b>moderada</b> da TFG)	30 até 59
4	<b>IRC</b> grave (diminuição <b>severa</b> da TFG)	15 até 29
5	Falência renal ou <b>IRC Terminal</b> (dependente de diálise ou transplantação)	15 até 29

Fonte: adaptado de DGS (2023)

No primeiro estadio, definido como uma insuficiência renal TFG > a 90 ml/min, não existem alterações clínicas nem laboratoriais significativas, uma vez que as perdas de nefrónios não implicam um comprometimento dos parâmetros laboratoriais. Os nefrónios são esforçam-se para compensarem a perda de capacidade dos que estão afetados.

No segundo estadio, há uma diminuição ligeira TFG, situa-se entre os 60-89 ml/min, já existe lesão renal, embora clinicamente assintomática.

No terceiro estadio, há uma diminuição moderada da TFG, os valores situam-se entre 30-59 ml/min, há um aumento dos valores de creatinina e ureia, surge poliúria, devido a incapacidade de concentrar urina. São retidos outros componentes, que por norma são eliminados pelo rim, como o fósforo e o ácido úrico.

No quarto estadio, existe já, uma IRC, com diminuição severa da TFG, os valores situam-se em 15-28 ml/min. Nesta fase os sintomas variam de intensidade, e estão diretamente relacionados com os valores de retenção azotada (astenia, náuseas, vômitos). A anemia é frequente, e os valores do cálcio sérico podem estar reduzidos devido as alterações do metabolismo da Vitamina D. Os valores do fósforo sérico podem subir, e a acidose pode ser relativamente severa.

No quinto estadio (estado terminal), já existe uma IRCT, com uma TFG <15ml/min. A sintomatologia pode ser intensa, associada a oligúria e alterações bioquímicas, existindo indicação para uma TSFR ou transplante (Marchão et al., 2011).

A DRC caracteriza-se, assim, pela falência progressiva da função excretora, reguladora e hormonal do rim, enquanto se verifica uma degradação da função renal normal, por destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. Há uma destruição dos nefrónios, que são a unidade funcional do rim. Sumariamente a DRC é definida como sendo toda a lesão estrutural ou perturbação funcional dos rins com duração superior a três meses (Marchão et al., 2011).

A identificação precoce, e uma gestão nefrológica adequada das pessoas com doença renal leve, é fundamental para retardar a progressão da doença (Yan et al., 2021). Estratégias para prevenção, educação, deteção precoce, e tratamento das complicações da

DRC, podem prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida, mesmo que não haja efeito na progressão da doença renal (Levey et al., 2009). Um diagnóstico tardio da doença, pode levar a hospitalizações precoces prolongadas, iniciar tratamentos dialíticos de emergência, sendo muitas vezes o primeiro acesso vascular o cateter venoso central (Schrauben et al., 2020; Sullivan et al., 2021).

A DRC é uma doença com uma evolução silenciosa, que destrói de forma progressiva e irreversível o parênquima renal, só ocorrendo sintomatologia já numa fase muito avançada da doença. Neste processo, a DRC evolui para DRCT, necessitando a pessoa de uma TSFR (Sousa, 2009).

## **1.2- HEMODIÁLISE E O ACESSO VASCULAR**

A DRCT é uma doença tão antiga como a própria humanidade. Na Roma antiga, e também na idade Média, já existiam alguns tratamentos para a uremia, que iam desde os banhos quentes, terapias de sudação, sangrias e clisteres (Marchão et al., 2011).

Em meados do século XX, a introdução de novas técnicas de química clínica e patologia, aumentaram drasticamente o conhecimento sobre as características clínicas, patogênese, diagnóstico e tratamento de muitos tipos de DRC (Levey et al., 2009).

O primeiro sucesso, na tentativa de filtração artificial do sangue através de uma máquina de hemodiálise, foi conseguido pelo holandês Willem Kolff, que em 1945, demonstrou que os pessoas urémicos podiam ser tratados com sucesso, com recurso a um rim artificial, suscitando um enorme interesse em todo o mundo (Fernandes et al., 2011).

As técnicas de substituição renal têm sofrido uma grande evolução nas últimas décadas, desde o século XX, que os conhecimentos sobre hemodiálise foram evoluindo a par do desenvolvimento científico e tecnológicos na área da medicina.

Atualmente existem duas modalidades substitutivas da função renal, a HD e a Diálise Peritoneal (DP). Existe ainda o transplante renal, que é considerado o tratamento ideal para a insuficiência renal crónica, pois oferece os melhores resultados em termos de sobrevivência e qualidade de vida, uma vez que permite a reversão de muitas alterações

fisiopatológicas causada pela doença, a medida que a função renal é restabelecida (Thomas, 2005).

A HD é a TSFR mais frequente a nível mundial, e Portugal não é exceção, sendo a HD a modalidade dialítica mais realizada. Os seus objetivos incluem a reconstituição do ambiente dos fluidos intra e extracelular e conseguir a homeostase dos solutos, que pela sua remoção a partir do sangue, que pela introdução dos mesmos a partir do dialisante, definindo-se como um processo em que se altera a composição do soluto, quando esta é posta em contacto com outra através de uma membrana semipermeável (Marchão et al., 2011). A HD é um tratamento intermitente, que se realiza em períodos curtos e de forma abrupta, em relação ao que o organismo faz de uma forma contínua e suave. Deste modo, um dos aspetos fundamentais para um tratamento eficiente, é a sua duração, que deve ser suficientemente longa para minimizar os efeitos associados a uma ultrafiltração rápida, obtendo uma clearance de solutos adequada. A sessão de tratamento de HD, tem uma frequência de três vezes por semana, por norma, e tem uma duração de quatro horas (Marchão et al., 2011).

Desde os primórdios da HD, que tem sido difícil obter um Acesso Vascular para Hemodiálise (AVH), de fácil construção, prático de usar, durável, isento de complicações e resistente as infeções.

Até a década de 60, a HD só era aplicada a pessoas com Insuficiência Renal Aguda (IRA), pois o Acesso Vascular (AV) constituía-se como um obstáculo para os programas de HD (Sousa, 2009). A primeira tentativa de construção de um AV, remonta ao ano de 1966 com o *shunt* de Scibner, de uso externo ao nível da artéria e veia radial, que devido as múltiplas complicações tais como a trombose e a infeção, foi rapidamente abandonado.

Em 1966, foi concebida a primeira FAV, por Brescia e Cimino, cuja finalidade, era permitir a conexão da pessoa com IRCT a uma máquina de HD. Foi construída cirurgicamente ao nível do punho, através da anastomose direta da artéria radial a uma veia adjacente, que uma vez arterializada, podia ser puncionada em cada sessão de HD. A fistula rádio cefálica é ainda hoje considerada o *gold standard* pela eficácia,

permeabilidade e poucas complicações. Esta descoberta permitiu o estabelecimento de programas regulares de HD a pessoas com IRCT (Carvalho et al., 2011).

Um dos fatores que contribuíram decisivamente para a eficiência da HD, prende-se com o débito sanguíneo utilizado durante o tratamento, que está diretamente relacionado com a qualidade do AV. A eficácia do tratamento depende muito da adequação do fluxo de sangue através do dialisador. Assim, é necessário um AV funcional, através do qual o sangue é extraído do organismo com segurança, transportado até ao circuito extracorporal e devolvido ao corpo (Carvalho et al., 2011).

O principal objetivo do AV para HD, é proporcionar um tratamento eficaz, promovendo o máximo de conforto ao doente. As pessoas em HD e os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, reconhecem que o AV é a linha de vida do doente. Deste modo, um bom acesso, contribui fortemente para o bem-estar do doente. Inversamente, os problemas com o acesso são considerados a principal causa de morbilidade e de incapacidade nos pessoas em HD (OE, 2016).

Tem-se constituído como um grande desafio para os profissionais da área da Nefrologia e da área da Cirurgia Vascular, a obtenção de um AV de fácil construção, fácil utilização, durável, e que tenha o menor número de complicações possíveis, pois um bom AV é fundamental para a realização do tratamento dialítico (OE, 2016).

De acordo com Ying et al. (2021) *“Longevity to dialysis is directly proportional to the quality of dialysis, and that quality in turn depends on the reliability and integrity of the access to the patient's vascular system”*. O AV é por isso, um recurso de valor inestimável.

Segundo a NFK-KDOQI (Kdoqi, 2021), o acesso vascular ideal deve reunir três aspetos fundamentais: permitir um acesso contínuo e seguro à rede vascular, permitir um fluxo sanguíneo adequado, de modo a que se consiga executar a dose de diálise prescrita e apresentar o menor número de complicações.

Atualmente, os AV's disponíveis para a realização do tratamento de HD são os arteriovenosos, como a FAV, a Prótese Arteriovenosa (PAV), e o acesso vascular

provisório, CVC não tunelizado, e o CVC tunelizado. O tipo de acesso escolhido depende do estado do património vascular do doente, do seu estado clínico, e o tempo disponível para o início do tratamento de HD (Ribeiro et al., 2009).

Independentemente do desenvolvimento e avanços alcançados a nível do material heterólogo, a FAV é amplamente reconhecida como superior devido à maior confiabilidade, menos infeções, menos eventos que requerem hospitalização e mortalidade reduzida. Um AV estável, é vital para a saúde a longo prazo das pessoas que fazem HD (Besarab & Brouwer, 2004; Hoggard et al., 2008).

A sua construção deve ser planeada, de modo a que o acesso esteja em boas condições para quando a pessoa precisar de iniciar o tratamento dialítico, que por norma, é definido pelo Nefrologista, tendo por base o estágio da DRC, valores laboratoriais e o tempo até ao início da primeira punção (OE, 2016).

As orientações das várias comunidades científicas, recomendam que, a construção do acesso seja indexada à taxa de filtração glomerular, ou noutros casos, à previsibilidade do início da HD (Ventura et al., 2022). Assim, de acordo com a NKF-K/DOQI (Kdoqi, 2021), é recomendado proceder ao mapeamento pré-operatório do património vascular, para avaliar o melhor local para a construção da FAV, e esta deve ser construída pelo menos 6 meses antes da previsão do início do tratamento de HD.

O local anatómico para a construção do primeiro acesso arteriovenoso deve ser o local do braço o mais distal, para deste modo preservar a rede vascular (Ibeas et al., 2017).

### **1.3 - FÍSTULA ARTERIOVENOSA: DO PLANEAMENTO AO FOLLOWUP**

O AV é um elemento fundamental, talvez o mais importante, para a concretização do tratamento de HD (Norton de Matos et al., 2022) e a sua construção envolve uma equipa multidisciplinar e várias especialidades.

A FAV para HD em particular, é construída através de uma intervenção cirúrgica intencional e programada, que consiste na criação de uma anastomose subcutânea de uma

artéria e uma veia com calibre adequado, que vai permitir o aumento do volume de sangue que circula na veia aumentado deste modo o seu calibre, facilitando posteriormente a sua punção para os tratamentos de HD. O momento ideal para a construção da FAV é definido pelo médico Nefrologista, tendo por base a evolução da doença, os valores analíticos e o período de maturação da FAV após a cirurgia, para evitar que o doente tenha de colocar um CVC e evitar as complicações que lhes estão associadas (OE, 2016).

Existem várias designações da FAV, esta é designada primeiramente de acordo com o nome da artéria que foi utilizada para a construção, seguida da veia. Por exemplo, uma fistula rádio-cefálica, foi uma fistula que foi construída com a artéria radial e com a veia cefálica, que na prática, vai ser a veia arterializada para depois ser utilizada como zona de punção (Inglese, 2022).

Todo este processo de construção, leva tempo. Inicia-se antes da construção da FAV, e envolve a organização dos cuidados de enfermagem nos diferentes estadios do acesso, ou seja, na fase da pré-construção, pós-construção, maturação, primeira punção e a capacitação da pessoa para o autocuidado a FAV, de acordo com a fase em que esta se encontra, esperando que este acesso, através do *follow up*, proporcione qualidade de vida ao doente sem complicações a curto ou a longo prazo (Ibeas et al., 2017; Sousa, 2009).

Antes da construção do AV, é necessário efetuar uma avaliação dos membros superiores, de modo a identificar qual dos membros tem melhor potencial, património vascular adequado, para construir a FAV, reduzindo assim, os fatores que podem influenciar de forma negativa quer a sua construção, quer o seu posterior desenvolvimento (Sousa, 2009). Pode-se dividir a construção da FAV em quatro fases:

- **Fase Pré-Construção cirúrgica**

Esta fase diz respeito ao planeamento do acesso arteriovenoso, e deve ser iniciado preferencialmente quando a pessoa se encontra no estadio 4 da DRC, após este ter passado por uma consulta de esclarecimento, e ter elegido a HD como TSFR.

Na avaliação inicial da pessoa, será necessário fazer uma boa história clínica, na qual seja possível identificar fatores de risco, que possam interferir negativamente no funcionamento e maturação do futuro AV.

Um fator importante a ter em conta, para eleger o local do futuro AV, é a influência que este terá sobre a construção de futuros acessos (Ibeas et al., 2017). Nesse sentido, antes da criação do AV, deve ser efetuada uma avaliação clínica do património vascular, pelo médico Nefrologista ou enfermeiro, através de um mapeamento cuidadoso das artérias e veias dos membros superiores com recurso ao *eco-doppler* (Inglese, 2022; Kdoqi, 2021). Uma avaliação cuidadosa do património vascular é fundamental, pois permite a seleção dos vasos mais adequados para a construção da FAV, de maneira a que esta seja bem sucedida, evitando assim a falência primária do acesso (Ventura et al., 2022).

Previamente à avaliação com o *eco-doppler*, procede-se a uma avaliação dos membros superiores através do exame físico. Este deve incluir a palpação do pulso, apontando a qualidade dos mesmos incluindo o teste *Allen*, avaliar a avaliação da pressão sanguínea em ambos os membros e a exploração do património vascular com ou sem garrote (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2009).

A equipa de enfermagem e médica, devem estar envolvidas na preservação do património vascular, bem como a própria pessoa. Toda a pessoa com DRC deve ter um plano, desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, da qual o enfermeiro deve ser um elemento imprescindível, que permita preservar os possíveis locais da construção da futura FAV, não deixando que sejam realizadas punções venosas de sangue (Sousa, 2012; Clemente N. Sousa et al., 2014).

Segundo Clemente N. Sousa et al. (2018), desde o diagnóstico da doença, até a construção da FAV, as intervenções de enfermagem devem ser de apoio, e executadas com o objetivo de capacitar a pessoa para o autocuidado e para a sua importância.

- **Fase Cirúrgica**

A FAV é construída através de um ato cirúrgico por um cirurgião vascular, “*é uma ligação construída cirurgicamente entre uma artéria anastomosada a uma veia justaposta, que vai permitir que o sangue arterial de alta pressão flua diretamente para a veia causando o seu alargamento e espessamento da sua parede*” (Iglesias et al., 2016). O aumento do fluxo do sangue no segmento venoso, origina o aumento da pressão na veia o que leva a sua dilatação e conseqüente engrossamento da sua parede. Este processo designa-se de arterialização da veia (Frutuoso & Pereira, 2022).

Na construção do AV, têm-se utilizado diversos tipos de anastomoses em função da forma como se liga a artéria a veia. Para a sua nomenclatura utilizamos como primeiro termo (a artéria dadora) e o segundo termo (a veia recetora). Basicamente, as anastomoses reduzem-se a quatro tipos: anastomose latero-lateral (descrita originalmente por Brescia-Cimino, mas que atualmente não se utiliza, devido a distintas complicações hemodinâmicas; latero-terminal (a mais utilizada); término-terminal (utiliza-se em poucas ocasiões e com vasos que anatomicamente estejam muito distantes); e a término-lateral (igual a anterior) (Álvarez & Cercós, 2010).

- **Fase pós-construção Cirúrgica.**

Segundo Sousa (2012), as primeiras 48h devem incidir no despiste de complicações isquémicas imediatas, nos cuidados da ferida operatória, na avaliação do funcionamento da FAV, na sua conservação e no ensino do enfermeiro ao doente sobre o autocuidado.

Os problemas com os AV são a principal causa de hospitalizações e de morbilidade das pessoas com IRCT, sendo responsáveis por uma elevada percentagem de internamento e custos associados (Besarab & Brouwer, 2004; Iglesias et al., 2016).

A construção da FAV, não esta isenta de complicações, existem várias complicações associadas a alterações hemodinâmicas do fluxo, que podem comprometer o funcionamento e/ou a durabilidade da FAV, como: síndrome de hipoperfusão distal isquémico (com ou sem lesão arterial anatómica ou arteriosclerose), síndrome de

hipertensão venosa (que habitualmente esta associada à presença de estenose ou obstrução proximal) e o desenvolvimento de aneurismas (Sousa, 2009).

O mesmo autor refere, que nesta fase devem ser ensinados os cuidados a ter com o penso cirúrgico, capacitar sobre a funcionalidade do acesso, avaliando o frémito e o pulso, através do exame físico (observar, palpar e auscultar), detetar o mais precocemente possível complicações que o acesso possa apresentar (deve reconhecer sinais e sintomas de infeção, trombose, alterações da coloração e temperatura). Uma deteção precoce das complicações do acesso, é crucial para que se possa intervir atempadamente e recuperar o acesso.

O utente deve ser incentivado a mobilizar do membro onde foi construído o acesso nas primeiras 24 a 48 horas, de modo a favorecer a circulação de retorno e evitar o aparecimento de edema (Sousa, 2012; Clemente N. Sousa et al., 2014).

Devem ser ainda, efetuados ensinamentos a pessoa para que esta não permita a colheita de sangue, e avaliação da tensão arterial no membro onde foi construída a FAV, assim como evitar dormir sobre o mesmo (Sousa, 2012b; Sousa, Apóstolo, et al., 2014a).

O primeiro controlo em ambulatório deve ser feito sete dias após a intervenção (Ibeas et al., 2017).

- **Fase Maturação**

Desde a construção da FAV, até a primeira punção, a rede vascular da pessoa sofre uma série de alterações, nomeadamente, dilatação, aumento do calibre e engrossamento das paredes das veias devido ao processo de arterialização. Os vasos envolvidos na construção da FAV, sofrem um rápido processo de remodelação vascular. Este período é designado como período de maturação. A fase de maturação corresponde ao período que decorre desde as 48 horas após a construção cirúrgica da FAV, até a primeira punção (Frutuoso & Pereira, 2022; Sousa, 2012, 2014a).

O aumento do fluxo, do diâmetro e da espessura da parede que decorre durante este período, têm como objetivo futuro, suportar as punções repetidas e permitir um débito adequado para que a HD seja eficiente (Frutuoso & Pereira, 2022).

Uma maturação insuficiente da FAV, pode aumentar a incidência de complicações relacionadas com a sua punção (hematomas e trombose), e reduzir a sua sobrevivência. Uma FAV pouco desenvolvida no momento da primeira punção pode obrigar a colocação de um CVC no utente, para que este possa iniciar HD. Assim, é importante que se estabeleçam estratégias que favoreçam o processo de maturação, para que a FAV seja punçionável no momento oportuno (Frutuoso & Pereira, 2022).

A falta de maturação da FAV relaciona-se com: dilatação insuficiente da artéria (comum em pacientes com diabetes em contexto de arteriosclerose avançada e com doença vascular grave); déficit na vasodilatação venosa devido a existência de circulação venosa colateral uma vez que reduzem o fluxo da fistula e diminuem a pressão intraluminal (*shear stress*) responsável pelo seu desenvolvimento (Ibeas et al., 2017).

A FAV deve ser avaliada em dois momentos após a sua construção. A primeira avaliação deve decorrer nas primeiras 2 semanas após a construção, para que se possa detetar e diagnosticar complicações decorrentes da intervenção cirúrgica. A segunda avaliação, deve acontecer entre as 4 a 6 semanas após o procedimento, no qual será possível determinar o grau de maturação da FAV e eventuais causas de maturação inadequada (Frutuoso & Pereira, 2022).

Grande parte dos problemas que podem condicionar a não maturação do acesso, podem ser detetados através de um exame físico adequado e cuidadoso, esta avaliação deve ser feita de uma forma sistemática e correta, utilizando a inspeção/observação, palpação e auscultação do acesso, sendo que este pode ocorrer em todas as ocasiões, para que seja detetado a presença de edema no local, infeção, hematoma e a presença de estenose (Frutuoso & Pereira, 2022; Vale et al., 2011).

A avaliação física, deve complementada com uma avaliação com o *eco-doppler*, para que seja detetada qualquer disfunção precocemente, de modo a que esta possa ser

corrigida através de uma angioplastia ou de uma cirurgia antes da trombose ou perda do acesso (Molina Mejías et al., 2017).

A FAV sem uma maturação adequada, têm por norma subjacentes problemas corrigíveis, cuja identificação precoce é essencial. Muitas podem ser as causas para a não maturação adequada do acesso, e que podem estar relacionadas com as características da pessoa, tipologia do acesso vascular, técnica e experiência do cirurgião e problemas anatómicos, sejam lesões vasculares existentes pré construção ou adquiridas durante ou após a sua construção (Frutuoso & Pereira, 2022).

Uma FAV pode se considerar desenvolvida, pronta para ser puncionada, quando apresenta um risco mínimo de infiltração, e apresenta um fluxo sanguíneo adequado durante todo o tratamento de HD. Cerca de 20 a 60% das FAV não maturam de uma forma adequada, deste modo, a sua maturação continua a ser um problema importante na população hemodialisada. O envelhecimento desta população e as comorbilidades que lhes estão associadas, não perspetivam melhorias nos *outcomes* (Frutuoso & Pereira, 2022).

O enfermeiro deve ser capaz de identificar uma FAV desenvolvida, pois as tentativas de punção precocemente podem causar infiltrações, hematomas e levar a compressão do vaso arterializado consequentemente a sua perda. A FAV maturada deve atender as características da regra dos 6: fluxo superior a 600ml/min, diâmetro de pelo menos 6mm, profundidade não superior a 6mm. Embora estes critérios sejam os que mais se correlacionam com uma maturação adequada, um tempo de maturação de 6 semanas, e um segmento puncionável superior a 6 cm são igualmente recomendáveis, para que futuramente seja possível fazer bipunção da FAV com o menor risco de complicações e de recirculação do acesso (Frutuoso & Pereira, 2022; Lok et al., 2020; Vale et al., 2011).

## **1.4 - O ENFERMEIRO E A EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO A PESSOA COM FAV**

Os primeiros enfermeiros nas unidades de diálise surgiram na década de 60. Embora estes já se encontrassem envolvidos no tratamento de pessoas com falência renal desde o início do século XX, o seu foco era essencialmente os cuidados dirigidos ao alívio da sintomatologia do síndrome urémico. A doença renal era considerada uma doença terminal, sendo os cuidados prestados a estas pessoas, uma espécie de cuidados paliativos (Bevan, 1998).

Com a difusão da HD, começam a parecer os enfermeiros de diálise. Nesta época, a função do enfermeiro era o de assistente do médico, e resumia-se a preparar o monitor e vigiar o tratamento (Bevan, 1998).

Os avanços tecnológicos, levaram a que a HD se torna-se um tratamento cada vez mais eficaz, o que originou a sua generalização, levando a que o enfermeiro começa-se a desenvolver um papel de destaque entre os profissionais de saúde, no que concerne ao tratamento dialítico, o desígnio deste era prestar cuidados à pessoa com IRCT em programa de HD (Bevan, 1998; Sousa, 2009).

A prática do cuidar de enfermagem à pessoa com IRCT em HD, foi amplamente influenciado pelo modelo biomédico, que se caracteriza por considerar essencialmente os fatores biológicos, como a etiologia da doença, o que vai determinar o tratamento, tendo por base a visão tradicional da medicina. Os cuidados a pessoa IRCT centram-se assim na doença, e todos os saberes, são orientados e organizados em várias tarefas prescritas pelo médico para investigar, tratar e vigiar a doença (Sousa, 2009).

Os cuidados de enfermagem a pessoa com IRCT, desenvolveram-se em paralelo com o desenvolvimento tecnológico, estando o seu foco, na preparação do monitor de HD, e organizado em torno de tarefas prescritas pelo médico, através da aplicação de procedimentos técnicos e terapêuticos, que tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento da doença, assumindo o enfermeiro o papel de “*técnico-do-tratamento-de-diálise*”. Deste modo os cuidados de enfermagem estão muitas vezes desintegrados do

todo o contexto de vida do utente, não valorizando a visão da pessoa como um todo (Collière, 1999; Sousa, 2009).

Segundo Costa (1999), os enfermeiros dão demasiada ênfase aos atos de natureza técnica, pois estes são como que geradores de um *status*, ao contrário dos atos de natureza relacional, que não são visíveis, logo não são tão relevantes do seu ponto de vista.

O modelo biomédico continua a inspirar até aos dias de hoje, a prática do cuidar em enfermagem da pessoa em HD, perpetuando-se nas unidades de diálise, centrando-se na realização de tarefas, sendo o enfermeiro *“mero e escasso executante de uma técnica, em que limitamos a reproduzir, quais robots, uma tarefa programada e transmitida por outrem, descurando, por vezes, a estrutura psicológica em que o doente se insere, no fundo a sua componente humana, executam as que dependem da prescrição médica ou as funções dependentes, seguindo tecnicamente um plano de diálise”* (Dias, 1993; Sousa, 2009).

De acordo com Dias (1993), os enfermeiros não se devem limitar a ser bons profissionais de uma técnica ou de tarefas a cumprir, devem investir em atividades autónomas de enfermagem.

A existência desta filosofia de cuidados a pessoa com DRC, centrados na doença e no tratamento de HD, tem implicado resultados clínicos subóptimos e elevados custos para a sociedade (Rastogi et al., 2008; Sousa, 2009).

Atualmente, o cuidar é reconhecido como a essência da enfermagem. Segundo Moniz (2003) a enfermagem sustenta a sua prática num modelo de cuidar holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a valorização da experiência única da pessoa.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) ao referir-se aos cuidados de enfermagem, salienta que o enfoque na pessoa deve ser a individualidade, os cuidados de enfermagem tomam assim por foco a atenção e a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE, 2001).

Embora a componente técnica seja essencial, para executar tratamentos aos pessoas com IRTC de forma segura e eficaz, esta não é de todo suficiente, o objetivo central dos cuidados de enfermagem não deve ser apenas a eficácia do tratamento, é essencial juntar a esta prática, a prática do cuidar, que valoriza a comunicação e a relação terapêutica (Sousa, 2009).

No que concerne ao cuidar a pessoa com IRCT, o enfermeiro de nefrologia deve integrar, equilibrar e harmonizar uma variedade de temáticas, não devendo limitar as suas intervenções a aplicação de técnicas, deve desenvolver estratégias de promoção para a saúde que visem o cuidar. Assim, é importante que o enfermeiro conjugue os cuidados técnicos do tratamento de HD, e os cuidados físicos, direcionando a prática do cuidar para a pessoa com IRTC com FAV, centrando deste modo os cuidados na pessoa. A prestação de cuidados de enfermagem dirigidos as pessoas com FAV devem ser centradas numa perspetiva do cuidar e não apenas do tratar (Sousa, 2009).

De acordo com o regulamento da competências comuns do enfermeiro especialista, especialista é o enfermeiro *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Diário da República, 2019).

Tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica, requerem a conceção, implementação e respetiva avaliação dos planos de intervenção realizados para dar resposta as necessidades identificadas das pessoas/família/cuidadores, ao seu cuidado. Com vista a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que requerem meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, de modo a prevenir complicações e eventos adversos o enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica deve utilizar nos seus contextos de ação a promoção para a saúde e a prevenção da doença. Deve desenvolver a sua prática baseada nas mais recentes evidências,

orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Neste sentido constituem competências do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos de correntes de doença aguda ou crónica;

- Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e / ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e / ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

O foco do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente nefrológica, deve ser incidir na identificação das necessidades das pessoas com doença crónica ou aguda incapacitante e terminal, a sua família e cuidadores; promover intervenções junto destes através do estabelecimentos de uma relação terapêutica; construir, dirigir e avaliar os planos implementados para melhoria dos cuidados para que estes sejam efetivos, seguros e equitativos; usar metodologia de investigação baseada na evidencia científica e colaborar na partilha de conhecimento com os pares, numa dinâmica de aprendizagem.

Segundo Moniz (2003), a enfermagem deve sustentar a sua prática num modelo de cuidar holístico, subjetivo interativo, humanista e orientado para a valorização da experiência única de cada pessoa.

#### **1.4.1 Papel do enfermeiro na promoção do autocuidado à pessoa com FAV**

Cuidar tem implícito na sua génese, uma visão holística, uma visão global da pessoa, visão esta que permite ao enfermeiro "ultrapassar a simples execução de prescrições médicas, (re)valorizando as atividades de manutenção da vida e a relação

enfermeiro/doente, considerando cada pessoa diferente e única, o que exige cuidados diferentes e específicos”, alargando o seu leque de competências (Augusto et al., 2004).

Os enfermeiros, devem promover a educação da pessoa, de modo que esta consiga lidar e viver com os novos desafios de saúde, “os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir o papel de pivot no contexto da equipa” (OE, 2011). Deve ser desenvolvida uma relação terapêutica, baseada na parceria entre a pessoa e o enfermeiro, relação essa, que se vai fortalecendo ao longo de todo o processo, que se quer dinâmico, e que tem como objetivo, envolver a pessoa e a família de uma forma ativa no seu projeto de saúde (Sousa et al., 2022).

O cuidar a pessoa com FAV, deve ter na sua base a relação interpessoal, tendo como objetivo principal, o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado.

O autocuidado é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como: *“uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (Cipe, 2011).

De acordo com Queirós (2010), o autocuidado é universal, não se restringe as atividades diárias, nem as atividades instrumentais, abrange todos os aspetos vivenciais.

Petronilho (2010) afirma que a capacidade da pessoa para a prática do autocuidado está diretamente relacionada com fatores intrínsecos tais como: a idade, o sexo, as crenças e valores pessoais, o estado de desenvolvimento, a condição de saúde, a orientação sociocultural, a satisfação com a vida, as experiências anteriores, a autoestima, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva; e com fatores extrínsecos a pessoa, como por exemplo as condições ambientais, os recursos familiares, financeiros e da comunidade disponíveis.

Orem (1993) define autocuidado como uma função humana reguladora em que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios, ou ter alguém que execute por eles, no sentido de preservar a vida, o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento. Esta função é

aprendida e executada continuamente, de acordo com as necessidades do próprio indivíduo. Segundo a mesma autora, a competência para o autocuidado, é a competência que uma pessoa desenvolve, de modo a identificar os fatores que devem ser controlados e geridos, de forma a regular o seu próprio funcionamento e a promover o seu desenvolvimento, ao longo do tempo. O autocuidado, enquanto função humana reguladora, é diferente dos outros tipos de regulação do funcionamento e desenvolvimento humano, porque este tem de ser apreendido e executado continuamente, pelo que o autocuidado não é uma capacidade inata, é adquirida ao longo da vida. Os indivíduos adultos e saudáveis têm a capacidade de se autocuidar, mas esta capacidade pode ficar comprometida por motivos de doença, mau funcionamento físico ou mental, falta de recursos, fatores ambientais. A pessoa deixa de ter capacidade de se autocuidar, limita o que pode fazer por si, necessitando de ajuda para a realização do autocuidado, ajuda essa que pode advir de familiares, vizinhos, pessoas amigas ou dos profissionais de enfermagem (Pereira, 2018).

A teoria de Enfermagem do Défice de autocuidado, de Orem (1993), é uma teoria geral que é constituída por outras três teorias que estão interrelacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, que descreve as razões que levam as pessoas a cuidarem de si próprias; a Teoria do Défice do Autocuidado, que explica porque devem as pessoas ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que explica as relações que têm de ser mantidas para que se construa a enfermagem.

Para a autora, existe a necessidade de requisitos de autocuidado, que são agrupados em três categorias: universais; desenvolvimento e desvio de saúde. Os universais são comuns a todas as pessoas, dizem respeito as necessidades humanas básicas, com o intuito de manter a saúde. Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde, referem-se á situação de doença, sendo, portanto, debilidades que o indivíduo por doença, incapacidade ou tratamento, não conseguem satisfazer as suas necessidades de autocuidado. Para colmatar este défice, Orem (1993), identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente);

proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer exigências atuais e futuras; educar o outro.

Através da prática destes métodos, o enfermeiro possibilita a adesão da pessoa a condutas preventivas e terapêuticas, tornando-se agente de autocuidado.

Tendo como referência, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, podemos delinear uma perspectiva segundo a qual, é possível promover o autocuidado a pessoa com IRCT com FAV, esta deve ser incentivada a utilizar o seu potencial, para o desenvolvimento pessoal e aumentar a sua responsabilidade com a saúde e bem-estar. Esta teoria foca-se na promoção e recuperação do autocuidado, sendo um comportamento aprendido pela própria pessoa. Assim, ao desenvolver comportamentos de autocuidado dirigidos à FAV, esta irá realizá-los com o intuito de evitar complicações e melhorar a qualidade de vida, tornando-se agente ativo do autocuidado, desenvolvendo um conjunto de capacidades cognitivas, de perceção, memória, e valores que lhe permitem identificar as necessidades de autocuidado (Lukkarinen & Hentinen, 1997; Sousa, 2009).

No que se refere, aos requisitos universais de autocuidado na pessoa IRCT, com, ou que, irá construir uma FAV, estes encontram-se relacionados com comportamentos que visem a prevenção de riscos, como infeções/trombose do acesso e da promoção da autonomia. É através do comportamento de autocuidado, que a pessoa desenvolve o seu potencial para viver com FAV e prevenir complicações. Pode-se considerar, que uma pessoa que esteja à espera de construir, ou que já construiu uma FAV, e que tenha conhecimentos dos cuidados que deverá ter com o seu acesso, desenvolverá comportamentos de autocuidado que envolvam a prevenção de infeção e trombose. O desenvolvimento de comportamentos de autocuidado possibilita um conjunto de competências, que permitem a aquisição de habilidades, por parte da pessoa, que lhe permitem identificar e evitar situações suscetíveis de disfunção da FAV (Horsburgh, 1999; Sousa, 2009; Sousa, 2012).

O déficit no autocuidado surge quando a pessoa, quer por incapacidade, limitações, ausência/inadequação do conhecimento, ou dificuldade em reconhecer as

necessidades os requisitos de autocuidado, não consegue satisfazer as necessidades de autocuidado relacionados com a FAV, originando um desequilíbrio entre as necessidades de pessoa satisfazer os requisitos do autocuidado e a capacidade de efetuar o autocuidado (Orem, 1993; Sousa, 2009).

De acordo com as *Guidelines for Vascular Access* (Kdoqi, 2021), a pessoa, deve ser educada a cuidar do seu acesso vascular. A *European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association* (ERA/EDTA), por seu lado descreve a função do enfermeiro como o de, assistir a pessoa e a sua família na adaptação à DRCT, estimulando a sua capacidade de autocuidado, e ajudando-os a alcançar um nível de bem estar e independência dentro do tratamento e da sociedade. Deste modo, o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver estratégias de educação que visem a promoção de comportamentos de autocuidado pela pessoa, incluindo sempre que possível e desejável a família, podendo esta ser um elemento facilitador quer na aquisição de comportamentos de autocuidado, quer na aquisição de conhecimentos (Sousa et al., 2022).

Alguns estudos têm evidenciado, os contributos que o enfermeiro tem não só, na identificação de problemas e complicações que possam comprometer o acesso vascular, como também na realização de programas de educação para a saúde orientados para os cuidados com a FAV (Pile, 2004; Young et al., 2002).

Os mesmos autores, afirmam que “o enfermeiro tem uma posição privilegiada na promoção do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, através da informação que fornece a pessoa, com o intuito de a incentivar a utilizar o seu potencial de aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos”.

Ao promover comportamentos de autocuidado, o enfermeiro está a motivar a pessoa a adquirir conhecimentos, capacidades e competência relacionada com a doença e o tratamento, preparando desta forma, a pessoa física e mentalmente para o início do tratamento (Horsburgh, 1999). A pessoa passa a ser um agente ativo e participativo no seu processo de doença, e não um elemento isolado.

É importante que a informação prestada à pessoa, sobre o autocuidado à FAV, seja dada de uma forma estruturada, sistemática e de acordo com o estadió da doença (Costa Pessoa et al., 2020; Sousa, 2012).

Num estudo prospetivo sobre a eficácia da implementação de uma intervenção educativa estruturada, sobre os conteúdos gerais da DRC, Costa Pessoa et al. (2020) e Sousa (2012), observaram uma melhoria significativa não só na frequência dos comportamentos de autocuidado, como ao nível do bem-estar da pessoa com DRC. Verificaram ainda que, os participantes mantinham uma frequência de comportamentos de autocuidado superior a que tinham antes da implementação da intervenção.

No mesmo sentido, Trépanier et al. (2014), consideram que o desenvolvimento e implementação de planos de educação sobre o autocuidado com a FAV, tem um impacto positivo na sobrevida do acesso vascular.

A educação para a aquisição de comportamentos de autocuidado a FAV, deve ser iniciada antes da construção do acesso e deve prolongar-se até ao início do tratamento hemodialítico. De acordo com (Sousa, 2012), os cuidados a pessoa com DRC variam de acordo com o estadió da doença, e abrangem duas dimensões: a capacitação para o autocuidado e a vigilância do acesso. A capacitação para o autocuidado tem como objetivo, promover o potencial da pessoa com DRC para o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com a FAV, esta área abrange quatro dimensões definidas temporalmente em função do estadió da DRCT. O termo dimensão é definido aqui, como um conjunto de cuidados de enfermagem, a serem prestados num determinado período à pessoa com FAV, para promover comportamentos de autocuidado. Tendo por base o processo de construção da FAV, e as duas dimensões, os cuidados podem ser divididos em:

- **Cuidados antecipatórios na preparação da fistula arteriovenosa:** Corresponde ao período que decorre desde o Diagnóstico da IRCT até a construção da FAV. Nesta dimensão, pretende-se que o enfermeiro desenvolva ações no âmbito do educar, orientar e explicar, com o objetivo de desenvolver comportamentos de

autocuidado para a preservar a rede vascular. Evitando as punções venosas no local de possível construção da FAV, e proporcionar informações e explicações sobre o que é uma FAV e a sua importância.

- **Cuidados nas 48h após a construção da FAV:** esta dimensão corresponde ao período de 48 horas que decorre logo após a sua construção. As intervenções de enfermagem neste período, relacionam-se com o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, que orientem para a aquisição de habilidades pela pessoa, de modo a evitar ou detetar precocemente trombose/disfunção da FAV. É fundamental que se transmita de uma forma concisa, clara e adequada os procedimentos que esta deve fazer no domicílio. A educação deve ser orientada para os seguintes aspetos: cuidados com o penso e preservar a funcionalidade do acesso.

Relativamente aos comportamentos de autocuidado direcionados a preservação da funcionalidade do acesso, a pessoa deve ser educada: a efetuar a elevação do braço da FAV; manter o membro em extensão, ao caminhar mobilizar suavemente o braço da FAV nas primeiras 24-48h para favorecer o retorno venoso e evitar o edema, evitar movimentos bruscos para não causar nenhuma hemorragia, proteger o braço de situações que podem causar infeção, não permitir colheitas de sangue e avaliação da tensão arterial no braço da FAV, não dormir sobre o braço da FAV, não carregar pesos com o braço da FAV, evitar usar roupas apertadas, evitar o uso de relógio e pulseiras no braço da FAV e evitar lesões no braço da FAV. No que concerne ao autocuidado com o penso, a educação deve passar por informar a pessoa que deve manter o penso da sutura seco e não remover. Quanto a funcionalidade o enfermeiro deve educar a pessoa a avaliar regularmente (pelo menos duas vezes dia) o frémio da FAV através da palpação.

Em relação ao autocuidado direcionado à deteção precoce de complicações, o enfermeiro deve educar a pessoa a: verificar se há arrefecimento e alterações da cor na mão do braço da FAV, reconhecer sinais e sintomas de infeção e trombose da FAV.

- **Cuidados específicos com o processo de maturação da FAV:** Esta dimensão corresponde ao período desde as 48h pós construção, até à primeira punção. Neste período o enfermeiro fomenta o desenvolvimento de um conjunto de ações e cuidados, com o intuito de favorecer o desenvolvimento e maturação da FAV, reforçando a importância de manter alguns cuidados ensinados anteriormente como: proteger o braço de situações que podem causar infeção, não permitir colheitas de sangue e avaliação da tensão arterial no braço da FAV, não dormir sobre o braço da FAV, não carregar pesos com o braço da FAV, evitar usar roupas apertadas, evitar o uso de relógio e pulseiras no braço da FAV e evitar lesões no braço da FAV, a avaliar regularmente (pelo menos duas vezes dia) o frémito da FAV através da palpação.
- **Cuidados específicos em programa regular de hemodiálise:** esta dimensão corresponde ao período entre a primeira punção até a trombose da FAV. Aqui as intervenções de enfermagem são orientadas à manutenção do acesso vasculares nas melhores condições possíveis.

Estas quatro dimensões permitem a elaboração de uma filosofia educacional, que promova o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado na pessoa com FAV com DRCT, através do desenvolvimento de ações de enfermagem no âmbito do educar, orientar, descrever e explicar. Neste sentido, o enfermeiro é considerado um pilar central e de extrema importância na manutenção da qualidade do acesso (Sousa, 2012).

Em 2012, Sousa (2012) desenvolveu uma estrutura orientadora das práticas clínicas que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro à pessoa com FAV, apresentando uma perspetiva geral dos cuidados dirigidos à pessoa com FAV, integrando as áreas da preparação, desenvolvimento e manutenção da FAV.

O mesmo autor, desenvolveu ainda um conjunto de instrumentos de avaliação de comportamentos de autocuidado com a Fistula Arteriovenosa, sendo estes, *Assessment of Self-Care Behaviors Anticipatory Construction of Arteriovenous Fistula (ASBAC–*

AVF) e *Assessment of Self-Care Behaviors with Arteriovenous Fistula in Hemodialysis* (ASBHD-AVF) (Sousa, 2014) e Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período de Maturação da Fístula Arteriovenosa ” (ECAPM-FAV) (Sousa, 2014).

Torna-se assim essencial, durante as diversas dimensões do processo, dotar a pessoa com FAV de competências de autocuidado com o seu acesso, de forma a evitar ou identificar possíveis complicações o mais precocemente possível, salvaguardando a sua falência, e conseqüentemente a construção de um novo acesso vascular, e tudo o que lhe esta inerente.

Os programas educacionais dirigidos as pessoa com DRC, devem ser estruturados, contínuos, multidisciplinares e sobretudo direcionados e adaptados às necessidade da pessoa (Clemente N. Sousa et al., 2014). No mesmo sentido, Wingard (2005) defende que para que os resultados desejados sejam alcançados, as metas dos programas educacionais devem ser orientados no sentido das necessidades das pessoas, e devem ter em conta potenciais barreiras, como por exemplo, défices de aprendizagem, perceção da pessoa da necessidade de aprendizagem, condição física e bem-estar, níveis de ansiedade e condições associadas á organização e estruturação de todo o processo.

Visto a reconhecida importância do autocuidado com a FAV na morbidade e mortalidade da pessoa com DRC, e a parca existência de conhecimento científico relativo ao autocuidado das pessoas com DRCT com FAV em maturação, esta dissertação propõe-se a identificar e analisar o nível de conhecimento e o perfil de comportamentos de autocuidado desta amostra específica.

## CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

## 1 – METODOLOGIA

A maneira como adquirimos novos conhecimentos, com o objetivo de crescimento profissional e pessoal, surgem de questões/problemáticas com os quais nos deparamos no nosso contexto profissional e da investigação sistemática que devemos fazer de forma sistemática ao longo da nossa vida profissional. Desta forma, a investigação é uma das formas de aquisição de conhecimento com base científica e melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem.

Esta investigação partiu da seguinte questão de investigação: “Quais os conhecimentos e perfil de comportamentos de autocuidado da pessoa com DRCT com a sua FAV em maturação”.

De forma a dar resposta a esta problemática, e após uma pesquisa e revisão bibliográfica formulou-se o seguinte objetivo:

- Identificar o nível de conhecimentos assumido pelas pessoas com DRCT relativamente ao autocuidado com sua FAV em maturação.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Conhecer a caracterização da amostra com DRCT, portadora de FAV em maturação: a nível das variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimentos.
- Identificar o nível de conhecimentos assumido pelas pessoas com DRCT relativamente ao autocuidado com sua FAV em maturação;
- Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos das pessoas com DRCT relativamente ao autocuidado a sua FAV em maturação;
- Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o nível de conhecimento das pessoas com DRCT com a sua FAV em maturação;

- Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e o perfil de comportamentos de autocuidado das pessoas com DRCT com a sua FAV em maturação;
- Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o autocuidado das pessoas com DRCT com as sua FAV em maturação;
- Analisar a relação estatística entre o nível de conhecimentos e o nível de comportamentos das pessoas com DRCT com a sua FAV em maturação.

O estudo desta temática parte não só de um interesse pessoal, como pretende de alguma maneira, contribuir com novos conhecimentos para os enfermeiros que trabalham diariamente com pessoas com DRC e IRCT, de modo a colmatar algumas fragilidades que possam existir na sua intervenção no que se refere a intervenção educativa tendo em vista a melhoria dos cuidados.

### **1.1 – Tipo de estudo**

Para dar procedimento aos objetivos traçados, foi elaborado um estudo quantitativo, transversal-analítico e correlacional.

### **1.2 – População e Amostra**

A população deste estudo, e no que diz respeito ao portador de FAV em maturação, abrange uma população global difícil de calcular, partindo de estudo recente sobre pessoas com DRC (Vinhas et al., 2020), obtém-se uma taxa de incidência de 20.9% de pessoas com DRC entre o estadio 3 e 5, todavia, seria pouco provável que este período transitório, pudesse ser estimado de forma concisa e estável no tempo.

A amostra em estudo, diz respeito as pessoas com DRCT portadores de FAV em maturação, seguidos na consulta de Nefrologia ou na consulta de Acessos Vasculares, de dois hospitais da zona norte de Portugal. A amostra foi do tipo não probabilístico, acidental ou por conveniência.

Para obter a população alvo do estudo definem-se como critérios de inclusão as características que se desejam encontrar na amostra, nomeadamente:

- Ser pessoa com DRCT com FAV em maturação;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Não estar a realizar nenhuma TSFR;
- Aceitar de livre vontade participar no estudo.

O estudo envolveu 50 pessoas com DRCT com FAV em maturação,

### **1.3 – Período de recolha de dados**

A aplicação do questionário à amostra respondente, constituindo-se assim o período da colheita de dados, entre os meses de setembro e dezembro de 2022.

### **1.4 – Instrumento de recolha de dados**

A seleção do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), partiu da verificação de que não havia outro para a população portuguesa, e originalmente criado por um enfermeiro, para estudar pessoas/utentes exatamente neste contexto. Todavia, partiu-se da análise do conteúdo dos objetivos traçados para esta investigação, respetivas variável e da população a ser estudada.

Assim, o IRD (ANEXO A), utilizado no estudo, foi construído e formulado para a realização desta investigação, sendo o seu conteúdo baseado nas variáveis que emergiram do construto teórico, sendo que em produto final, é constituído por três partes:

- A primeira parte: questionário orientado para a caracterização de variáveis sociodemográficas da pessoa com DRCT com FAV em maturação: idade, género, grau de escolaridade, situação profissional, rendimentos e qualidade de vida.
- A segunda parte: questionário orientado para a caracterização das variáveis clínicas e o nível de conhecimento da pessoa com DRCT com FAV em maturação: tempo de diagnóstico DRCT, existência de outras patologias, seguimento médico, tempo de construção da FAV, existência de FAV's anteriores, consulta de esclarecimento, conhecimento sobre autocuidado a FAV em maturação.

- A terceira parte coincide com aplicação da “Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período Maturação da Fístula Arteriovenosa” (ECAPM-FAV) (Sousa, 2014), com resposta pontuada numa escala tipo *Likert* de 5 valores, em que 1=Nunca, 2=Raramente, 3=Às vezes, 4=Muitas Vezes e 5=Sempre.

A ECAPM-FAV é composta por dois domínios ou subescalas: A subescala Gestão de sinais e sintomas (SEGSS) que avalia os comportamentos de autocuidado que a pessoa desempenha de modo a reconhecer alterações no funcionamento da FAV. É constituída pelos itens 3<sup>1</sup>,6<sup>2</sup>,12,13<sup>2</sup>.

- A subescala Prevenção de Complicações (SEPC) que agrupa itens associados aos comportamentos de autocuidado para prevenir ou detetar complicações na FAV. É constituída pelos itens 8,7,5,4,9<sup>2</sup>,1,14,15,2,10.
- A interpretação dos resultados da escala é feita através da soma da pontuação das respostas dadas. Prevê-se que quanto maior a pontuação obtida, mais adequados serão os comportamentos de autocuidado da FAV em maturação. O *score* global sobre comportamentos de autocuidado com a FAV em período de maturação é produzido a partir de um conjunto de 14 itens distribuídos pelos dois domínios.

Os resultados encontram-se organizados de modo a permitirem gerar um *score* global da ECAPM-FAV e por domínios. Para permitir a comparabilidade entre as mesmas, uma vez que o número de itens difere nas duas subescalas, os *scores* foram linearmente transformados em intervalos entre 1 e 100%.

Neste sentido, a valores médios mais elevados correspondem melhores comportamentos de autocuidado com a FAV seguindo o mesmo sentido as suas subescalas, que serão calculadas através das fórmulas que se encontram na (Tabela 2).

---

<sup>1</sup> Itens que foram alvo de recodificação.

É importante referir que a escala ECAPM-FAV ainda se encontra em processo de validação científica pelos pares, pelo que todos os resultados obtidos deverão ser interpretados com as devidas reservas e como elementos de contribuição para a sua consolidação científica entre pares.

Tabela 2 - Fórmula de cálculo da escala ECAPM-FAV e das respetivas subescalas.

<p>Escala Geral- todos os itens com ECAPC_FAV – 14 itens</p>	$\text{Geral (Global)} = \frac{\sum n \text{ itens} - 14}{56} \times 100$
<p>1-Sub-escala Gestão de Sinais e Sintomas – 3, 6, 12, 13</p>	$\text{SEGSS} = \frac{\sum n \text{ itens} - 4}{16} \times 100$
<p>2-Sub-escala Prevenção de Complicações – 8, 7, 5, 4, 9, 1, 14, 15, 2, 10</p>	$\text{SEPC} = \frac{\sum n \text{ itens} - 10}{40} \times 100$

### 1.5 – Procedimentos de recolha de dados

Numa primeira fase, após aprovação da comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Bragança, foi solicitada autorização junto das comissões de ética das respetivas unidades hospitalares, para a aplicação dos questionários.

Após o parecer favorável das comissões de ética dos dois hospitais da zona Norte procedeu-se a aplicação dos questionários as pessoas com FAV em período de maturação.

Nesta fase a investigadora, depois de se identificar, explicou o motivo e o objetivo do estudo, de modo a obter o respetivo consentimento informado do utente, para que pudesse ser possível a sua inclusão no estudo e aplicação do questionário.

De ressaltar que, durante o preenchimento do questionário não existe qualquer elemento que possa ser passível de identificar o doente, nomeadamente nome, morada ou contacto telefónico.

Antes da aplicação do questionário, procedeu-se a avaliação da capacidade cognitiva através da aplicação de um Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens, adaptada

e validada para Portugal (Apóstolo et al., 2018), este teste é uma ferramenta de triagem cognitiva que pode ser facilmente aplicada a pessoas mais idosas. É composto por seis perguntas simples, não-culturais e que não requerem interpretação complexa, com tempo de resposta estimado de cinco minutos. Com recurso a um sistema de pontuação inversa, os resultados podem assumir valores de 0 a 28.

A aplicação do teste consiste num conjunto de questões efetuadas tais como: *Em que ano estamos?* a resposta dada deve ser o ano exato. Se a pessoa errar, deve-se atribuir 1 ponto e depois multiplicar por 4, obtendo uma pontuação total de 4. O resultado só poderá ser 0 ou 4; *Em que mês estamos?* a resposta tem de ser o mês exato. Se a pessoa errar, deverá ser atribuído 1 ponto e, depois, multiplicá-lo por 3, obtendo assim uma pontuação total de 3. O resultado só poderá ser 0 ou 3; *Pedir à pessoa para memorizar uma frase com 5 elementos*, esta frase deve ser repetida 3 vezes; *Que horas são?* trata-se de um teste de orientação pelo que é importante que a pessoa não veja as horas pelo seu relógio ou outro relógio. A resposta dada a esta questão tem uma margem de erro de 1 hora. A resposta é considerada correta se se situar dentro destes limites, sendo a pontuação igual a 0. Se a sua resposta se situar fora desta margem, mesmo que por poucos minutos, atribui-se 1 ponto. Multiplica-se este resultado por 3, obtendo uma pontuação total de 3. O resultado só poderá ser 0 ou 3; *Conte em ordem inversa de 20 para 1*; existem três pontuações possíveis para esta questão: a pessoa não comete nenhum erro: 0 pontos x 2 de ponderação = 0, a pessoa comete 1 erro : 1 ponto x 2 de ponderação = 2, a pessoa comete 2 ou mais erros : 2 pontos x 2 de ponderação = 4; *Diga os meses na ordem inversa e repita a frase com endereço/morada*, esta questão é pontuada do mesmo modo que a pergunta dos meses. A pontuação é obtida pela soma de *scores*, sendo a pontuação máxima de 28. Uma pontuação de 0-10 indica normalidade ou diminuição ligeira, 11-28 indica diminuição de moderada a grave. (ANEXO D).

Por último, com os dados recolhidos, foi construída uma base de dados para tratamento de todas as variáveis pré-configuradas.

## **1.6 – Variáveis do estudo e operacionalização**

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação sendo que podem assumir diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças (Fortin, 1999).

Neste estudo identificamos como variável dependente o conhecimento e comportamento que as pessoas DRCT têm relativamente ao autocuidado à sua FAV em maturação. Para se operacionalizar esta variável, aplicou-se uma Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período de Maturação da Fístula Arteriovenosa ECAPM-FAV. Neste sentido, a valores médios mais elevados correspondem melhoras comportamentos de autocuidado com a FAV.

Para perceber qual o efeito das variáveis independentes no conhecimento e comportamento que os pessoas DRCT, tem relativamente ao autocuidado da sua FAV em maturação (variável dependente), definiu-se variáveis independentes sociodemográficas - idade, género, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional e qualidade de vida; e variáveis independentes clínicas- tempo de diagnóstico de DRCT, outras patologias, seguimento médico, tempo de construção da FAV, existência de FAV's anteriores, consulta de esclarecimento, conhecimento sobre autocuidado à FAV em maturação.

A operacionalização das variáveis é um processo lógico, com o propósito de desagregar os elementos mais abstratos, nomeadamente os conceitos teóricos, no sentido de concretizar os aspetos práticos da realidade e que representam os indícios da variável, isto é, os seus indicadores, que conseguimos observar, reconhecer, mensurar e avaliar (Reguant Álvarez & Martínez Olmo, 0204).

Neste trabalho torna-se assim, necessário operacionalizar as variáveis independentes pelo que, se procedeu à sua identificação e operacionalização, de forma, a que a recolha de dados, análise e interpretação destes, se simplificasse e fossem analisados, para dar consecução aos objetivos já apresentados.

**Género (Q1):**

Baseado na definição de Ann Oakley (1972) o género obedece a um enquadramento social do indivíduo e não só do fenótipo, isto é, do sexo. Sendo assim define-se género como um conceito criado em contexto social, por meio das suas interações com o outro ou o ambiente que o rodeia, nomeadamente “envolve atributos psicológicos e as aquisições culturais que o homens e a mulher vão incorporando ao longo do processo de formação da sua identidade e que tendem a estar associados aos conceitos de masculinidade e de feminilidade” (Pomar et al., 2012).

Variável qualitativa, nominal politómica operacionalizada através de uma questão fechada com três opções: Masculino, Feminino e outro. Esta última contém uma questão aberta “Qual?” para inferir qual o género com o qual se identifica.

**Idade (Q2):**

É definida como a diferença entre a data do nascimento e a data da obtenção dos dados. Variável qualitativa, ordinal, intervalar operacionalizada através de escalões etários de 10 anos. Foi elaborada uma questão de resposta fechada, obtendo-se assim uma resposta mais concreta, sem necessidade de recodificá-la em classes.

**Estado civil (Q3):**

O estado civil legalmente reconhecido em Portugal compreende as situações de solteiro, casado, viúvo e divorciado. Para um melhor entendimento do utente a opção “União de facto” também foi incluída já que é um regime jurídico frequente em Portugal.

Variável qualitativa nominal, politómica, operacionalizada através de 6 estados civis, solteiro, casado, viúvo, divorciado, união de facto e outro. Esta última opção contém uma questão aberta “Qual?” para inferir qual um outro estado civil que o inquirido possa pensar e/ou deter.

**Grau de escolaridade (Q4):**

No senso comum considera-se habilitação literária ou grau de escolaridade o grau de ensino mais elevado que uma pessoa detém. Como linha orientadora dos diversos escalões considera-se para este estudo o proposto pela direção-geral da administração e do emprego público que considera 14 códigos diferenciadores (DGAEP).

Variável qualitativa ordinal, politómica, operacionalizada através de 6 níveis de escolaridade. Para simplificar e reduzir o número de opções foram agrupadas as 14 habilitações em 5 grupos numa questão fechada: “Nenhum”, “Básico – 1º ciclo”, “Básico – 2º ciclo”, “Básico – 3º ciclo”, “Secundário”, “Ensino Superior”.

**Situação profissional (Q5):**

Considera-se a situação profissional atual a posição que o inquirido ocupa relativamente ao trabalho. Pretende-se com esta variável conhecer a situação profissional atual do inquirido. Variável qualitativa nominal, politómica, operacionalizada através de (uma questão fechada com cinco opções de escolha: “Trabalhador por conta própria”, “Trabalhador por de outrem”, “desempregado”, “Reformado” e “Estudante”).

**Nível de rendimentos (Q6):**

Na sociedade atual pode-se considerar que o nível de rendimentos está associado à qualidade de vida; isto porque quanto maiores forem os rendimentos, mais os utentes têm a possibilidade de contribuir ao consumo e à poupança.

Pelo contrário, com rendimentos escassos ou nulos, as famílias e utentes terão mais dificuldades e não conseguirão satisfazer as suas necessidades materiais e de consumo. Pretende-se com esta variável conhecer o nível de rendimentos atual dos inquiridos.

Variável quantitativa, continua, politómica operacionalizada através de uma questão fechada com sete opções de escolha: “Sem rendimentos próprios”, “Com rendimentos até 250€”, “Com rendimentos entre os 250€ - 530€”, “Com rendimentos

entre os 530€-750”, “Com rendimentos entre os 750€-1000€”, “Com rendimentos entre os 1000€-1500€” e “Com rendimentos superiores a 1500€”.

### **Qualidade de Vida (Q7)**

Esta questão contempla duas sub-questões: “Situação económico financeira” e “Qualidade de vida a nível afetivo”. Relativamente à primeira, considera-se situação económico financeira a percepção de conforto do inquirido face ao que aufere, e em que medida, esse rendimento monetário, lhe condiciona o conforto. Pretende-se com esta variável conhecer a situação económico-financeira”.

Variável qualitativa, nominal, politómica operacionalizada através de uma questão fechada com cinco opções de escolha: “Aufiro o suficiente vencimento a nível monetário para viver em comodidade”, “Aufiro um vencimento largamente superior que me permite viver muito comodamente”, “Não se me oferece qualquer barreira a nível socioeconómico”, “Vivo grandes dificuldades financeiras para chegar ao fim do mês” e “Outro”.

Esta última opção contém uma questão aberta “Qual?” para inferir qual a outra situação económico-financeira que o inquirido detém.

No que concerne à segunda sub-questão, esta pretende avaliar a qualidade de vida a nível afetivo do inquirido. A afetividade é uma dimensão psicológica que se entende pelo “conjunto de emoção e sentimento. Isso significa dizer que a afetividade engloba tanto uma reação do corpo (emoção), como também uma experiência subjetiva (sentimento)” (Pinto, 2007).

Com esta variável pretende-se assim inferir sobre o nível afetivo do inquirido.

Variável qualitativa, nominal, politómica operacionalizada através de uma questão fechada com seis opções: “Tenho recurso/suportes afetivos que me permitem viver em qualidade de vida afetiva”, “Vivo sozinho(a) e sinto “solidão afetiva”, “Vivo em família e sinto solidão afetiva”, “Vivo sozinho(a) e não sinto solidão afetiva”, “Vivo em família e não sinto solidão afetiva” e “Outro”. Esta última opção contém uma questão

aberta “Qual?” para inferir qual o outro nível afetivo na qualidade de vida que o inquirido detém.

As variáveis de caracterização clínica e informativa visam caracterizar a situação clínica e nível de informação dos inquiridos.

#### **Qual a causa da Doença Renal Crónica? (Q8)**

Esta questão visa entender a causa que desencadeou a Doença Renal Crónica Terminal (DRCT). Variável qualitativa, nominal, politómica operacionalizada através de uma questão fechada com sete opções: “Diabetes”, “Hipertensão arterial”, “Causa vascular”, “Rins poliquísticos”, “Doença autoimune”, “Causa infecciosa”, “outra”. Nesta última é solicitado que especifique qual a causa.

#### **Há quanto tempo foi diagnosticado com DRCT? (Q9)**

Esta questão visa entender há quanto tempo o utente foi diagnosticado com DRCT. Variável qualitativa, nominal, dicotómica, operacionalizada através de uma pergunta fechada com duas opções de escolha: “menos de um ano” e “Mais de um ano”.

#### **Há quanto tempo foi contruída a fistula arteriovenosa atual? (Q10)**

Com esta questão pretende-se apurar há quanto tempo foi construída a atual FAV. Variável quantitativa, discreta operacionalizada através de uma questão aberta.

#### **Quem lhe transmitiu a informação relacionada com os cuidados a ter com a Fístula Arteriovenosa (FAV)? (Q11)**

Esta questão visa entender como o utente obteve a informação à data do inquérito sobre o autocuidado da FAV. Variável qualitativa, nominal politómica operacionalizada através de uma questão fechada com cinco opções de escolha: “Ninguém”, “Médico residente”, “Médico nefrologista”, “Enfermeiro” e “outros pessoas”.

### **Tem outros familiares com a mesma doença? (Q12)**

Esta questão visa entender se o utente tem algum familiar com a mesma doença. Pretende-se com esta variável inferir sobre a proximidade com um familiar leva a um maior conhecimento sobre a preservação da FAV.

Variável qualitativa, nominal, dicotómica operacionalizada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: “Sim” e “Não”.

### **Tem outras doenças? (Q13)**

Esta questão visa entender se o utente tem alguma doença além da DRCT. Pretende-se com esta variável inferir sobre se os inquiridos têm mais alguma patologia, além da DRCT.

Variável qualitativa, nominal, dicotómica operacionalizada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: “Não”, “Sim”. No caso de responder sim, solicita-se a menção através de uma questão aberta, de qual/ais a/s doença/s.

### **Era seguido pelo médico nefrologista antes da construção da fistula arteriovenosa? (Q14)**

Esta questão visa entender se o utente era seguido por médico nefrologista antes da construção da fistula arteriovenosa. Segundo Hakim and Himmelfarb (2009) as recomendações dos nefrologistas não são sempre bem entendidas e percebidas pelos utentes, porque as indicações fornecidas não estão adaptadas à compreensão dos utentes.

Pretende-se com esta variável perceber se os utentes eram seguidos ou não por nefrologista antes da construção da fístula.

Variável qualitativa, nominal, dicotómica operacionalizada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: “Sim” e “Não”.

#### **Se sim, há quanto tempo? (Q14.1)**

Esta questão visa entender há quanto tempo o utente é seguido por médico nefrologista antes da construção da fístula arteriovenosa. Pretende-se com esta variável

perceber se o tempo de seguimento por nefrologista antes da construção da fistula na preservação da FAV influencia o resultado sobre os conhecimentos sobre o autocuidado a FAV.

Variável quantitativa, discreta dicotómica operacionalizada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: “Menos de um ano” e “Mais de um ano”.

**Teve alguma consulta de esclarecimento após o diagnóstico da DRCT, onde lhe foram apresentadas as várias opções de tratamento? (Q15)**

Esta questão visa entender se o utente após o diagnóstico da DRCT teve alguma consulta de esclarecimento onde lhe foram apresentadas as várias possibilidades de tratamento.

Pretende-se com esta variável perceber se o utente tem conhecimento das diversas opções de tratamento para a DRCT.

Variável qualitativa, nominal, dicotómica operacionalizada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: “Sim” e “Não”.

**Se sim, quem fez a consulta de esclarecimento? (Q15.1)**

Se o utente foi esclarecido, pretende-se com esta questão escrutinar qual o profissional de saúde que o fez. Pretende-se com esta variável inferir sobre se o tipo de profissional de saúde envolvido no esclarecimento influencia no conhecimento das várias opções de tratamento.

Variável qualitativa, nominal, politómica operacionalizada através de uma questão fechada com quatro opções de escolha: “Enfermeiro”, “Médico”, “Médico e enfermeiro” ou “outro”. No caso de responder “outro” solicita-se a menção através de uma questão aberta de qual.

### **Se não, gostaria de ter tido? (Q15.2)**

Esta questão visa entender se o utente que não recebeu informação sobre as diferentes opções de tratamento gostaria de ter recebido. Pretende-se com esta variável inferir sobre se o utente que não recebeu informação gostaria de ter recebido.

Variável qualitativa, nominal, dicotómica, operacionalizada através de uma pergunta fechada com duas opções: “Sim” e “Não”.

### **Já teve outras fistulas? (Q16)**

Esta questão visa entender se o utente já teve outras fistulas anteriormente. Pretende-se com esta variável perceber se o utente com mais de uma fistula apresenta mais conhecimento sobre o autocuidado a FAV.

Variável qualitativa, nominal, dicotómica, operacionalizada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: “Sim” e “Não”.

### **Foi informado sobre o que é uma fistula arteriovenosa antes da construção? (Q17)**

Esta questão visa entender se o utente foi informado sobre o que é uma fistula arteriovenosa antes da sua construção.

Variável qualitativa, nominal, politómica, operacionalizada através de uma pergunta fechada com três opções de escolha: “Sim”, “Não” e “Não me lembro”.

### **Quem o informou? (Q17.1)**

Com esta questão pretende-se inferir sobre quem é que informou o utente. Segundo Clemente N Sousa et al. (2018) a preservação do património vascular pelo utente é incrementado se não for esclarecido pelo nefrologista mas sim por outro profissional de saúde. Pretende-se com esta variável inferir sobre se o tipo de profissional de saúde envolvido no esclarecimento influencia o conhecimento do que é uma FAV.

Variável qualitativa, nominal, politómica operacionalizada através de uma questão fechada com quatro opções de escolha: “Médico”, “Enfermeiro”, “familiar” ou

“outro”. No caso de responder “outro” solicita-se a menção através de uma questão aberta de qual.

**Diga em breves palavras o que é uma Fístula Arteriovenosa(Q18)**

**Diga em breves palavras que informações obteve sobre o cuidado à Fístula Arteriovenosa antes da construção? (Q19))**

**Foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a FAV depois da construção? (Q20)**

Esta questão visa entender se o utente foi informado sobre que cuidados deve ter com a fistula arteriovenosa após a sua construção.

Variável qualitativa, nominal, politómica, operacionalizada através de uma questão fechada com quatro opções de escolha: “Sim”, “Não”, “Não sei” e “Não me lembro”.

**Se foi informado, que o informou? (Q20.1)**

Pretende-se com esta variável perceber qual o profissional de saúde ou outro interveniente que informou o utente sobre os cuidados a ter com a FAV após a sua construção.

Variável qualitativa, nominal, politómica, operacionalizada através de uma questão fechada com quatro opções de escolha: “Enfermeiro”, “Médico”, “Médico e Enfermeiro” e “Outro”. No caso de responder “outro” solicita-se a menção através de uma questão aberta de qual.

**Consegue mencionar algum cuidado que se recorde relativamente a esses cuidados? (Q21)**

### **Diga em breves palavras que informações obteve? (Q22)**

As variáveis 18, 19, 21 e 22: constituem por um lado, o conteúdo daquilo que o doente diz segundo as suas próprias palavras, e sem qualquer intervenção do entrevistador, o que respeita e como aconteceu toda a sua componente de formação, aquela que obteve na sua percepção, a forma como a utilizou na sua percepção. Cada uma destas variáveis, que são as questões ligadas a informação é operacionalizada em quatro níveis: o primeiro nível através de uma escala de Lickert de frequência de conteúdo. No nível zero, significa que o doente ou não responde ou está omissa a resposta, ou aquilo que diz numas palavras ou noutras que: não sei, não consigo dizer, não me recordo, não tenho nada a apresentar.

É considerado no nível um, todo aquele conteúdo que segundo a investigadora, e aquilo que temos em referência bibliográfica, diz respeito a triangulação daquilo que é essencial, de aquilo que é básico relativamente ao que é perguntado.

No nível dois, ou seja, é o segundo nível não básico, mas também considerado importante.

No nível três, diz respeito a conteúdo do conhecimento diferenciado que o doente possa ter, e que o apresenta ao tempo em que foi entrevistado.

### **Gostaria de ter tido mais informações sobre os cuidados a ter com a sua FAV? (Q23)**

Pretende-se com esta variável, perceber se o inquirido gostaria de ter tido mais informações sobre o autocuidado a FAV após a sua construção.

Variável qualitativa, nominal politómica operacionalizada através de uma pergunta fechada com três opções de escolha: “Sim”, “Não”, “Não sei exatamente”.

### **Gostaria de dizer algo relativamente à sua situação? (Q24)**

O respondente escreverá, segundo as suas próprias palavras como está a lidar com a sua situação.

Variável qualitativa, nominal operacionalizada através de uma pergunta aberta.

## 1.7 – Procedimentos de análise de dados

Após a colheita de dados, procedeu-se a fase analítica da investigação, de forma a reunir, analisar e interpretar os dados recolhidos, e daí retirar conclusões.

Após a recolha de dados foi efetuada a sua codificação pela ordem de preenchimento e para os procedimentos da análise de dados, nomeadamente o tratamento estatístico deste estudo, foi feita a sua numa base de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.

Para descrever as características relativas aos inquiridos da amostra, e de maneira a dar resposta aos objetivos traçados para esta investigação, foram selecionados os seguintes testes:

- 1- Estatística descritiva - recorreu-se às distribuições de frequências absolutas, relativas e cumulativas, médias, desvio padrão (SD), mínimos e máximos sempre que foi considerado pertinente para melhor caracterizar a amostra em estudo, para todas as variáveis independentes sociodemográficas e clínicas e de informação relativas á variável dependente.
- 2- A análise inferencial foi utilizada para inferir sobre as relações dos resultados procedentes da amostra, que poderão prever comportamentos de autocuidado de acordo com as características da população apresentada. Nesta análise para avaliar os pressupostos dos testes paramétricos, nomeadamente, a normalidade das distribuições, foi executado o teste *Kolmogorov-Smirnov* e para análise da homogeneidade de variâncias o teste de *Levene*.
- 3- As variáveis com resposta aberta, com grande dispersão, foram recodificadas e agrupadas em categorias de menor dispersão.
- 4- Para análise das relações entre variáveis nominais recorreu-se ao teste de independência de Qui-quadrado, tendo em consideração os pressupostos para sua utilização como, nenhuma frequência esperada por célula fosse inferior a um e que não mais de 20% das células tivessem frequências esperadas inferiores a cinco, ou em alternativa ao teste exato de Fisher, quando os pressupostos não se

encontram assegurados. Este teste foi usado para testar as relações estatisticamente significativas entre as Variáveis de conhecimento (Q18 a Q22) e as variáveis sociodemográficas (Q1 a Q7), e também com as variáveis clínicas (Q8-Q14).

- 5- O teste paramétrico *t* foi utilizado para avaliar diferenças significativas entre dois grupos independentes, desde que se respeitassem os pressupostos, e em alternativa recorreu-se ao teste não paramétrico *U-Mann-Whitney*. Para comparação de três ou mais grupos que respeitassem os pressupostos da estatística paramétrica utilizou-se o teste ANOVA e em alternativa, quando os pressupostos não foram verificados, o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Este teste foi utilizado para avaliar as diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis da escala ECAPM-FAV e as variáveis sociodemográficas (Q1-Q7), as variáveis clínicas (Q8-Q14) e as variáveis de conhecimento (Q15-Q22).
- 6- Em casos particulares, e sempre que necessário, também se recorreu ao grau de associação linear (correlação) de *Spearman* entre as variáveis. Utilizou-se esta correlação, porque as distribuições não respeitavam o pressuposto da normalidade, entendendo-se que o coeficiente de correlação entre 0,9 e 1 indica associação muito forte; entre 0,70 e 0,89 associação forte; 0,40 e 0,69 associação moderada; entre 0,20 e 0,39 associação baixa; e menor que 0,20 associação muito baixa. Este teste foi usado para estudar as correlações entre os domínios da escala ECAPM-FAV.
- 7- Foi utilizado na análise de validade do constructo através da consistência interna pelo alfa de *Cronbach's* e da análise fatorial exploratório, através da análise das componentes principais com rotação *varimax*, suprimindo os valores com cargas fatoriais com 0.4. Para a visualização da retenção dos fatores utilizado o *scree-polt*. O *p-value* 0.05 foi considerado estatisticamente significativo. Este teste foi usado nas variáveis da escala ECAPM-FAV.

## **1.7– Considerações éticas**

Os procedimentos de recolha de dados utilizados iniciaram-se pelo pedido de autorização aos Conselhos de Administração dos dois Centros Hospitalares e respetivas Comissões de Ética, para a realização do estudo com parecer favorável dos diretores clínicos dos serviços, anexando-se a declaração de responsabilidade do orientador científico do estudo. Após o parecer científico das comissões de ética, das referidas instituições, ambos conselhos de Administrações, deram autorização para a sua implementação (ANEXO B).

De acordo com Polit et al. (2004), a colheita de dados deve atender em todas as circunstâncias à confidencialidade dos participantes. Neste sentido, os direitos e princípios que devem acompanhar a investigação, tais como, o direito à autodeterminação, direito à privacidade, direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal foram assegurados durante toda a investigação.

Neste sentido, foram tidas em consideração as recomendações éticas adequadas ao tipo de estudo, atendeu-se ao princípio da não maleficência e da beneficência, não havendo qualquer intervenção clínica que pudesse pôr em causa o bem-estar e o estado clínico dos participantes.

Os dados foram recolhidos de uma forma anónima, não constando no instrumento de recolha de dados, qualquer informação que identifique o participante. Posteriormente os dados foram inseridos numa base de dados, e tratados no programa informático SPSS através de um número de identificação, assegurando o anonimato de todos os dados recolhidos, certificando a sua confidencialidade, e servindo exclusivamente para a análise referida anteriormente.

Antes da aplicação do questionário, foi explicado aos participantes o objetivo do estudo, e o tempo médio de preenchimento do questionário. Foi preenchido e assinado por cada participante um consentimento livre e informado, antes da aplicação do questionário, onde está explícito que a sua participação no estudo era voluntária, e que a

mesma poderia terminar em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o próprio. Foi garantida a privacidade dos participantes durante o processo de preenchimento do inquérito.

Foi solicitada previamente, a autorização para a utilização da escala ECAPM-FAV, com respetiva autorização do autor (ANEXO C).

## **2– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

No intuito de manter o trabalho estruturado, de modo a melhorar a observação e perceção dos dados obtidos, com a aplicação do IRD, procedemos a respetiva apresentação dos resultados alcançados da amostra respondente, em tabelas e gráficos. Numa primeira fase, a apresentação referente á caracterização desta amostra a nível sociodemográfico, seguida da caracterização a nível clínico e nível de conhecimento.

### **2.1 – Análise descritiva**

Inicialmente, apresentam-se as variáveis que caracterizam a amostra a nível, sociodemográfico dos 50 respondentes com o diagnóstico de IRCT com FAV em maturação.

A amostra deste estudo é composta por 50 indivíduos, 26 (52%) do género feminino, 24 (48%) do género masculino (Tabela 3).

**Tabela 3 – Frequência e Percentagem cumulativa da variável “1 - Género” (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Percentagem cumulativa (%)
Masculino	24	48,0
Feminino	26	52,0
Total	50	100,0

Observou-se uma amostra envelhecida, com a maioria amostral acima dos 66 anos 38 (76%) e 13 (24%) das pessoas com menos de 65 anos (Tabela 4).

**Tabela 4 – Frequência, Percentagem e Percentagem cumulativa da variável “2 - Idade” (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Percentagem cumulativa
26 a 35 anos	1	2,0	2,0
36 a 45 anos	2	4,0	6,0
46 a 55 anos	5	10,0	16,0
56 a 65 anos	4	8,0	24,0
66 a 75 anos	18	36,0	60,0
mais de 76 anos	20	40,0	100,0
Total	50	100,0	

Quanto ao estado civil, 27 (54%) dos inquiridos encontravam-se casados, 13 (26%) viúvos, 6 (12%) solteiros e 4 (8%) divorciados (Tabela 5).

**Tabela 5 – Frequência e Percentagem da variável “3 - Estado civil” (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Divorciado	4	8,0
Solteiro	6	12,0
Viúvo	13	26,0
Casado	27	54,0
Total	50	100,0

Na Variável “Grau de Escolaridade” 36 (72%) dos inquiridos tem nível inferior ou igual ao ensino “Básico – 1º Ciclo”, sendo que 5 (10,0%) não apresentam nenhum grau de escolaridade, 7 (14%) tinham 2º e 3º ciclo e 3 (6%) tinha um grau equivalente ao ensino superior (Tabela 6).

**Tabela 6 - Frequência, Percentagem e Percentagem cumulativa da variável “4 - Grau de Escolaridade” (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Percentagem cumulativa (%)
Básico - 2º Ciclo	1	2,0	74,0
Ensino Superior	3	6,0	100,0
Secundário	4	8,0	94,0
Nenhum	5	10,0	10,0
Básico - 3º Ciclo	6	12,0	86,0
Básico - 1º Ciclo	31	62,0	72,0
Total	50	100,0	

Quanto à situação profissional, 37 (74%) dos inquiridos encontravam-se na situação de reformados, 8 (16%) estavam a trabalhar, 4 (8%) estavam desempregados e (1%) era estudantes (Tabela 7).

**Tabela 7 - Frequência e Percentagem da variável “5 - Situação profissional” (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Estudante	1	2,0
Trabalhador por conta de outrem	2	4,0
Desempregado	4	8,0
Trabalhador por conta própria	6	12,0
Reformado	37	74,0
Total	50	100,0

No que concerne à variável “Nível de Rendimentos”, 25 (50%) dos inquiridos apresentavam rendimentos inferiores a 530€, 15 (30%) com rendimentos entre os 750€ e os 1000€ (Tabela 8).

**Tabela 8 - Frequência e Percentagem da variável “6 - Nível de Rendimentos” (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não - Respondeu	1	2,0
Sem rendimentos	1	2,0
Com rendimentos entre 1000-1500€	2	4,0
Com rendimentos entre 530-750€	5	10,0
Com rendimentos entre 750-1000€	15	30,0
Com rendimentos entre 250-530€	25	50,0

Relativamente à variável “Qualidade de vida”, 26 (52%) dos inquiridos referem que vivem em família e não sentem solidão afetiva, já 10 (20%) dos inquiridos vivem em família e sentem solidão afetiva, 5 (10%) vivem sozinhos e sentem solidão afetiva, 5 (10%) tem recursos e suporte afetivo que lhes permite viver em qualidade afetiva (Tabela 9).

**Tabela 9 – Frequência e Percentagem da variável "7 - qualidade de vida a nível afetivo" (n=50). Dos 50 inquiridos dois responderam duas opções**

	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Vivo sozinho(a) e não sinto solidão afetiva	3	6,00%
Outro	3	6,00%
Tenho recurso/suporte afetivos que me permitem viver em qualidade de vida afetiva	5	10,00%
Vivo sozinho(a) e sinto solidão afetiva	5	10,00%
Vivo em família e sinto solidão afetiva	10	20,00%
Vivo em família e não sinto solidão afetiva	26	52,00%

Analisando os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados quanto a variável “Causa da Doença Renal Crónica” 20 (36,3%) dos inquiridos responderam que a causa da IRC era a diabetes, 17 (30,91%) outra, 5 (9,09%) rins poliquísticos e 2 (3,63%) não sabe a causa de insuficiência renal (Tabela 10).

**Tabela 10 - Frequência e Percentagem por cada resposta à variável "8 - Causa da doença renal Crónica" (n=50). Foram selecionadas múltiplas respostas por parte dos inquiridos.**

	Frequência	Frequência relativa (%) n=50
Causa Vascular	0	0,00%
Doença Autoimune	0	0,00%
Causa Infeciosa	0	0,00%
Não sei	2	3,64%
Rins Poliquísticos	5	9,09%
Hipertensão Arterial	11	20,00%
Outra	17	30,91%
Diabetes	20	36,36%

Quanto à variável “Tempo desde o diagnóstico de DRCT”, 42 (84%) responderam que o diagnóstico foi há mais de um ano e 8 (16%) há menos de um ano (Tabela 11).

**Tabela 11 - Frequência e Percentagem da variável "9 - Tempo de Diagnóstico da Doença Renal Crónica" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Há menos de um ano	8	16,0
Há mais de um ano	42	84,0
Total	50	100,0

No que se refere a variável “tempo de construção da FAV”, 23 (46%) dos inquiridos tem uma FAV construída entre 1 e os 6 meses, 14 (28%) entre os 7 e os 12 meses e 13 (26%) tem fistula construída há mais de 12 meses (Tabela 12).

**Tabela 12** - Frequência, Percentagem da variável e frequência cumulativa "10 - Tempo de Construção da Fístula Arteriovenosa" (n=50)

Meses	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência cumulativa (%)
0	1	2,0	2,0
1	6	12,0	14,0
2	6	12,0	26,0
3	2	4,0	30,0
4	3	6,0	36,0
5	2	4,0	40,0
6	4	8,0	48,0
7	1	2,0	50,0
8	6	12,0	62,0
9	2	4,0	66,0
10	1	2,0	68,0
12	4	8,0	76,0
18	2	4,0	80,0
24	3	6,0	86,0
36	2	4,0	90,0
48	1	2,0	92,0
60	1	2,0	94,0
84	2	4,0	98,0
240	1	2,0	100,0
Total	50	100,0	-

No que diz respeito a variável “Quem transmitiu a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV” 37 (74%) dos inquiridos referiu que essa informação foi dada pelo médico Nefrologista, 11 (22%) referiu que ninguém lhe transmitiu informação sobre os cuidados a ter com a FAV. Apenas 2 (4%) dos inquiridos referiu que esta informação foi transmitida por enfermeiros (Tabela 13).

**Tabela 13 - Frequência e Percentagem da variável "11 - Quem transmitiu a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Enfermeiro	2	4,0
Ninguém	11	22,0
Médico Nefrologista	37	74,0
Total	50	100,0

Analisando a variável “tem familiares com a mesma doença”, 37 (74%) inquiridos respondeu que não tem outros familiares com a mesma doença e 13 (26%) refere que tem familiares com a mesma patologia (Tabela 14).

**Tabela 14- Frequência e Percentagem da variável "12 - Tem familiares com a mesma doença" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Total	50	100,0

Quanto à variável “Tem outras doenças, se Sim quais”? foi possível observar que 26 (52%) inquiridos tem outras doenças para além da DRCT e 24 (48%) não tem outras doenças associadas (Tabela 15).

**Tabela 15 - Frequência e Percentagem da variável "13 - Tem outras doenças" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não	24	48,0
Sim	26	52,0
Total	50	100,0

Dos inquiridos que responderem ter outras doenças para além da DRCT, 19 (73,1%) apresentaram somente “uma” doença associada a DRCT, 5 (19,2%) “duas” e 2 (7,7%) “mais de duas” (Tabela 16).

**Tabela 16 - Frequência Absoluta e frequência relativa da resposta positiva à questão “13 - Tem outras Doenças, se sim quais?” (n=26)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Mais de duas	2	7,7%
Duas	5	19,2%
Uma	19	73,1%
Total	26	100,0%

Analisando a variável, “14 - Era seguido pelo médico Nefrologista antes da construção da FAV, a totalidade dos inquiridos 50 (100%) respondeu que era seguido pelo Nefrologista antes da construção da FAV de um ano (Tabela 17).

**Tabela 17- Frequência e Percentagem da variável "14 - Era seguido pelo Nefrologista antes da construção da FAV" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não	0	0,0%
Sim	50	100,0

Verificamos que 46 (96%) era seguido pelo Nefrologista há mais de um ano e 4 (8%) era seguido a menos de um ano (Tabela 18).

**Tabela 18- Frequência e Percentagem da variável "14.1 - Há quanto tempo" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Menos de um ano	4	8,0
Mais de um ano	46	92,0
Total	50	100,0

Constatou-se que, 37 (74%) dos inquiridos teve uma consulta de esclarecimento onde lhe foram apresentadas as várias opções de tratamento e 24 (65%) (Tabela 19 ).

**Tabela 19- Frequência e Percentagem da variável "15 - Teve alguma consulta de esclarecimento onde lhe foram apresentadas as opções de tratamento" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não	13	26,0
Sim	37	74,0
Total	50	100,0

Dos inquiridos que reponderam afirmativamente, 24 (65%), respondeu que essa consulta foi efetuada pelo médico e pelo enfermeiro, 10 (27%) apenas pelo médico, 2 (5%) pelo enfermeiro, houve 1 (3%) inquirido que não respondeu a esta questão (Tabela 20).

**Tabela 20-** *Frequência e Percentagem relativa da variável "15.1 - Se sim, quem fez a consulta de esclarecimento (n=37)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não respondeu	1	3%
Enfermeiro	2	5%
Médico	10	27%
Médico e enfermeiro	24	65%
Total	37	100%

Dos inquiridos que não tiveram consulta de esclarecimento 10 (79%) responderam que gostaria de ter tido essa consulta (Tabela 21).

**Tabela 21 -** *Frequência e Percentagem relativa da variável "15.2 - Se não, gostaria de ter tido" (n=13)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não	3	23%
Sim	10	79%
Total	13	100,0

Observando a variável “já teve outras fistulas”, constata-se que 35 (70%) dos inquiridos não teve nenhuma fistula anteriormente e 15 (30%) já havia tido outras fistulas (Tabela 22).

**Tabela 22-** *Frequência e Percentagem da variável "16 - Já teve outras fistulas" (n=50)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sim	15	30,0
Não	35	70,0
Total	50	100,0

Explorando os dados quanto a variável “foi informado sobre o que é uma FAV antes da construção”, 41 (82,0%) dos respondentes referem que foram informados sobre

o que era uma FAV, 5 (10%) não se lembra se foi informado e 4 (8%) respondeu que não teve qualquer informação (Tabela 23).

**Tabela 23-** *Frequência e Percentagem da variável "17 - Foi informado sobre o que é uma FAV antes da construção" (n=50)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não	4	8,0
Não me lembro	5	10,0
Sim	41	82,0
Total	50	100,0

Analisando os resultados, sobre quem formou sobre o que era uma FAV antes da construção, 34 (68%) dos inquiridos respondeu que foi informado pelo médico, 5 (10%) pelo médico e enfermeiro em conjunto.

É de destacar que apenas 1 (2%) dos inquiridos refere que essa informação foi dada pelo enfermeiro em exclusivo, e 1 (2%) refere que recebeu essa informação de um familiar (Tabela 24).

**Tabela 24-** *Frequência e Percentagem da variável "17.1 -Quem o informou" (n=50)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não sabe/Não responde	0	0%
Enfermeiro	1	2%
Familiar	1	2%
Médico e Enfermeiro	5	10%
Médico	34	68%
Total	41	100%

No que concerne avariável “Diga em breves palavras o que é uma fistula arteriovenosa”, 42 (84%) dos inquiridos revela conhecimentos básicos, 4 (8%) não revela qualquer conhecimento sobre o que é uma FAV, 3 (6%) revela um conhecimento diferenciado, e 1 (2%) apresenta um conhecimento médios (Tabela 25).

Obtiveram-se respostas como: “sei que é para fazer módialise”; “é para fazer hemodiálise”; “a médica disse que era para limpar o sangue”; “é para a máquina se for

preciso”; “é para pôr as agulhas quando precisar da hemodiálise”, “é uma ligação entre uma artéria e uma veia para fazer hemodiálise”.

**Tabela 25 - Frequência e Percentagem da variável "18 - Diga em breves palavras o que é uma fistula" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nível 2	1	2,0
Nível 3	3	6,0
Nível 0	4	8,0
Nível 1	42	84,0
Total	50	100,0

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

Relativamente a as informações que obtiveram sobre o cuidado a FAV antes da construção, 25 (50%) dos inquiridos desconhece quais os cuidados a ter com a FAV antes da construção, 15 (30%) tem conhecimento médio, 9 (18%) conhecimentos básicos e somente 1 (2%) revela um conhecimento diferenciado (Tabela 26). Os inquiridos que responderam a esta questão responderam, referindo os seguintes cuidados: “não deixar picar o braço onde vou fazer a fistula”, ”A Dra. andou aqui com uma máquina a ver os braços”, “não deixar colher sangue deste braço até fazer a fistula”.

**Tabela 26 - Frequência e Percentagem da variável "19 – Diga em breves palavras que informações obteve sobre o cuidado à Fístula arteriovenosa antes da construção" (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Percentagem relativa (%)
Nível 3	1	2,0
Nível 1	9	18,0
Nível 2	15	30,0
Nível 0	25	50,0
Total	50	100,0

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

Examinando a variável “foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a FAV após a construção”, 34 (68%) dos inquiridos respondeu que sim, 13 (26%) respondeu que não se lembra ou não sabe e 3 (6%) respondeu que não (Tabela 27).

**Tabela 27-** *Frequência e Percentagem da variável “20 - Foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a FAV depois da construção (n=50)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Não	3	6,0
Não sei	4	8,0
Não me lembro	9	18,0
Sim	34	68,0
Total	50	100,0

Quanto a variável, “quem o informou”, 27 (79%) dos inquiridos responderam que essa informação foi dada pelo médico, 4 (12%) por um familiar, 2 (6%) teve informação dada pelo médico e pelo enfermeiro, e só 1 (3%) tiveram informação dada pelo enfermeiro (Tabela 28).

**Tabela 28 -** *Frequência e Percentagem da variável “20.1 - Se informado, quem o informou?” (n=34)*

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Enfermeiro	1	3%
Médico e Enfermeiro	2	6%
Familiar	4	12%
Médico	27	79%
Total	34	100%

Verificou-se que 24 (48%) dos inquiridos não soube referir qualquer cuidado com a FAV após a construção, 14 (28%) revelou ter conhecimentos médios sobre os cuidados, 12 (24%) conhecimentos básicos e 2 (6%) revelou algum conhecimento diferenciado (Tabela 29).

Nos inquiridos que mencionaram algum cuidado, foram referidos cuidados como:

“não pode ser picado”; “não posso fazer esforços”; “não posso pegar em pesos”; “não posso colher sangue neste braço, nem ver as tensões”; “ver se ela está a funcionar, se não estiver tenho de vir a Dra.”; “pôr a mão para ver se ela está a funcionar”.

**Tabela 29 - Frequência e Percentagem da variável "21 - Consegue mencionar algum cuidado que se recorde relativamente a esses cuidados (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nível 3	2	6%
Nível 1	12	24,0
Nível 2	14	28,0
Nível 0	24	48,0
Total	50	100%

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

Analisando a variável “que informações obteve”, 36 (72%) não referiu qualquer informação, 9 (18%) apresentou conhecimentos básicos e 5 (10%) conhecimentos médios (Tabela 30).

Os inquiridos que responderam a esta questão, referiram as seguintes informações:

*“Deram um papel sobre os cuidados no dia que fui fazer a fistula”; “a médica explicou-me que ia ligar duas veias”, “a médica disse que os rins estavam a deixar de funcionar e que precisava de hemodiálise”; “o médico disse que os rins estavam a deixar de funcionar”.*

**Tabela 30 - Frequência e Percentagem da variável "22 - Diga em breves palavras que informações obteve? (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nível 2	5	10
Nível 1	9	18
Nível zero	36	72
Total	50	100

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

Em relação a questão “Gostaria de ter tido mais informação sobre os cuidados a ter com a FAV”, 33 (66%) dos inquiridos responde que gostaria de ter tido mais informações, 12 (24%) diz que não, já 5 (10%) refere que não sabe exatamente (Tabela 31).

**Tabela 31 - Frequência e Percentagem da variável "23 -Gostaria de ter tido mais informação sobre os cuidados a ter com a sua FAV (n=50)**

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sim	33	66,0
Não	12	24,0
Não sei exatamente	5	10,0
Total	50	100,0

Analisando a questão “24 - Gostaria de dizer alguma coisa relativamente à sua situação”, somente 12 inquiridos (6%) respondeu a esta questão.

As pessoas que responderam sobre se tinham necessidade de dizer alguma coisa sobre a sua situação, manifestaram sentimentos tais como:

*“Não queria muito fazer o tratamento, mas se tiver de ser, que remédio”*; *“Não sei porque me fizeram isto, eu ainda urino muito, não preciso de tratamento nenhum”*; *“Eu não queria nada ter de fazer o tratamento”* *“Eu não queria ir para a hemodiálise”*; *“não queria começar a fazer o tratamento”*; *“Já sabia que mais tarde ou mais cedo vai acontecer porque tenho familiares com a mesma doença”*.

## 2.2 – Análise de componentes principais da escala ECAPM-FAV

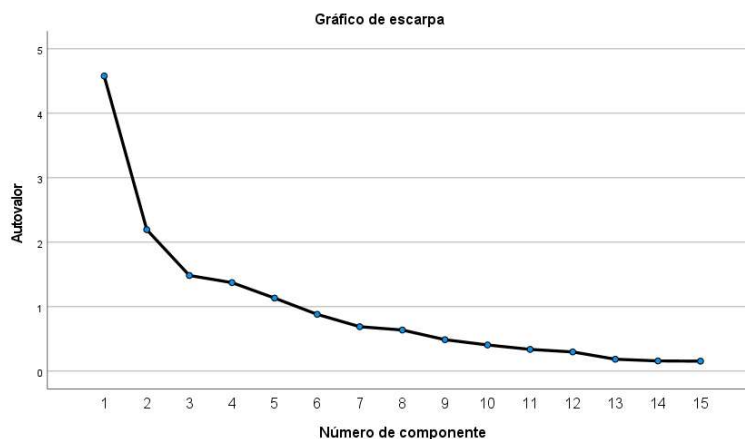
A análise das componentes principais mostrou uma estrutura original de quatro fatores explicando 71.75% da variância total explicada. A estrutura revelada apresentou dificuldades de interpretação, por causa das combinações itens e dos fatores, mas o gráfico *scree plot* mostra uma quebra nos dois primeiros fatores (Gráfico 1).

A análise fatorial exploratória evidenciou 2 fatores (**Tabela 32**) com um Kaiser-Meyer-Olkin: 0.718, qui-quadrado aproximado - Teste de esfericidade de Bartlett 277.188 (p=0.000), explicando 48.11% da variância total explicada. O item 11 foi

eliminado por apresentar uma carga fatorial inferior a 0.30. O primeiro fator os itens pertencem à subescala Autocuidado na Prevenção de Complicações com pesos fatoriais entre 0,825 e 0,458. O segundo fator os itens pertencem à subescala Autocuidado na Gestão de Sinais e Sintomas com pesos fatoriais entre 0,808 e 0,505.

A análise da consistência interna dos itens após a retirada o item 11 por indicação da análise fatorial exploratória (ECAPM-FAV-14), mostrou um alfa de Cronbach's de 0,822, com variação dos valores de correlação entre cada item com o item total da escala entre 0,110 e 0,725. Os itens que integram a Subescala de Autocuidado na Prevenção de Complicações (SEPC) e Autocuidado na Subescala Gestão de Sinais e Sintoma (SEGSS) apresenta um alfa de Cronbach's de 0,813 e 0,628, respectivamente, (**Tabela 32**).

Os itens 3, 6, 9 e 13 são itens invertidos.



**Gráfico 1** - Gráfico de escurpa da análise de componentes da ECAPM-FAV-15

Os domínios da escala ECAPM-FAV foram obtidos conforme a descrição feita na metodologia. Assim, obteve-se scores a variar entre 0 e 100% para os domínios: gestão de sinais e sintomas (Figura 1), prevenção de complicações (Figura 2) e escala geral (Figura 3). Na Tabela 33 apresentam-se os resultados obtidos, sendo que em termos de consistência interna verificou-se que na escala geral a consistência interna é boa ( $\alpha=0,822$ ), no domínio da prevenção de complicações a consistência interna é razoável

( $\alpha=0,813$ ); e no domínio gestão de sinais e sintomas a consistência interna é aceitável ( $\alpha= 0,626$ ).

Relativamente aos resultados obtidos na ECAPM-FAV, podemos verificar que na escala geral, e o domínio gestão de sinais e sintomas, apresentam resultados médios acima de 50%. O domínio da prevenção e complicações apresenta resultados abaixo dos 50%. O domínio da gestão de sinais e sintomas é o que apresenta o valor mais elevado ( $\chi = 75,5\%$ ).

Analisando os resultados podemos concluir que os inquiridos apresentam comportamentos adequados de gestão de sinais e sintomas, e comportamentos menos adequados no que diz respeito a prevenção de complicações.

**Tabela 32** - Matriz dos principais componentes da ECAPM-FAV-16 forçada após a rotação Varimax para dois fatores e o valor de alfa de Cronbach's ( $n = 50$ )

Itens da ECAPM-FAV-14	Média	DP	Carga fatorial		SI
			Fator 1	Fator 2	
8 – Protejo o braço da fistula de pancadas e choques	3,66	0,85	,825		0,813
7 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fistula arrefece	2,34	1,14	,719		
5 – Protejo o braço da fistula de arranhões, cortes e feridas	3,54	0,91	,669		
4 – Vou imediatamente ao hospital/clinica se começar a doer a mão do braço da fistula	2,82	1,36	,639		
9 – Carrego pesos utilizando o braço da fistula*	4,24	0,94	,600		
1 – Sinto o frémito no local da fistula duas vezes por dia	3,14	0,99	,571		
14 – Observo sinais de vermelhidão e inchaço no local da fistula	2,02	1,02	,569		
15 – Vou imediatamente ao hospital/clinica se aparecer feridas na mão do braço da fistula	2,50	1,52	,544		
2 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fistula arrefece	2,24	1,00	,536		
10 – Faço exercícios apertando uma bola com a mão	1,70	0,93	,458		
3 – Permito colheitas de sangue no braço da fistula*	4,70	0,91		,808	0,628
6 – Permito que a tensão arterial seja avaliada no braço da fistula*	4,62	0,97	,581	,735	
12 – Vou imediatamente ao hospital/clinica caso o local da fistula não tenha frémito	3,12	1,62		,627	
13 – Durmo sobre o braço da fistula*	3,64	0,96		,505	

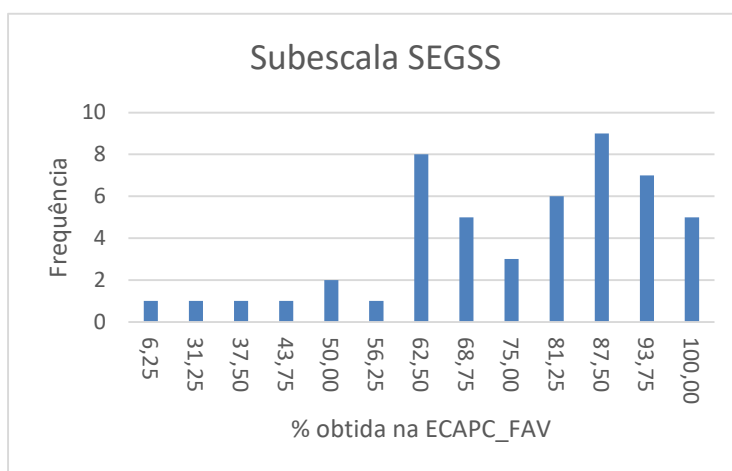
\* Itens invertidos

Verifica-se ainda que os domínios estão moderadamente correlacionados ( $\rho=0,532$ ), a escala geral e o domínio da gestão de sinais e sintomas estão fortemente correlacionados ( $\rho=0,753$ ) e que a escala geral e o domínio prevenção das complicações estão fortemente correlacionados ( $\rho=0,937$ ) (Tabela 33).

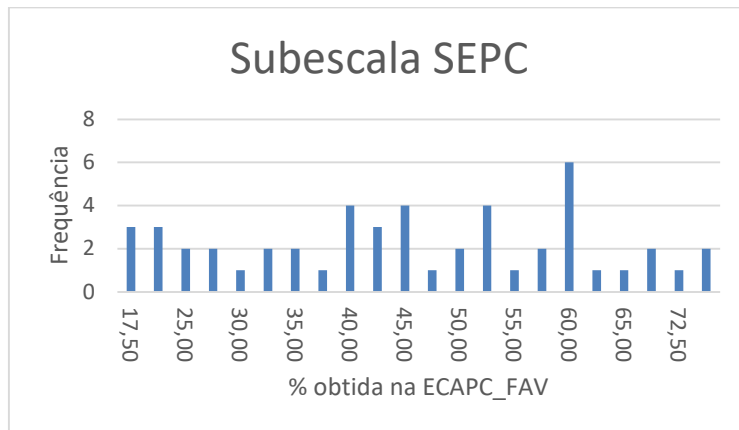
**Tabela 33:** Caracterização dos domínios da escala e geral,  $\rho(vp)$ - coeficiente de correlação Spearman (valor de prova).

Domínios	Coeficientes de correlação $\rho(vp)$			Medidas descritivas	
	SEGSS	SEPC	Escala Global	Min-Max (%)	$\bar{\chi} \pm s$ (%)
SEGSS	1	0,532	0,753	6,25-100,00	75,50 $\pm$ 19,84
SEPC		1	0,937	23,21-85,71	45,50 $\pm$ 16,70
Escala Global			1	17,5-80,00	54,07 $\pm$ 15,18

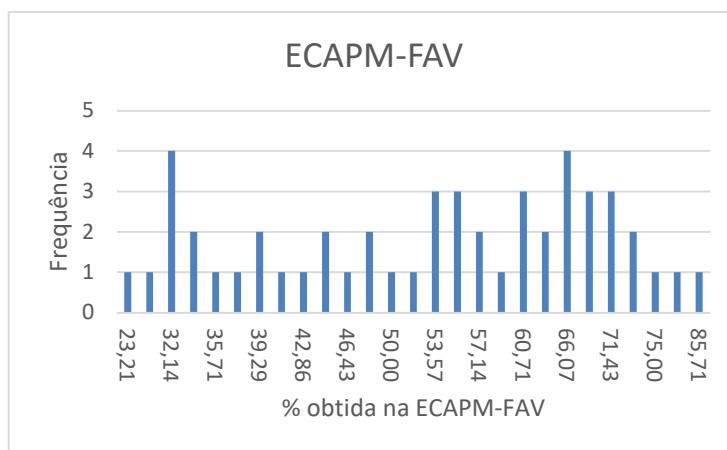
Legenda: Min-Max- Mínimo-Máximo;  $\bar{\chi}$ - média; s – desvio padrão; SEGSS- subescala gestão de sinais e sintomas; SEPC-subescala prevenção de complicações



**Figura 1:** Gráfico subescala Gestão sinais e sintomas



**Figura 2:** Gráfico subescala prevenção complicações



**Figura 3:**Gráfico ECAPM-FAV

### **2.3 - Análise da relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos das pessoas com Doença Renal Crônica Terminal a sua FAV em maturação;**

Para analisar a influência das variáveis de caracterização sociodemográfica e clínicas no conhecimento relativamente a sua FAV em maturação, analisou-se cada questão *per se*, utilizando o teste não paramétrico Qui-quadrado, e sempre que os seus pressupostos não se verificaram, o teste exato de *Fisher*.

Apresentam-se apenas as questões onde se observaram diferenças estatisticamente significativas. Quanto à idade dos inquiridos (Q1) verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com as questões 18 e 22 (Tabela 34). Este resultado leva-nos a inferir que aparentemente os inquiridos com mais idade, têm mais dificuldade em dizer o que é uma FAV, e em mencionar as informações que obtiveram sobre os cuidados a FAV após a construção.

**Tabela 34** – Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q1 e as questões de conhecimento Q18 e Q22 (n=50).

	Q18					p	Q22					p
	N0	N1	N2	N3	N0		N1	N2	N3			
1 - Idade (anos)	26-35	0	0	1	0	0,049	0	0	1	0	0,004	
	36-45	0	2	0	0		1	0	1	0		
	46-55	0	3	0	2		3	0	2	0		
	56-65	0	4	0	0		2	2	0	0		
	65-75	3	15	0	0		17	1	0	0		
	+75	1	18	0	1		13	6	1	0		

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

Relativamente ao estado civil (Q3), observou-se uma associação estatisticamente significativa com as questões 20 e 21 (Tabela 35).

Observa-se que os casados e os solteiros foram os que mais tiveram acesso a informação sobre os cuidados a ter com a FAV após a construção, sendo que todos os solteiros demonstraram ter conhecimentos sobre esses mesmos cuidados.

**Tabela 35** - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q3 e as questões de conhecimento Q20 e Q21 (n=50).

	Q20					p	Q21					p
	S	N	N/ sei	N/ lembro	N0		N1	N2	N3			
3 - Estado Civil	Casado	21	2	3	1	0,009	14	4	9	0	0,034	
	Divorciado	1	1	0	2		4	0	0	0		
	Solteiro	6	0	0	0		0	4	2	0		
	Viúvo	6	0	1	6		6	4	3	0		

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

No que concerne ao grau de escolaridade (Q4), há uma associação estatisticamente significativa com a questão Q22 (Tabela 36), em que podemos inferir que os inquiridos com grau de escolaridade acima do 3º ciclo tem mais conhecimentos relativamente a informação que obtiveram.

**Tabela 36** - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q3 e as questões de conhecimento Q22 (n=50).

	Q22				p	
	N0	N1	N2	N3		
4 – Grau de Escolaridade	1ºCiclo	17	3	0	0	0,035
	2ºCiclo	1	0	0	0	
	3ºCiclo	2	2	2	0	
	Secundário	4	0	0	0	
	Superior	1	0	2	0	

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados

Quanto à situação profissional (Q5), obteve-se evidências estatisticamente significativas de associação com a Q22 (Tabela 37). Verificou-se que os inquiridos com uma situação profissional ativa, tem mais conhecimentos sobre a informação que lhes foi dada.

**Tabela 37** - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q5 e as questões de conhecimento Q18 e Q22 (n=50)

	Q18				p	Q22				p
	N0	N1	N2	N3		N0	N1	N2	N3	
5 – Situação profissional	TCO	0	1	0	0	0	0	2	0	0,008
	Desempregado	0	4	0	0	3	1	0	0	
	Reformado	4	32	0	4	29	7	1	0	
	Estudante	0	0	1	0	0	0	1	0	

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados;

No que concerne ao nível de rendimento (Q6), há uma associação estatística significativa com a (Q18) (Tabela 38). Este resultado leva-nos a inferir que níveis de rendimentos mais altos terão mais conhecimentos sobre o que é uma FAV.

**Tabela 38** - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q6 e as questões de conhecimento Q18 (n=50)

		Q18				p
		N0	N1	N2	N3	
6 – Nível de Rendimento	250-530€	2	23	0	0	0,004
	530-750€	1	3	0	1	
	750-1000€	0	14	0	1	
	1000-1500€	1	0	0	1	
	>1500€	0	1	0	0	

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados.

Relativamente a qualidade de vida ao nível afetivo (Q7), a categoria “Vivo em família e não sinto solidão afetiva” apresenta uma associação estatisticamente significativa com a Q18 (Tabela 39). Observa-se que as pessoas que vivem em família e não sentem solidão afetiva aparentam ter melhores conhecimentos sobre o que é uma FAV (Tabela 39).

No que diz respeito a subcategoria “tenho recurso/suporte afetivos que me permitem viver em qualidade de vida afetiva”, apresenta associação estatisticamente significativa com a Q19 (Tabela 39). Pelos resultados podemos supor que as pessoas com recursos e com suporte afetivo demonstram mais conhecimentos sobre as informações que obtiveram, sobre o autocuidado a FAV após a construção.

**Tabela 39** - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão Sociodemográfica Q7 e as questões de conhecimento Q18 e Q19 (n=50)

		Q18					Q19					
		N0	N1	N2	N3	p	N0	N1	N2	N3	p	
7 – Qualidade de Vida a nível afetivo	Tenho recurso/suporte afetivos que me permitem viver em qualidade de vida afetiva	OR	4	38	1	2	0,387	25	8	11	1	0,030
		Sim	0	4	0	1		0	1	4	0	
	Vivo sozinho(a) e sinto solidão afetiva	OR	4	37	1	3	1,000	21	9	14	1	0,606
		Sim	0	5	0	0		4	0	1	0	
	Vivo em família e sinto solidão afetiva	OR	4	32	1	3	0,826	20	7	12	1	1,000
		Sim	0	10	0	0		5	2	3	0	
		OR	3	40	1	3	0,12	24	7	15	1	0,12

Vivo sozinho(a) e não sinto solidão afetiva	Sim	1	2	0	0		1	2	0	0	
Vivo em família e não sinto solidão afetiva	OR	0	24	0	0	0,006	11	4	9	0	0,691
	Sim	4	18	1	3		14	5	6	1	
outro	OR	4	39	1	3	0,100	23	9	14	1	1,000
	Sim	0	3	0	0		2	0	1	0	

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados.

#### 2.4 – Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o nível de conhecimento das pessoas com Doença Renal Crônica Terminal com a sua FAV em período de maturação.

Analisando a causa da DRC (Q8), nomeadamente o parâmetro “Rins poliquísticos”, esta tem uma associação estatística significativa com a Q18 e com a Q22 (Tabela 40).

Podemos inferir assim que os inquiridos com rins poliquísticos, têm mais conhecimentos sobre o que é uma FAV e conseguem mencionar com mais clareza as informações que obtiveram.

**Tabela 40** - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q8 e as questões de conhecimento Q18 a Q22 (n=50)

	A	Q18					p	Q22					p
		N0	N1	N2	N3	N0		N1	N2	N3			
		OR				OR							
Diabetes	OR	1	25	1	3	0,164	19	6	5	0	0,137		
	S	3	17	0	0		17	3	0	0			
Hipertensão Arterial	OR	3	34	1	1	0,251	29	6	4	0	0,741		
	S	1	8	0	2		7	3	1	0			
Causa Vascular	OR	4	42	1	3	-	36	9	5	0	-		
	S	0	0	0	0		0	0	0	0			
Rins poliquísticos	OR	3	40	0	2	0,017	34	9	2	0	0,008		
	S	1	2	1	1		2	0	3	0			
Doença Autoimune	OR	4	42	1	3	-	36	9	5	0	-		
	S	0	0	0	0		0	0	0	0			

Causa Infeciosa	OR	4	42	1	3	,	36	9	5	0	,
	S	0	0	0	0		0	0	0	0	
Outra	OR	4	25	1	3	0,188	24	5	4	0	0,710
	S	0	17	0	0		12	4	1	0	
Não sei	OR	4	40	1	3	1,000	34	9	5	0	1,000
	S	0	2	0	0		2	0	0	0	

Legendas: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos diferenciados

Quanto à variável sobre quem informou sobre os cuidados a FAV antes da construção (Q11), esta apresenta uma associação estatística significativa com a Q20 (

Tabela 41). As dispersões das observações aparentam que os inquiridos que foram informados pelo médico Nefrologista antes da construção da FAV sobre os cuidados, também receberam informação sobre os cuidados a ter após a sua construção.

**Tabela 41 - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q11 e a questão de conhecimento Q20 (n=50)**

		Q20				p
		S	N	Não/sei	Não/lembro	
Q11	Ninguém	2	3	3	3	<0,001
	Médico Nefrologista	30	0	1	6	
	Enfermeiro	2	0	0	0	

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos Diferenciados

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a existência de outras doenças (Q13) e a consulta de esclarecimento (Q15), ambas apresentam uma associação estatisticamente significativa com a Q20. Tendo em conta a dispersão das observações (Tabela 42 e Tabela 43) é possível inferir que os inquiridos que têm outras doenças, e os que tiveram consulta de esclarecimento, são os que mais afirmam ter tido informação sobre os cuidados a ter com a FAV após a construção.

**Tabela 42 - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q13 e a questão de conhecimento Q20 (n=50)**

		Q20				p
		Sim	Não	Não/sei	Não/lembro	
Q13	Sim	20	1	2	1	<0,047
	Não	14	2	2	8	

*Tabela 43 - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q11 e a questão de conhecimento Q20 (n=50)*

		Q20				p
		Sim	Não	Não/sei	Não/lembro	
Q15	Sim	29	0	1	7	0,001
	Não	5	3	3	2	

Podemos assim inferir que os inquiridos que foram informados sobre o que é uma FAV antes da construção (Q20) também foram informados sobre os cuidados a ter com FAV após a sua construção.

Quanto à informação sobre a FAV antes da construção (Q17), esta apresenta uma associação estatisticamente significativa com a Q20 (Tabela 44).

*Tabela 44 - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q17 e a questão de conhecimento Q20 (n=50)*

		Q20				p
		Sim	Não	Não/sei	Não/lembro	
Q17	Sim	33	0	3	5	<0,001
	Não	0	3	1	0	
	Não me lembro	1	0	0	4	

No que diz respeito a quem informou sobre a FAV antes da construção (Q17.1), observam-se diferenças estatísticas com a Q18 (Tabela 45). Podemos assim inferir que os inquiridos que foram informados pelo médico e pelo enfermeiro, em conjunto, sobre o que é uma FAV antes da construção apresentam um nível de conhecimento diferenciado sobre o que é uma FAV.

*Tabela 45 - Resultados, em número de observações, das medidas de associação entre a questão de análise clínica Q17.1 e a questão de conhecimento 18 (n=41)*

		Q18				p
		N0	N1	N2	N3	
Q17.1	Médico	1	32	0	1	<0,001
	Enfermeiro	0	1	0	1	
	Familiar	1	0	0	0	
	Médico e Enfermeiro	1	1	1	2	

Legenda: N0 – Não sabe/Não responde; N1 – Nível de conhecimentos Básicos; N2 – Nível de conhecimentos Média; N3 – Nível de conhecimentos Diferenciados

**2.5 – Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e o perfil de comportamentos de autocuidado das pessoas com Doença Renal Crônica Terminal com a sua FAV em período de maturação.**

Para analisar a influência das variáveis de caracterização sociodemográfica e o perfil de comportamento de autocuidado das pessoas com DRC com a sua FAV em período de maturação, analisou-se cada questão *per se*, utilizando o teste paramétrico ANOVA, e sempre que os seus pressupostos não se verificaram, o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

A variável qualidade de vida a nível afetivo, nomeadamente o parâmetro “Vivo sozinho(a) e sinto solidão afetiva”, resulta numa associação estatística significativa ( $p < 0,05$ ) com menor média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e menor média na SEPC (

Tabela 46).

Podemos inferir com estes resultados que, os inquiridos que vivem sozinhos e que sentem solidão afetiva apresentam baixos níveis de comportamentos de autocuidado à FAV sobretudo ao nível da prevenção das complicações.

**Tabela 46 - Medidas de associação entre a Q7 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC (n=50)**

Q7	ECAPM-FAV								
	Escala Global			SEGSS			SEPC		
	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)
Tenho recurso/suporte afetivos que me permitem viver em qualidade de vida afetiva	N	45	53,17	45	74,44	45	44,67		
	S	5	62,14	5	85,00	5	53,00	1,24	(0,294)
Vivo sozinho(a) e sinto solidão afetiva	N	45	55,64	45	77,08	45	47,06		
	S	5	40,00	5	61,25	5	31,50	4,157	(0,047)
Vivo em família e sinto solidão afetiva	N	40	54,33	40	77,03	40	45,25		
	S	10	53,04	10	69,38	10	46,50	0,44	(0,835)
	N	47	53,62	47	74,47	47	45,27	0,15	(0,69)

Vivo sozinho(a) e não sinto solidão afetiva	S	3	61,31		3	91,67		3	49,17	
Vivo em família e não sinto solidão afetiva	N	24	54,32	0,012 (0,914) <sup>MW</sup>	24	76,04	0,034 (0,855)	24	45,63	0,003 (0,960)
	S	26	53,85		26	75,00		26	45,38	
	N	47	53,95		47	74,87		47	45,59	
Outro	S	3	55,95	0,061 (0,969) <sup>MW</sup>	3	85,42	0,794 (0,377)	3	44,17	0,020 (0,888)

Legenda: MW – Mann-Whitney; S – Sim; N – Não;  $\bar{\chi}$ -média; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

## 2.6 – Analisar a relação estatística entre as variáveis clínicas e o autocuidado das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal com as sua FAV em período de maturação.

No que concerne à variável, causa da doença renal crónica” (Q8), do parâmetro “Diabetes” resulta uma associação estatística significativa ( $p=0,011$ ) com uma menor média dos valores obtidos no valor global da escala ECAPM-FAV e nos valores da SEPC (Tabela 47). Observa-se assim que os inquiridos com diabetes apresentam menores níveis de autocuidado à FAV sobretudo ao nível da prevenção de complicações.

Referente ao parâmetro “Rins Poliquísticos” da mesma variável (Q8) resulta uma associação estatística significativa ( $p<0,05$ ) com uma maior média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e na SEGSS (Tabela 47).

**Tabela 47 - Medidas de associação entre a Q8 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50)**

Q8	ECAPM-FAV								
	Escala Global			SEGSS			SEPC		
	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)
Diabetes	N	30	58,45	30	80,63	-1,777 (0,076) <sup>MW</sup>	30	49,58	4,836 (0,033)
	S	20	47,50	20	67,81		20	39,38	
	N	39	52,75	39	74,04	0,961 (0,335) <sup>MW</sup>	39	50,00	1,025 (0,314)

Hipertensão Arterial	S	11	58,77		11	80,68		11		
								39	44,23	
Causa Vascular	N	0	-		0	-		0	-	
	S	0	-		0	-		0	-	
Rins Poliquísticos	N	45	52,30		45	73,61		45	43,78	
	S	5	70,00	2,736 (0,004)	5	92,50	4,359 (0,042)	5	61,00	5,197 (0,027)
Doença Autoimune	N	0	-		0	-		0	-	
	S	0	-		0	-		0	-	
Causa Infeciosa	N	0	-		0	-		0	-	
	S	0	-		0	-		0	-	
Outra	N	33	54,11		33	75,57		33	45,53	
	S	17	53,99	0,001 (0,979)	17	75,37	0,001 (0,973)	17	45,44	0,000 (0,986)
Não sei	N	48	54,43		48	75,39		48	46,04	
	S	2	45,54	0,654 (0,423)	2	78,13	0,036 (0,851)	2	32,50	1,270 (0,265)

Legenda: MW – Mann-Whitney; S – Sim; N – Não;  $\bar{\chi}$  -média; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

Parece assim possível inferir que os inquiridos com rins poliquísticos apresentam melhores níveis de comportamentos de autocuidado, nomeadamente ao nível da gestão de sinais e sintomas.

Relativamente à Q10, referente ao tempo da construção da FAV, existe uma associação estatisticamente significativa com uma maior média dos valores obtidos na subescala gestão de sinais e sintomas (Tabela 48).

**Tabela 48 - Medidas de associação entre a Q10 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50)**

Q10 (meses)	ECAPM-FAV											
	Escala Global				SEGSS				SEPC			
	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)
0	1	44,64			1	6,25			1	60,00		
1	6	50,30	50	1,409 (0,195)	6	64,58	50	2,029 (0,041)	6	44,58	50	1,557 (0,136)
2	6	63,69			6	80,20			6	57,08		
3	2	55,36			2	84,38			2	43,75		

4	3	58,33	3	81,25	3	49,17
5	2	50,00	2	84,38	2	36,25
6	4	49,11	4	79,69	4	36,88
7	1	53,57	1	87,50	1	40,00
8	6	51,19	6	73,96	6	42,08
9	2	27,68	2	50,00	2	18,75
10	1	48,21	1	87,50	1	32,50
12	4	50,00	4	76,56	4	39,38
18	2	62,50	2	68,75	2	60,00
24	3	49,45	3	66,67	3	42,50
36	2	67,86	2	93,75	2	57,50
48	1	71,43	1	100,00	1	60,00
60	1	32,14	1	68,75	1	17,50
84	2	65,18	2	90,63	2	55,00
240	1	85,71	1	100,00	1	80,00

Legenda: gl – global,  $\bar{\chi}$ - média; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

Podemos inferir que, os inquiridos que têm a FAV há mais tempo aparentemente revelam melhores níveis de autocuidado ao nível da gestão de sinais e sintomas.

NA análise da variável “Quem transmitiu a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV” (Q11), o parâmetro médico Nefrologista resulta numa associação estatística significativa ( $p=0,005$ ) com uma maior média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e nas duas subescalas SEGSS e SEPC, face a parâmetro “ninguém” (Tabela 49).

Podemos assim deduzir, que os inquiridos que foram informados pelo Nefrologista sobre os cuidados a ter com a FAV apresentam melhores níveis de comportamento de autocuidado na escala geral e nas duas subescalas.

**Tabela 49 - Medidas de associação entre a Q11 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50).**

Q11	ECAPM-FAV								
	Escala global			SEGSS			SEPC		
	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)
Ninguém	11	41,40 <sup>a</sup>	5,934 (0,005)	11	57,96 <sup>a</sup>	6,851 (0,002)	11	34,77 <sup>a</sup>	3,242 (0,048)
Médico Nefrologista	37	57,53 <sup>b</sup>		37	80,57 <sup>b</sup>		37	48,31 <sup>b</sup>	
Enfermeiro	2	59,82 <sup>ab</sup>		2	78,13 <sup>ab</sup>		2	52,50 <sup>ab</sup>	

Legenda: Diferença estatisticamente significativa entre <sup>a</sup> e <sup>b</sup> (p<0,05);  $\bar{\chi}$ - média; ; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

Relativamente a Q12, se tem familiares com a mesma doença, nomeadamente o parâmetro “SIM”, resulta numa associação estatística significativa (p<0,05) com maior média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e SEPC (Tabela 50).

Observamos que os inquiridos que têm familiares com outras doenças apresentam evidências de melhores níveis de autocuidado ao nível da prevenção de complicações.

**Tabela 50 - Medidas de associação entre a Q12 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50)**

Q12	ECAPM-FAV											
	Escala Global				SEGSS				SEPC			
	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)
Sim	13	62,36	50	5,750 (0,020)	13	75,96	50	0,009 (0,924)	13	56,92	50	9,677 (0,003)
Não	37	51,17			37	75,34			37	41,49		

Legenda:  $\bar{\chi}$  - média; gl – global; ; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

No que diz respeito a (Q13), que questiona se “tem outras doenças”, o parâmetro “Não” resulta numa associação estatística significativa (p<0,05) com uma maior média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e SEPC (). Pode-se assim inferir que os inquiridos que não têm outras doenças para além da DRCT, têm melhores níveis de comportamento de autocuidado, designadamente ao nível da prevenção das complicações.

**Tabela 51 - Medidas de associação entre a Q13 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC.**

Q13	ECAPM-FAV											
	Valor Global				SEGSS				SEPC			
	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)
Não	24	59,00	50	5,300 (0,026)	24	79,17	50	1,596 (0,213)	24	50,94	50	5,326 (0,025)
Sim	26	49,52			26	72,12			26	40,48		

Legenda:  $\bar{\chi}$  - média; gl – global; ; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

No que diz respeito há questão se teve alguma consulta de esclarecimento (Q15), o parâmetro “SIM”, resultou ter uma associação estatística significativa ( $p < 0,05$ ) com maior média dos valores obtidos na SEGSS em comparação com o parâmetro “Não” (Tabela 52). Parece assim e evidente, que os inquiridos que tiveram consulta de esclarecimento apresentam, melhores níveis de autocuidado no que se refere a gestão de sinais e sintomas.

**Tabela 52** - Medidas de associação entre a Q15 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC (n=50)

Q15	ECAPM-FAV											
	Escala Global				SEGSS				SEPC			
	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)
Sim	37	56,03	50	2,447 (0,124)	37	80,74	50	-2,553 (0,011) MW	37	46,18	50	0,211 (0,648)
Não	13	48,49			13	60,58			13	43,65		

Legenda: MW – Mann-Whitney.;  $\bar{\chi}$  - média; gl – global; ; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

A variável referente à questão se “foi informado sobre o que é uma FAV antes da construção” (Q17), resultou numa associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) do parâmetro “Sim”, com uma maior média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e subescala SEGSS (Tabela 53). Com esta evidência podemos inferir que quem foi informado sobre o que era uma FAV, antes da construção, apresenta melhores níveis de autocuidado à FAV aos níveis da escala geral e da subescala gestão de sinais e sintomas.

**Tabela 53** - Medidas de associação entre a Q17 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC. Entre a, b e c na mesma coluna  $p < 0,05$  (n=509)

Q17	ECAPM-FAV											
	Escala Global				SEGSS				SEPC			
	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	gl	Valor teste (sig)
Sim	37	56,66	50	3,774 (0,03)	37	79,57 <sup>ac</sup>	50	10,824 ( $< 0,001$ )	37	49,12	50	1,937 (0,155)
Não	5	40,18			5	39,06 <sup>b</sup>			5	40,50		
Não me lembro	8	43,93			8	71,25 <sup>c</sup>			8	31,88		

Legenda: Diferença estatisticamente significativa entre <sup>a</sup>, <sup>b</sup> e <sup>c</sup> (p<0,05);  $\bar{\chi}$  - média; gl – global; ; SEGSS-Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

## 2.7 – Analisar a relação estatística entre o nível de conhecimentos e o perfil de comportamentos das pessoas com Doença Renal Crónica Terminal com a sua FAV em período de maturação.

No que concerne ao conhecimento do que é uma FAV (Q18), existe uma associação estatisticamente significativa entre os parâmetros referentes aos conhecimentos médios e diferenciados e a média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV. Estes valores percentuais, 73,21% e 72,02%, respetivamente, apresentam uma média superior quando comparados com os parâmetros “conhecimentos básicos” e “não sei/Não responde” (Tabela 54).

Com esta evidência, pode-se inferir que quem tem mais conhecimentos sobre o que é uma FAV demonstra na escala geral de comportamento de autocuidado, maiores níveis de autocuidado.

**Tabela 54 - Medidas de associação entre a Q18 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC(n=50)**

Q18	ECAPM-FAV								
	Escala Global			SEGSS			SEPC		
	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)
Nível 0	4	50,89 <sup>a</sup>	8,031 (0,045) KW	4	67,19	0,615 (0,609)	4	44,38	2,632 (0,061)
Nível 1	42	52,64 <sup>a</sup>		42	75,30		42	43,57	
Nível 2	1	73,21 <sup>b</sup>		1	81,25		1	70,00	
Nível 3	3	72,02 <sup>b</sup>		3	87,50		3	65,83	

Legenda: Diferença estatisticamente significativa entre <sup>a</sup> e <sup>b</sup> (p<0,05). KW – Kruskal-Wallis.;  $\bar{\chi}$  - média; Nível 0 – não sabe/não responde, Nível 1 – Nível básico, Nível 2 – Nível médio; Nível 3 – Nível diferenciado; SEGSS- subescala gestão de sinais e sintomas; SEPC-subescala prevenção de complicações

Quanto à variável “que informações obteve sobre o cuidado à FAV antes da construção” (Q19), esta apresenta uma associação estatisticamente significativa com a escala ECAPM-FAV (Tabela 55).

**Tabela 55** - Medidas de associação entre a Q19 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC. o número de amostra igual a um nos dos grupos foi utilizado (n =50)

Q19	ECAPM-FAV								
	Escala Global			SEGSS			SEPC		
	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)
Nível 0	25	47,50 <sup>a</sup>	9,223 (0,026) KW	25	68,50	2,407 (0,079)	25	39,10	2,798 (0,051)
Nível1	9	58,53 <sup>ba</sup>		9	79,17		9	50,28	
Nível 2	15	61,55 <sup>b</sup>		15	84,17		15	52,50	
Nível 3	1	66,07 <sup>ab</sup>		1	87,50		1	57,50	

Legenda: Diferença estatisticamente significativa entre <sup>a</sup> e <sup>b</sup> (p<0,05). KW – Kruskal-Wallis.;  $\bar{\chi}$ - média; Nível 0 – não sabe/não responde, Nível 1 – Nível básico, Nível 2 – Nível médio; Nível 3 – Nível diferenciado; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

Os parâmetros “conhecimento médio” e o “Não-sei/Não responde” apresentam-se estatisticamente diferenciados. Pelos dados obtidos parece que os inquiridos, que demonstram melhores níveis de informação, “Conhecimento médio” e “Conhecimento diferenciado”, sobre os cuidados à FAV antes da construção, apresentam melhores níveis de autocuidado a FAV. Pelo contrário o grupo que respondeu “Não sei/Não responde” apresentam menores níveis de autocuidado.

No que diz respeito se foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a FAV depois da construção (Q20), nomeadamente o parâmetro “SIM” resulta numa associação estatisticamente significativa (p<0,05) com maior média dos valores obtidos na escala ECAPM-FAV e nas duas subescalas, em comparação com o parâmetro “Não” e “Não me lembro” (**Tabela 56**).

Parece evidente que os inquiridos que foram informados sobre os cuidados a ter com a FAV após a sua construção apresentam melhores níveis de autocuidado.

**Tabela 56** - Medidas de associação entre a Q20 e as escalas: ECAPM-FAV, SEGSS e SEPC (n=50)

Q20	ECAPM-FAV								
	Escala Global			SEGSS			SEPC		
	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)	n	$\bar{\chi}$	Valor teste (sig)

Sim	34	60,50 <sup>a</sup>		34	83,09 <sup>a</sup>		34	51,47 <sup>a</sup>	
Não	3	35,71 <sup>b</sup>		3	25,00 <sup>b</sup>		3	40,00 <sup>a</sup>	
Não sei	4	50,00 <sup>ab</sup>	11,747 (0,001)	4	73,44 <sup>ac</sup>	19,105 (<0,001)	4	40,63 <sup>a</sup>	7,522 (<0,001)
Não me lembro	9	37,70 <sup>b</sup>		9	64,58 <sup>c</sup>		9	26,94 <sup>b</sup>	

Legenda: Diferença estatisticamente significativa entre <sup>a</sup> e <sup>b</sup> (p<0,05),  $\bar{\chi}$ -Média, Nível 0 – não sabe/não responde, Nível 1 – Nível básico, Nível 2 – Nível médio; Nível 3 – Nível diferenciado ; SEGSS- Subescala Gestão de Sinais e Sintomas; SEPC-Subescala Prevenção de Complicações

### 3.DISSCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo, analisar o nível de conhecimentos e o nível de comportamentos de autocuidado com a FAV em maturação da pessoa com IRCT, bem como, estudar como as variáveis sociodemográficas, clínicas poderão influenciar o desenvolvimento de conhecimentos e de comportamentos de autocuidado.

Tratando-se de um estudo transversal-analítico e correlacional, com uma amostra composta por 50 participantes, no presente capítulo discutem-se aspetos relevantes dos resultados obtidos, em consonância com os objetivos definidos.

A discussão será realizada em primeira instância sobre as características sociodemográficas, seguida da caracterização clínica e de conhecimentos. Por fim serão abordadas as relações entre os conhecimentos e o perfil de comportamentos de autocuidado à FAV em maturação, e destes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra, verificou-se que a amostra é composta por elementos de ambos os géneros em modo proporcional, com idade superior a 65 anos, na sua maioria casados, e mais de metade da amostra, possui como escolaridade o 1º ciclo do ensino básico. Quanto à situação profissional mais de metade da amostra encontrava-se na situação de reformado.

Os resultados da prevalência da DRC nos diferentes géneros, estudada na Q2, neste trabalho, segue a linha de outros estudos onde se apresentam dados contraditórios das populações, embora haja uma maioria que defenda que existem mais mulheres com

IRCT (Hill et al., 2016). Esta diferença na prevalência de DRC entre homens e mulheres também não é constante entre os países, no entanto em países como França, Tailândia, Portugal e Turquia, é evidente que a prevalência de DRC é duas vezes maior nas mulheres, (Carrero et al., 2018; Clemente N. Sousa et al., 2018) observou também semelhante fato em pessoas com IRCT em pré-diálise onde predominou o género feminino na amostra estudada.

Vinhas et al. (2020) observou também esta tendência superior do género feminino, no estudo publicado sobre a prevalência da DRC em Portugal, onde contou com a participação de 3135 indivíduos entre os 18 e os 99 anos, neste conclui que a amostra era composta na sua maioria por mulheres, com idade entre os 60-69 anos, desempregada ou reformada.

Analisando as características sociodemográficas dos estudos realizados em Portugal, como o RENA (Vinhas et al., 2020) e PREVADIAB (Vinhas et al., 2011), é evidente uma maior prevalência de DRC no género feminino em relação ao género masculino.

Assim, seria expectável que, a proporção de mulheres com DRC em HD fosse superior à dos homens, não só pelos trabalhos publicados, mas também por estas apresentarem uma esperança de vida maior, o que associado ao declínio natural da função renal face ao envelhecimento, contribuisse para uma população com maior risco de desenvolver IRCT (Carrero et al., 2018; Csaba, 2022).

No entanto, é o género masculino que é mais prevalente na terapia renal substitutiva (TRS), não apenas devido à progressão mais rápida da DRC nos homens (Neugarten & Golestaneh, 2019), mas também porque as mulheres idosas são mais propensas a escolher o tratamento conservador (Carrero et al., 2018). Deste modo, explica-se que quando avaliamos amostras com doente em hemodialise a taxa de homens seja mais elevada.

A idade superior a 65 anos constatada neste estudo, encontra-se de acordo com os dados apresentados pelo Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade

Portuguesa de Nefrologia (SPN), em 2022 (Galvão, 2022), em que a média de idade se situou nos 68,38 anos. Neste estudo foram registadas 12.878 pessoas a realizar HD, sendo que 5.444 apresentavam 65 e 80 anos, e 21,3 % apresenta mais de 80 anos. Os dados obtidos nesta dissertação corroboram, e enquadram-se nos estudos e trabalhos recentemente apresentados, que demonstram que a DRC é uma doença crónica com elevada prevalência entre as pessoas mais idosas em Portugal, sendo que, a idade média de pessoas em HD tem vindo também a aumentar, já que em 2012 se situava nos 66.8 anos (Galvão, 2022).

Quanto ao estado civil, a maioria da amostra encontra-se casada, o que está de acordo com os censos de 2021, que identifica os casados como a maioria da população 41,1% (INE, 2021a).

Relativamente à escolaridade a maioria da amostra apresenta baixa escolaridade predominando o 1ª ciclo (62%), concordante com os resultados dos censos 2021, em que 69,3% a população portuguesa com 60 ou mais anos apresenta o 1º ciclo como nível de escolaridade (INE, 2021a).

Em relação à situação profissional a maioria dos inquiridos, 74% encontravam-se em situação de reforma o que se pode justificar pela idade avançada da maioria dos inquiridos.

As características sociodemográficas apresentadas neste estudo, vão ao encontro aos dados mais recentes publicados sobre a população com DRC em Portugal (Vinhas et al., 2020; Vinhas et al., 2011).

Metade da amostra aufer mensalmente um rendimento que pode ser considerado baixo, entre os 250€ e os 530€, o que se pode justificar pela situação profissional dos inquiridos, em que a maioria se encontra reformado. Dados do INE (2021b) indicam que este segmento da população portuguesa sofreu um aumento do risco de pobreza para 18,4% em 2020, sendo o valor médio das pensões da segurança social de 5845€/ano.

Quando questionados sobre a qualidade de vida, 52% dos inquiridos refere que vive em família e não sente solidão afetiva. Vários estudos corroboram estes dados

demonstrando que o estado civil, assim como a funcionalidade familiar, influenciam positivamente a percepção da qualidade de vida. As pessoas casadas e que vivem em família apresentam melhor qualidade de vida relativamente aos que não tem companheiro (Andrade & Martins, 2016).

Relativamente a caracterização clínica e de conhecimentos, a maioria dos inquiridos neste estudo (36,36%) referiu como causa da DRC a “diabetes”. Valor que se encontra de acordo com as elevadas taxas de incidência de *diabetes mellitus* (29,6%) em pacientes com DRC (Galvão, 2022; Sociedade Portuguesa de, 2019). A Diabetes e a HTA, são as principais causas de DRC reportadas por todos os países desenvolvidos e em muitos dos países pobres. Estima-se que a diabetes seja responsável por 30-50% de todas as DRC afetando 285 milhões de pessoas (Csaba, 2022; Hill et al., 2016; Stel et al., 2017; Vinhas et al., 2020; Vinhas et al., 2011; Webster et al., 2016)

A maioria (84%), dos inquiridos reportou que o diagnóstico de IRCT aconteceu há mais de um ano. Pelo que é possível inferir que as boas práticas na norma 017/2011 da DGS, estão a ser seguidas e aplicadas (DGS, 2011).

No que concerne ao tempo de construção da FAV, 48% dos inquiridos reportou a construção da FAV entre 1 e 6 meses. Este intervalo parece equilibrado tendo em conta que, as *guidelines* recomendam a sua construção 6 meses antes da previsão de iniciar HD. Dos inquiridos, 30% reportaram que já tiveram outras FAV's, podendo significar que tiveram uma falência primária, havendo necessidade de construir um novo acesso arteriovenoso. Apesar de amostra estudada, apresentar as causas mais prevalentes de falência dos acessos vasculares, nomeadamente a idade avançada e a diabetes (Frutuoso & Pereira, 2022; Kdoqi, 2021; Ventura et al., 2022), os valores encontra-se dentro dos reportados por Siddiqui et al. (2017) em que 20-54% das fistulas não maturam adequadamente ou têm falência primária.

Todos os inquiridos (100%) reportaram que foram seguidos pelo Nefrologista antes da construção da FAV, dos quais 92,0% há mais de um ano. Tendo em conta que, a referência dos DRC ao Nefrologista, é recomendada quando há um declínio da TFG

< 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (estádios 4 e 5 da DRC) (DGS, 2011; Kdoqi, 2021), os dados obtidos aparentam estar coincidentes com as boas práticas, uma vez que a maioria dos inquiridos (84%) tinha sido diagnosticada com IRCT há mais de um ano, ou seja, apresentavam-se no estágio 4 e 5 da DRC com previsão de necessidade de HD a curto prazo.

Quanto a existência de familiares com a mesma doença e a existência de outras patologias, a maioria não tem familiares com a mesma doença e tem pelo menos uma doença associada, tendo em conta a idade da população da amostra, onde é frequente a multipatologia na população mais idosa (Oliveira Carrageta, 2021).

Relativamente à consulta de esclarecimento, a maioria dos inquiridos (74%) teve uma consulta de esclarecimento onde lhe foram apresentadas as várias opções de tratamento, na sua maioria (65%) feita pelo médico e pelo enfermeiro. Aqueles que reportaram que não tiveram a consulta de esclarecimento, 79% afirmaram que gostariam de a ter tido.

Parece assim evidente que, ainda há possibilidades de melhoria no acesso à consulta de esclarecimento, para que as pessoas possam tomar uma decisão informada sobre as TSFR, é importante que eles tenham acesso a informação suficiente e adequada, e devem ser referenciados atempadamente para essa consulta, desde o estágio 4 da DRC (DGS, 2011). Este esclarecimento deve ser sistemático e mandatário, segundo a norma 017/2011 da DGS, relativamente ao tratamento médico conservador da IRCT estágio 5, em que cada serviço hospitalar de Nefrologia deve proporcionar uma consulta de esclarecimento acerca das diferentes modalidades de tratamento de tratamento da DRC.

Pese embora a sua eficácia ainda seja relativamente desconhecida, alguns estudos apontam para a sua importância, nomeadamente quando é efetuada corretamente, leva ao aumento da participação das pessoas no seu autocuidado, o que se reflete na diminuição da morbidade e mortalidade, bem como nos custos associados aos cuidados médicos (Combes et al., 2017; Compton et al., 2002; Morton et al., 2011).

Relativamente à informação relacionada com a FAV antes da construção, os resultados obtidos indicam que estes podem se transmitidos por diferentes agentes, sendo que, a maioria dos inquiridos neste estudo, respondeu que a informação lhe foi transmitida pelo médico. Durante a pré-diálise, é fundamental que a pessoa seja seguida por uma equipa multidisciplinar, médico Nefrologista e enfermeiro de diálise (Clemente N. Sousa et al., 2018), no sentido de o informar sobre todos os cuidados a ter com o local onde será construída a futura FAV, para uma correta preservação do património vascular.

No que concerne à informação sobre os cuidados pós construção do acesso, 68% dos inquiridos assume que foi informado, e que esta informação foi veiculada pelo médico em 79% dos casos. No entanto, quando foi solicitado aos inquiridos que dissessem pelas próprias palavras o que era uma FAV, 84% demonstrou conhecimentos básicos.

Dado relevante é que esses mesmos inquiridos, quando lhes foi solicitado que, mencionassem algum cuidado, ou alguma informação sobre os cuidados a ter com a FAV após a sua construção, 50% reponderam “não sei/Não responde”. Tendo em conta que 66% dos inquiridos referiu que gostaria de ter tido mais informações sobre os cuidados a ter com a FAV, há espaço de melhoria dos procedimentos para que este conhecimento seja incrementado e melhorado nas pessoas.

Analisando na globalidade as repostas às questões clínicas, os resultados parecem encaminhar para um baixo conhecimento sobre o que é uma FAV, bem como, revelam conhecimentos deficitários sobre os cuidados a ter com esta, quer na fase de pré-construção, quer na fase pós-construção, o que evidencia aqui a necessidade de adaptar a educação à pessoa, de perceber se a informação foi percebida, e se foi ao encontro das suas necessidades.

Estes resultados vão ao encontro de vários estudos que indicam que, as pessoas com DRCT têm baixos conhecimentos sobre a sua doença, contribuindo para isso vários fatores como a baixa escolaridade, idade avançada, e o facto de, a informação transmitida nem sempre é entendida e percebida pelas pessoas, e muitas vezes não é feita da forma

mais adequada (Combes et al., 2017; Costa Pessoa et al., 2020; Inkeroinen et al., 2021; Teasdale et al., 2017).

A presença do enfermeiro na pré-diálise ainda se encontra longe do desejável, a literatura evidencia que os cuidados de enfermagem a esta população estão divididos em duas fases, o pré e o pós início de tratamento, quando o ensino deveria ser um contínuo (Rastogi et al., 2008; Sousa, 2009). Os ensinamentos efetuados as pessoas centram-se sobretudo nas modalidades dialíticas e nas suas especificidades, deixando de lado cuidados fundamentais como a preparação e a manutenção do acesso venoso (Sousa, 2014c).

Nesse sentido, existem várias *guidelines* que recomendam, que os pessoas com DRCT devem ser informados e educados, a tratar da sua FAV (Era-Edta, 2011).

A literatura ainda é escassa no que concerne a que tipo de intervenções podem ser usadas em programas educacionais, de modo a capacitar as pessoas para o autocuidado com FAV. Parece evidente, a necessidade de existirem mais estudos nesse sentido, para inferir quais as intervenções mais e menos eficazes, no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado da FAV.

O estudo de Sousa et al. (2013), remete para a importância de desenvolver ações que promovam o autocuidado com a FAV a pessoas com DRC, sobretudo no pós construção do acesso, bem como, reporta a necessidade de desenvolver programas de intervenção para promover o autocuidado em todas as fases (Sousa, 2014c).

Nesse sentido, Sousa (2012), escreveu uma estrutura orientadora das práticas clínicas a desenvolver pelo enfermeiro a pessoa com FAV, que representa a globalidade dos cuidados dirigidos à pessoa com FAV, incorporando às áreas da preparação, desenvolvimento e manutenção da mesma (Sousa, 2012). Uma dessas áreas é designada de capacitação para o autocuidado, composta por um conjunto de terapêuticas de enfermagem que se devem adequar ao estadió da doença e no âmbito do ensinar, que tem como objetivo promover comportamentos de autocuidado com a existente ou futura FAV (Sousa, 2012).

De acordo com Sousa et al. (2013), não existem instrumentos que permitam avaliar os níveis de autocuidado nas pessoas com FAV em período de maturação, nesse sentido, propôs-se a desenvolver uma escala, a ECAPM-FAV, no intuito de avaliar os cuidados que as pessoas tem com o acesso durante a maturação, bem como, futuras intervenções no sentido de melhorar essa capacitação (Sousa, 2014c).

Em relação aos comportamentos de autocuidado com a FAV em maturação, analisando os resultados da análise descritiva, constata-se que metade dos inquiridos apresentam comportamentos positivos, quer na escala global, quer na escala de gestão de sinais e sintomas. De realçar que a dimensão "Gestão de sinais e sintomas" é a que apresenta níveis médios mais elevados (75,5%). No domínio da prevenção das complicações os inquiridos apresentam menos comportamentos positivos.

Tendo por base o que as pessoas disseram, quando lhes foi pedido para referirem algum cuidado com a FAV na pós construção, denota-se que, a maioria dos cuidados referidos situa-se ao nível da gestão de sinais e sintomas, o que nos leva a refletir que a informação veiculada se centra mais nesta dimensão que na dimensão da prevenção de complicações.

Pelo que foi possível apurar, não existe na literatura artigos que documentem o perfil de comportamentos de autocuidado nas pessoas com DRCT com a sua FAV em período de maturação. A maioria dos estudos incide sobre pessoas em HD, que são de difícil aplicação neste estudo uma vez que se encontram em contextos diferentes.

No que diz respeito ao nível de conhecimento das pessoas com DRCT com FAV em maturação, e a relação estatísticas com as variáveis sociodemográficas verificou-se associações estatisticamente significativas nas variáveis idade, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional, nível de rendimentos e qualidade de vida.

Assim parece que a idade, influencia os níveis de conhecimento, o grupo etário com mais idade apresentou menos conhecimentos sobre o que é uma FAV e sobre os cuidados a ter após a sua construção, o que vai ao encontro de um estudo realizado por (Silva, 2022), sobre a literacia em saúde em pessoas com DRC, onde concluiu que estes

peças apresentavam níveis inferiores de literacia em saúde em comparação com a população geral portuguesa, sendo que 74%, se situavam no nível inadequado ou problemático, e que as pessoas com escolaridade mais baixa apresentavam níveis mais baixos de literacia.

Quanto ao estado civil, parece que, os casados e os solteiros foram os mais informados sobre os cuidados a ter com a FAV após a sua construção, e verifica-se que revelam mais conhecimentos sobre esses cuidados.

Parece plausível que, este indicador esteja ligado ao suporte familiar, que é um elemento de extrema importância, quer na aquisição de conhecimentos, quer nos cuidados e vigilância do acesso vascular, e deve ser um elemento a ser considerado e envolvido aquando do processo de educação, como nos refere um estudo realizado por Sousa et al. (2022) que expõe a perspetiva da família sobre a FAV na DRCT.

Relativamente ao grau de escolaridade e situação profissional, as pessoas com grau de escolaridade acima do 3º ciclo e os profissionalmente ativos, tem mais conhecimento sobre a informação que obtiveram.

Viver com uma doença crónica pode constituir um desafio, pois interfere na dinâmica pessoal e familiar, bem como nas funções físicas, mentais e sociais, o que pode afetar de sobremaneira a qualidade de vida de uma pessoa. As pessoas com este tipo de patologias, enfrentam muitas vezes o isolamento social e solidão, a incapacidade, fadiga, dor/desconforto, desenvolvendo muitas das vezes sentimentos de angústia, raiva, desesperança, frustração ansiedade e depressão (Van Wilder et al., 2021)

No que diz respeito a qualidade de vida, as pessoas que vivem em família e não sentem solidão afetiva parecem ter melhores conhecimentos sobre o que é uma FAV, e as pessoas que tem recursos e com suporte afetivo demonstram recordar-se mais das informações que obtiveram sobre o autocuidado. De acordo com Petronilho (2010) a capacidade de autocuidado está diretamente relacionada com fatores intrínsecos e extrínsecos como por exemplo os recursos familiares.

Comparando a relação entre as variáveis clínicas, e os níveis de conhecimento das pessoas com DRCT com FAV em maturação, obtivemos evidências estatísticas significativas que, as pessoas que tem na base da DRCT rins poliquísticos, tem mais conhecimentos sobre o que é uma FAV e conseguem mencionar alguns cuidados a ter com o acesso vascular. Sendo a doença renal poliquística hereditária, é natural que estas pessoas tenham outros familiares com a mesma doença e a fazer HD, o que lhes permite um contacto próximo com a doença, e consequentemente uma aquisição de conhecimentos.

Verificou-se que, as pessoas que foram informadas pelo Nefrologista, sobre os cuidados a FAV antes da sua construção, também foram informadas sobre os cuidados a ter após a sua construção.

O grupo dos inquiridos que, foram informados pelo médico e pelo enfermeiro em conjunto, sobre o que é uma FAV antes da construção, apresentam um nível diferenciado nos conhecimentos sobre o que é uma FAV, indicador que vai ao encontro do que Van Biesen et al. (2014) afirmaram, sobre a necessidade de equipas multidisciplinares competentes e treinadas. Denota-se mais uma vez, a importância das equipas na pré-dialise, e a importância do desenvolvimento de programas educacionais orientados para o autocuidado.

Quanto a influência das variáveis sociodemográficas, no perfil de comportamentos de autocuidado nas pessoas com FAV em maturação, observou-se que as pessoas que vivem sozinhas e sentem solidão, apresentam menores níveis de comportamentos de autocuidado. Mais uma vez, se evidencia a importância, e o impacto que a família pode ter na adesão aos comportamentos de autocuidado, o que é corroborado pelo estudo de (Sousa et al., 2022), que sugere que a família quando é educada e treinada conjuntamente com o doente, é um elemento importante para a adesão ao autocuidado. A educação não é só importante para o doente, também o é para a família (Harwood & Clark, 2013).

No que diz respeito, aos comportamentos de autocuidado em função das variáveis clínicas, as pessoas com rins poliquísticos apresentam melhores comportamentos de autocuidado sobretudo ao nível da gestão de sinais e sintomas, contrariamente, os diabéticos apresentam menores níveis de comportamentos de autocuidado, particularmente ao nível da prevenção das complicações.

No que concerne ao tempo de construção da FAV, as pessoas com FAV há mais tempo, apresentam melhores níveis de comportamento de autocuidado, principalmente ao nível de gestão de sinais e sintomas.

As pessoas que tiveram acesso a informação sobre o autocuidado, e os que tiveram consulta de esclarecimento, parecem ter melhores comportamentos de autocuidado em comparação com os que não tiveram acesso a qualquer informação. Volta-se a ressaltar a importância das equipas multidisciplinares na pré-diálise.

A existência de familiares com a mesma doença parece influenciar os comportamentos de autocuidado, apresentando estas pessoas melhores níveis de autocuidado no que se refere a prevenção de complicações.

Analisando a relação estatística entre o nível de conhecimento e o perfil de comportamentos de autocuidado com a FAV em maturação, podemos verificar que as pessoas com níveis de conhecimentos médios apresentam maiores níveis de comportamentos de autocuidado com o acesso.

## **CONCLUSÃO**

A dificuldade na comparação dos resultados obtidos neste estudo, prende-se com o facto de maioria dos trabalhos publicados incidirem sobre a população em hemodiálise, existindo assim poucos estudos que incidam sobre o autocuidado da FAV em maturação.

Relativamente ao objetivo traçado, conhecer a caracterização da amostra com DRCT portadora de FAV em maturação a nível das variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento, conclui-se que, esta amostra se compôs maioritariamente por uma

população envelhecida, com baixos níveis de escolaridade e baixos rendimentos, com apoio familiar.

Quanto ao objetivo identificar o nível de conhecimentos assumidos pelas pessoas com DRCT relativamente ao autocuidado a FAV em maturação, apesar de terem tido uma consulta de esclarecimento, e terem sido informados sobre os cuidados a ter com a FAV na pré e pós construção, observaram-se baixos níveis de conhecimentos sobre o que é uma FAV, e um conhecimento deficitário no que diz respeito ao conhecimento sobre o autocuidado.

Relativamente a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas, e o nível de conhecimentos relativamente ao autocuidado, o suporte familiar família revelou-se como um elo importante quer na aquisição de conhecimentos, quer ao nível dos comportamentos de autocuidado.

Os níveis de comportamento de autocuidado ficaram abaixo do desejado (50% em 100%) na escala geral, com melhores indicadores no domínio da gestão de sinais e sintomas 75%, e menores indicadores na prevenção de complicações.

De salientar a importância das consultas de esclarecimento e da equipa multidisciplinar na transmissão de informação, que têm um impacto positivo quer ao nível do conhecimento quer ao nível dos comportamentos de autocuidado.

Observou-se de um modo geral que quanto mais informados são as pessoas sobre o que é uma FAV e sobre os cuidados a ter com ela que na pré, quer nos pós construção, reflete-se nos níveis de conhecimentos e nos níveis de autocuidado positivamente.

Com este estudo pode-se verificar ainda, que o nível de conhecimentos do IRCT refletiu-se no perfil de comportamentos de autocuidado a FAV.

Mais estudos sobre o autocuidado a FAV na pré-dialise, bem como, sobre necessidades de educação desta população, devem ser efetuados, para compreender quais as suas dificuldades e para o futuro desenvolvimento de programas educacionais.

Pretende-se com este estudo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com FAV, contribuindo desta forma para a eficiência dos cuidados de saúde na área da nefrologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreo, K., Amin, B. M., & Abreo, A. P. (2019). Physical examination of the hemodialysis arteriovenous fistula to detect early dysfunction. *J Vasc Access*, 20(1), 7-11. <https://doi.org/10.1177/1129729818768183>
- Álvarez, M. T. G., & Cercós, R. M. (2010). *Manual de accesos vasculares para hemodiálisis* (Marge Médica Books ed.).
- Andrade, A., & Martins, R. (2016, 2016). Funcionalidade Familiar e Qualidade de vida em Idosos. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. d. S., Silva, R. C. G. d., Santos, E. J. F. d., & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging Ment Health*, 22(9), 1190-1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>
- Augusto, B., Rodrigues, C., Simões, J., Amaro, R., & Almeida, Z. (2004). *O corpo e os cuidados*. Formasau.
- Besarab, A., & Brouwer, D. (2004). Special Article. Improving arteriovenous fistula construction: Fistula first initiative. *Hemodialysis International*, 8(3), 199-206. <https://doi.org/10.1111/j.1492-7535.2004.01096.x>
- Bevan, M. T. (1998). Nursing in the dialysis unit: technological enframing and a declining art, or an imperative for caring. *J Adv Nurs*, 27(4), 730-736. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00603.x>
- Busse, R. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges* (O. World Health, S. European Observatory on Health, & Policies, Eds.). World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bylsma, L. C., Gage, S. M., Reichert, H., Dahl, S. L. M., & Lawson, J. H. (2017). Arteriovenous Fistulae for Haemodialysis: A Systematic Review and Meta-analysis of Efficacy and Safety Outcomes. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 54(4), 513-522. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2017.06.024>
- Carrero, J. J., Hecking, M., Chesnaye, N. C., & Jager, K. J. (2018). Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Nature Reviews Nephrology*, 14(3), 151-164. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.181>

- Carvalho, T., Ponce, P., Jorge, G., Videira, L., Santos, A. d., & Morais, J. (2011). Cap. VII - Acessos Vasculares. In *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.
- Cipe. (2011). *CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Clementi, A., Coppolino, G., Provenzano, M., Granata, A., & Battaglia, G. G. (2021). Holistic vision of the patient with chronic kidney disease in a universalistic healthcare system. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 25(2), 136-144. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.13556>
- Coelho, A. P., Sá, H. O., Diniz, J. A., & Dussault, G. (2014). The integrated management for renal replacement therapy in Portugal: IM ESRD in Portugal. *Hemodialysis International*, 18(1), 175-184. <https://doi.org/10.1111/hdi.12064>
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel.
- Combes, G., Sein, K., & Allen, K. (2017). How does pre-dialysis education need to change? Findings from a qualitative study with staff and patients. *BMC Nephrology*, 18(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0751-y>
- Compton, A., Provenzano, R., & Johnson, C. A. (2002). The nephrology nurse's role in improved care of patients with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 29(4), 331-336. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224365>
- Consumers, H., & Food Executive, A. (2014). *Doença crónica: o problema de saúde dos nossos tempos*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2818/54779>
- Costa, J. d. S. (1999). *Método e percepção de cuidar em enfermagem* [Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/10141>
- Costa Pessoa, N. R., de Souza Soares Lima, L. H., dos Santos, G. A., de Queiroz Frazão, C. M. F., Sousa, C. N., & Ramos, V. P. (2020). Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 369-377. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>
- Csaba, P. K. (2022, 2022). Epidemiology of chronic kidney disease:an update 2022. *Kidney International Supplements*.
- De Nicola, L., & Minutolo, R. (2016). Worldwide growing epidemic of CKD: fact or fiction? *Kidney Int*, 90(3), 482-484. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.05.001>
- DGAEP. (2022). *Tabela de habilitações literárias*. [https://www.dgaep.gov.pt/upload/homepage/Noticias/LVCR/TAB\\_LVCR\\_HABILITACOES.pdf](https://www.dgaep.gov.pt/upload/homepage/Noticias/LVCR/TAB_LVCR_HABILITACOES.pdf)

- DGS, D.-G. d. S. (2011). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. In.
- DGS, D.-G. d. S. (2023). *I. Sobre a prevenção da doença renal crónica*. Plataforma informática de gestão integrada da doença. Retrieved 11/04/2023 from
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista., (2019). [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Dias, S. A. (1993, 1993). Unidades de hemodialise: contributos dos métodos de distribuição de trabalho para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Nephro's*, pp.51-53. <https://www.apedt.pt/publicacoes/>
- Elshahat, S., Cockwell, P., Maxwell, A. P., Griffin, M., O'Brien, T., & O'Neill, C. (2020). The impact of chronic kidney disease on developed countries from a health economics perspective: A systematic scoping review. *PLoS One*, *15*(3), e0230512. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230512>
- Era-Edta, R. (2011). ERA-EDTA Registry Annual Report 2009. In: Academic Medical Center. Departmente os Medical Informatics.
- Ers, E. R. d. S. (2022). Informação de Monitorização- Setor Convencionado de Hemodiálise. In.
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. A., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública*. <http://hdl.handle.net/10400.26/9899>
- Fernandes, C., Ramos, J., Ladeira, L., & Gomes, R. (2011). Cap. I - História da Hemodiálise. In *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção a realização*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas,Lda.
- Frutuoso, M., & Pereira, S. (2022). Avaliação do Acesso Vascular para Hemodiálise. In *ECCODOPPLER no Acesso Vascular para Hemodiálise* (1ª ed.). GEV-Grupo de Acessos Vasculares.
- Galvão, A. (2022). *Abordagem da DRC avançada: estado da arte e controvérsias*.
- GID. (2023). *I. Sobre a prevenção da doença renal crónica*. Plataforma Informática da Gestão Integrada da Doença. <https://gid.min-saude.pt/drc/index.php?id=1>
- Hakim, R. M., & Himmelfarb, J. (2009). Hemodialysis access failure: a call to action—revisited. *Kidney Int*, *76*(10), 1040-1048. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.318>
- Harwood, L., & Clark, A. M. (2013). Understanding pre-dialysis modality decision-making: A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud*, *50*(1), 109-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.003>

- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. R. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, *11*(7), e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Hoggard, J., Saad, T., Schon, D., Vesely, T. M., & Royer, T. (2008). Guidelines for Venous Access in Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis*, *21*(2), 186-191. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2008.00421.x>
- Horsburgh, M. E. (1999). Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *Int J Nurs Stud*, *36*(6), 443-453. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00049-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00049-8)
- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., . . . Barba, Á. (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Nefrología*, *37*, 1-191. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
- Iglesias, A. G., Mirunis, C., Pelliccia, F., Morris, I., Romach, I., Matos, J. F., . . . Kafkia, T. (2016). *Acesso Vascular- Canulação e Cuidado, Manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa* (Fresenius Medical Care ed.). [https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular\\_Access\\_book\\_pt.pdf](https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf)
- INE. (2021a, 2021). *CENSOS 2021*. Instituto Nacional de Estatística. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_main&xpid=CENSOS21&lang=pt](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&lang=pt)
- INE. (2021b, 2021). *Rendimentos e Condições de Vida 2020*. Instituto Nacional de Estatística. [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Inglese, M. (2022). *Dialysis Access -Arteriovenous Fistula* (4th edition ed.). ANNA.
- Inkeroinen, S., Koskinen, J., Karlsson, M., Kilpi, T., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., . . . Virtanen, H. (2021). Sufficiency of Knowledge Processed in Patient Education in Dialysis Care. *Patient Preference and Adherence, Volume 15*, 1165-1175. <https://doi.org/10.2147/PPA.S304530>
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., . . . Yang, C.-W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, *382*(9888), 260-272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
- Kdigo. (2016). KDIGO Guidelines. <https://kdigo.org/mission/>
- Kdoqi, N. K. F. I. (2021). NKF KDOQI clinical practice guidelines. <https://www.kidney.org/professionals/guidelines>
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements*, *12*(1), 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

- Levey, A. S., Stevens, L. A., & Coresh, J. (2009). Conceptual model of CKD: applications and implications. *American Journal of Kidney Diseases*, 53(3 Suppl 3), S4-16. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.07.048>
- Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., . . . Perkovic, V. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975-1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., . . . Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1-S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Stud*, 34(4), 295-304. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(97\)00017-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(97)00017-5)
- Marchão, C., Cahado, A. d. S., Matias, T., Sousa, T. d., & Pimenta, S. (2011). Cap. IV - Insuficiência Renal Crônica Terminal - Manifestações clínicas e opções terapêuticas. In *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.
- Molina Mejías, P., Liebana Pamos, B., Moreno Pérez, Y., Arribas-Cobo, P., Rodríguez Gayán, P., & Díaz de Argote-Cervera, P. (2017). Aportación de la ecografía realizada por enfermería a la exploración del acceso vascular. *Enfermería Nefrológica*, 20(3), 241-245. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000300007>
- Moniz, J. M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa-A prática de cuidados como experiência formativa* (1ª ed.). Lusociência.
- Morton, R. L., Howard, K., Webster, A. C., & Snelling, P. (2011). Patient INformation about Options for Treatment (PINOT): a prospective national study of information given to incident CKD Stage 5 patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(4), 1266-1274. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq555>
- Neugarten, J., & Golestaneh, L. (2019). Influence of Sex on the Progression of Chronic Kidney Disease. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(7), 1339-1356. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.12.024>
- Norton de Matos, A., Sousa, C. N., & Teixeira, G. (2022). *ECCODOPPLER no Acesso Vascular para Hemodiálise* (1ª edição ed.). GEV-Grupo de Acessos Vasculares.
- OE, O. d. E. (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos. In.
- OE, O. d. E. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

- OE, O. d. E. (2016). CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA TERMINAL EM HEMODIÁLISE.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf)
- Oecd, O. p. a. C. e. D. E. (2011). Health at Glance 2011:OECD indicadores. In: OECD Publishing.
- Olim, M. F., Guadalupe, S., Zeferino, S., Marques, M., Neves, P., & Conceição, J. (2018). Necessidades e recursos sociais em doentes renais crónicos hemodialisados. *Serviço Social e Saúde*, 17(1), 31-64.  
<https://doi.org/10.20396/sss.v17i1.8655202>
- Oliveira Carrageta, M. (2021). *Temas em geriatria clínica* (1a. edição ed.). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Assembleia Geral Extraordinária, em 03.01.2018: Ordem dos enfermeiros
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem conceptos de enfermeriaa en la practica*. Edic. Cientificas y Técnicas.
- Ozen, N., Tosun, N., Cinar, F. I., Bagcivan, G., Yilmaz, M. I., Askin, D., . . . Zajm, E. (2017). Investigation of the knowledge and attitudes of patients who are undergoing hemodialysis treatment regarding their arteriovenous fistula. *J Vasc Access*, 18(1), 64-68. <https://doi.org/10.5301/jva.5000618>
- Pereira, H. D. R. (2018). *Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa da Pessoa em Progrma Regular de Hemodiálise* Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior de Saúde].
- Petronilho, F. A. S. (2010, 2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura. *Revista de Investigação, Formasau*.  
<https://hdl.handle.net/1822/21668>
- Pile, C. (2004). Hemodialysis vascular access: how do practice patterns affect outcomes? *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 31(3), 305-308. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303426>
- Pinto, F. E. M. (2007). A dimensão afetiva do sujeito psicológico: algumas definições e principais características. *Revista de Educação*, 10(10).
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5. ed ed.). Artmed.

- Pomar, C., Balça, Â., Conde, A. F., García, A. M., García, A. M., Nogueira, C., . . . Magalhães, O. (2012). 1.1 Género e Cidadania. In *Guião de educação género e cidadania 2º ciclo*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de género. [https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/guiao\\_educacao\\_2ciclo.pdf](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/guiao_educacao_2ciclo.pdf)
- Queirós, P. J. P. (2010, 2010 Fevereiro). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*.
- Rastogi, A., Linden, A., & Nissenson, A. R. (2008). Disease Management in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 15(1), 19-28. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.10.011>
- Raza, H., Hashmi, M., Dianne, V., Hamza, M., Hejaili, F., & A-Sayyari, A. (2019). Vascular access outcome with a dedicated vascular team based approach. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 30(1), 39. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.252931>
- Reguant Álvarez, M., & Martínez Olmo, F. (2004). Operacionalización de conceptos/variables. In.
- Ribeiro, R. D. C. H. M., Miranda, A. L. L. D., Cesarino, C. B., Bertolin, D. C., Ribeiro, D. F., & Kusumota, L. (2009). Necessidades de aprendizagem de profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes com fístula arteriovenosa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe1), 515-518. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000800012>
- Schrauben, S. J., Chen, H.-Y., Lin, E., Jepson, C., Yang, W., Scialla, J. J., . . . Anderson, A. H. (2020). Hospitalizations among adults with chronic kidney disease in the United States: A cohort study. *PLoS Med*, 17(12), e1003470. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003470>
- Siddiqui, M. A., Ashraff, S., & Carline, T. (2017). Maturation of arteriovenous fistula: Analysis of key factors. *Kidney Research and Clinical Practice*, 36(4), 318-328. <https://doi.org/10.23876/j.krcp.2017.36.4.318>
- Silva, A. J. B. (2022). *Literacia em saúde e qualidade de vida do doente insuficiente renal crónico em program regular de hemodiálise* [Tese Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.22/21498>
- Sociedade Portuguesa de, D. (2019). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. In: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Sousa, C. N. (2009). *CUIDAR DA PESSOA COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas* Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, universidade do Porto]. Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19355/2/ClementeMestrado.pdf>

- Sousa, C. N. (2012, 2012). Caring for the person arteriovenous fistula: Model for continuous improvement. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, 11-17.
- Sousa, C. N. (2014a). Capítulo IV .Instrumentos de avaliação do Autocuidado com a Fítula Areterivenosa. Constrution of an assessment scale of self-care behaviors intrh period of arteriovenous fistula maturation. In *Cuidar da Pessoa com Doença Reanla Crónica Terminal com Fístula Arteriovenosa* (pp. 91-104). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/77147>
- Sousa, C. N. (2014b). *Cuidar da pessoa com doença renal crónica terminal com fístula artério venosa* ICBAS]. <https://hdl.handle.net/10216/77147>
- Sousa, C. N. (2014c). *Cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal com Fístula Arteriovenosa* [Tese de Douturamento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/77147>
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. F. (2013). Physical examination: How to examine the arm with arteriovenous fistula. *Hemodialysis International*, 17(2), 300-306. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2012.00714.x>
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. F. (2014). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1796-1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.12207>
- Sousa, C. N., Figueiredo, M. H., Dias, V. F., Teles, P., & Apóstolo, J. L. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviours anticipatory to creation of arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3674-3680. <https://doi.org/10.1111/jocn.12970>
- Sousa, C. N., Ligeiro, I., Teles, P., Paixão, L., Dias, V. F., & Cristovão, A. F. (2018). Self-care in Preserving the Vascular Network: Old Problem, New Challenge for the Medical Staff. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 22(4), 332-336. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1744-9987.12664>
- Sousa, C. N., Ligeiro, I., Teles, P., Paixão, L., Dias, V. F. F., & Cristovão, A. F. (2018). Self-care in Preserving the Vascular Network: Old Problem, New Challenge for the Medical Staff: Self-Care with Vascular Network. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 22(4), 332-336. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12664>
- Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N., & Novais, M. E. L. M. (2017). Self-Care on Hemodialysis: Behaviors With the Arteriovenous Fistula: Self-Care on HD: Behaviors With the AVF. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 21(2), 195-199. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12522>

- 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: Physical examination of AVF. *Hemodialysis International*, 18(3), 695-699. <https://doi.org/10.1111/hdi.12170>
- Sousa, H., Bártolo, A., Ribeiro, O., & Figueiredo, D. (2022). A family-centred perspective on the arteriovenous fistula in end-stage renal disease: Findings from dyadic interviews. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(2), 426-438. <https://doi.org/10.1111/scs.13055>
- Stel, V. S., Brück, K., Fraser, S., Zoccali, C., Massy, Z. A., & Jager, K. J. (2017). International differences in chronic kidney disease prevalence: a key public health and epidemiologic research issue. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 32(suppl\_2), ii129-ii135. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw420>
- Sullivan, M. K., Jani, B. D., McConnachie, A., Hanlon, P., McLoone, P., Nicholl, B. I., . . . Mark, P. B. (2021). Hospitalisation events in people with chronic kidney disease as a component of multimorbidity: parallel cohort studies in research and routine care settings. *BMC Medicine*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02147-6>
- Teasdale, E. J., Leydon, G., Fraser, S., Roderick, P., Taal, M. W., & Tonkin-Crine, S. (2017). Patients' Experiences After CKD Diagnosis: A Meta-ethnographic Study and Systematic Review. *American Journal of Kidney Diseases*, 70(5), 656-665. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.05.019>
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência.
- Trépanier, P., Quach, C., Gonzales, M., Fortin, É., Kaouache, M., Desmeules, S., . . . on behalf of the Quebec Healthcare-Associated Infections Surveillance Program Hemodialysis, G. (2014). Survey of Infection Control Practices in Hemodialysis Units: Preventing Vascular Access-Associated Bloodstream Infections. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(7), 833-838. <https://doi.org/10.1086/676862>
- Vale, E., Lopez-Vargas, P., & Polkinghorne, K. R. (2011). Nursing care of arteriovenous fistula/arteriovenous graft. In: *Kidney Health Australia*.
- Van Biesen, W., van der Veer, S. N., Murphey, M., Loblova, O., & Davies, S. (2014). Patients' Perceptions of Information and Education for Renal Replacement Therapy: An Independent Survey by the European Kidney Patients' Federation on Information and Support on Renal Replacement Therapy. *PLoS One*, 9(7), e103914. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103914>
- Van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., . . . De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease: insights from patients with a low

- socioeconomic status. *BMC Family Practice*, 22(1), 233.  
<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>
- Ventura, A., Loureiro, L., & Teixeira, S. (2022). Decisão da Construção do Acesso Vascular. In *ECODOPPLER no Acesso Vascular para Hemodiálise* (1ª edição ed.). GEV-Grupo de Acessos Vasculares.
- Vinhas, J., Aires, I., Batista, C., Branco, P., Brandão, J., Nogueira, R., . . . Rodrigues, E. (2020). RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*, 144(10), 479-487. <https://doi.org/10.1159/000508678>
- Vinhas, J., Gardete-Correia, L., Boavida, J. M., Raposo, J. F., Mesquita, A., Fona, M. C., . . . Massano-Cardoso, S. (2011). Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors, and risk of end-stage renal disease: data from the PREVADIAB study. *Nephron Clin Pract*, 119(1), c35-40. <https://doi.org/10.1159/000324218>
- Webster, A., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2016, 2016). Chronic Kidney Disease. *online*.
- Who, W. H. O. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. In.
- Wingard, R. (2005). Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 32(2), 211-214; quiz 215. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15889805>
- Yan, M.-T., Chao, C.-T., & Lin, S.-H. (2021). Chronic Kidney Disease: Strategies to Retard Progression. *Int J Mol Sci*, 22(18), 10084. <https://doi.org/10.3390/ijms221810084>
- Ying, Q., Mao, Y., Xie, X., Wu, P., Ma, J., Zhou, W., . . . Yang, X. (2021). Multicenter Investigation of the Initial Hemodialysis Vascular Access and Its Related Factors in Hangzhou of China. *Biomed Res Int*, 2021, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2021/6628139>
- Young, E. W., Dykstra, D. M., Goodkin, D. A., Mapes, D. L., Wolfe, R. A., & Held, P. J. (2002). Hemodialysis vascular access preferences and outcomes in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int*, 61(6), 2266-2271. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2002.00387.x>

## ANEXOS

## ANEXO A

# Questionário de Avaliação dos Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em período de Maturação

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

#### Título do estudo: A Pessoa com doença renal crónica terminal - Comportamentos de Autocuidado à FAV em maturação

O presente questionário é um instrumento de avaliação e **tem como objetivo recolher dados**. Antes de iniciar o preenchimento do questionário, tenha presente os seguintes aspetos:

- O presente instrumento de recolha de dados foi desenvolvido no âmbito de um projeto académico integrado no Mestrado de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança.
- Será realizado um estudo de investigação, no qual se pretende identificar os conhecimentos e comportamentos cuidativos a FAV em maturação das pessoas com doença renal crónica terminal.
- A orientação desta investigação está a cargo da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco docente do Departamento de Ciências, Gerontologia e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança.
- **A sua participação no estudo é voluntária, livre e esclarecida.** Não haverá qualquer alteração no processo assistencial, caso não queira participar na realização da investigação.
- Todos os encargos/despesas que resultem da investigação são da responsabilidade do investigador.
- **Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais**, destinando-se a tratamento estatístico com o objetivo restrito à investigação e **já não serão revelados individualmente estando garantidos a proteção e a confidencialidade dos mesmos**. Após a recolha estatística os questionários serão destruídos.

Agradecemos, desde já o tempo que vai despende no preenchimento do questionário. **A sua colaboração é preciosa e sem ela a investigação não poderá ser realizada.**

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido e compreendido este documento. Participo de forma voluntária, livre e esclarecida.

Desta forma permito a utilização dos dados que forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dada pelo/a investigado/a.

Aceito participar na investigação

Não aceito participar na investigação

Data\_ /\_ /2022

## Questionário

### I PARTE- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

#### 1. GÉNERO

1 Masculino  2 Feminino  3 Outro

#### 2. IDADE

1 18 a 25 anos  2 26 a 35 anos   
3 36 a 45 anos  4 46 a 55 anos   
5 56 a 65 anos  6 66 a 75 anos   
7 mais de 76 anos

#### 3. ESTADO CIVIL

1 Casado  2 União de Fato  3 Divorciado   
4 Solteiro  5 Víuvo  Outro  Qual?

#### 4 – Grau de Escolaridade

1 Nenhum  2 Básico – 1.º ciclo  3 Básico – 2.º ciclo   
4 Básico – 3.º ciclo  5 Secundário  6 Ensino Superior

#### 5 – Situação Profissional

1 Trabalhador por conta própria  2 Trabalhador por conta de outrem   
3 Desempregado  4 Reformado  5 Estudante

#### 6 – Nível de Rendimentos

1 Sem rendimentos próprios  2 Com rendimentos até 250€   
3 Com rendimentos entre 250€ - 530€  4 Com rendimentos entre 530€ - 750€   
5 Com rendimentos entre 750€ - 1000€  6 Com rendimentos entre 1000€ - 1500€   
7 Com rendimentos superiores a 1500€

**7 – Qualidade de vida a nível afetivo**

- 1 Tenho recurso/suportes afetivos que me permitem viver em qualidade de vida afetiva
- 2 Vivo sozinho(a) e sinto solidão afetiva
- 3 Vivo em família e sinto solidão afetiva
- 4 Vivo sozinho(a) e não sinto solidão afetiva
- 5 Vivo em família e não sinto solidão afetiva
- 6 Outro. Qual? \_

**II PARTE- CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E INFORMATIVA**

**8 – Qual a causa da Doença Renal Crónica**

- 1 Diabetes  2 Hipertensão Arterial  3 Causa Vascular
- 4 Rins Poliquísticos  5 Doença Autoimune  6 Causa Infeciosa
- 7 Outra (Qual?)

**9 - Há quanto tempo foi diagnosticado com Doença Renal Crónica Terminal?**

- 1 Há menos de um ano  2 há mais de um ano

**10 – Há Quanto Tempo foi Construída a Fístula Arteriovenosa Atual? meses**

**11 – Quem lhe Transmitiu a Informação Relacionada com os Cuidados a Ter com a Fístula Arteriovenosa?**

- 1 Ninguém  2 Médico Residente  3 Médico Nefrologista
- 4 Enfermeiro  5 Outros Doentes

**12 - Tem outros familiares com a mesma doença?**

- 1 Sim  2 não

**13 - Tem outras doenças?**

1 Não  2 Sim  Se sim Qual?\_

**14- Era seguido pelo médico Nefrologista antes da construção da fistula arteriovenosa??**

1 Sim  2 Não

**14.1 - Se SIM, há quanto tempo?**

1 Menos de um ano  2 Mais de um ano

**15 - Teve alguma consulta de esclarecimento após o diagnóstico da DRCT, onde lhe foram apresentadas as várias opções de tratamento?**

1 Sim  2 Não

**15.1 - Se sim, quem fez a consulta de esclarecimento?**

1 Enfermeiro  2 Médico  3 Médico e enfermeiro   
7 Outro (Qual?)  \_\_\_\_\_

**15.2 - Se NÃO, gostaria de ter tido?**

1 Sim  2 Não

**16 - Já teve outras fístulas?**

1 Sim  2 Não

**17- Foi informado sobre o que é uma fistula arteriovenosa antes da construção?**

1 Sim  2 Não  3 Não me lembro

**17.1 – Quem o informou?**

1 Médico  2 Enfermeiro  3 Familiar   
7 Outro (Quem?)  \_\_\_\_\_

18 - Diga em breves palavras o que é uma Fístula Arteriovenosa? (resposta obtida sem qualquer intervenção do entrevistador)

-

19- Diga em breves palavras que informações obteve sobre o cuidado à Fístula arteriovenosa antes da construção? (resposta obtidas sem qualquer intervenção do entrevistador)

-

20 – Foi informado acerca dos cuidados que deve ter com a Fístula Arteriovenosa (FAV) depois da construção?

- 1 Sim  2 Não  3 Não sei   
4 Não me lembro

20.1 – Se foi informado, quem o informou?

- 1 Médico  2 Enfermeiro  3 Familiar   
7 Outro (Quem?)  \_\_\_\_\_

21- Consegue mencionar algum cuidado que se recorde relativamente a esses cuidados? (resposta obtida sem qualquer intervenção do entrevistador)

-

22 - Diga em breves palavras que informações obteve? (resposta obtidas sem qualquer intervenção do entrevistador)

-

23 – Gostaria de ter tido mais informação sobre os cuidados a ter com a sua Fístula Arteriovenosa?

- 1 Sim  2 Não  3 Não sei exatamente

24 - Gostaria de dizer algo relativamente à sua situação? (resposta obtida sem qualquer intervenção do entrevistador)

---

**III PARTE- Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em período de Maturação**

**ECAPM – FAV** Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período de Maturação da Fístula Arteriovenosa

**Instruções:** Este questionário apresenta diversas afirmações sobre os cuidados que deveria ter com a fistula arteriovenosa. Pretende-se saber quais os comportamentos de autocuidado que são desenvolvidos por si dirigidos à fistula arteriovenosa. Para cada uma das afirmações deve dar a resposta utilizando a escala gradual a seguir à mesma.

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado
<b>i</b>	<b>i</b>	<b>i</b>	<b>i</b>	<b>i</b>

Continua na próxima página

Assinale apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o círculo correspondente à sua opção.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 – Sinto o frémito no local da fistula duas vezes por dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fistula arrefece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 – Permito colheitas de sangue no braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 – Vou imediatamente ao hospital/clinica se começar a doer a mão do braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 – Protejo o braço da fistula de arranhões, cortes e feridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 – Permito que a tensão arterial seja avaliada no braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fistula arrefece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 – Protejo o braço da fistula de pancadas e choques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 – Carrego pesos utilizando o braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 – Faço exercícios apertando uma bola com a mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 – Uso roupas apertadas no braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 – Vou imediatamente ao hospital/clinica caso o local da fistula não tenha frémito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 – Durmo sobre o braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 – Observo sinais de vermelhidão e inchaço no local da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 – Vou imediatamente ao hospital/clinica se aparecer feridas na mão do braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grata pela atenção

## ANEXO B

### Autorização das comissões de ética



Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Catarina Eufémia Martins Vaz

catarina.m.vaz@gmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	07/09/2022	PROC. Nº: 39/2022	27/10/2022

ASSUNTO: ***“ A pessoa com doença renal crónica terminal- Comportamentos de Autocuidado à FAV em maturação”***

Exma Senhora Enfª Catarina Eufémia Martins Vaz,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo ***““ A pessoa com doença renal crónica terminal- Comportamentos de Autocuidado à FAV em maturação”***.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 26/10/2022 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,

(Eliana Pereira, Dra)

R. 2964 de 25.07.2022 Solicitação de autorização e de parecer para a realização de estudo de investigação, no âmbito da elaboração da dissertação de Mestrado em Enfermagem a pessoa em situação crítica



1 anexo

Exma. Senhora  
Enfa. Catarina Vaz

Para os devidos efeitos, remete-se o documento em anexo, relativo ao assunto em apreço, sobre o qual o Conselho de Administração, em reunião do dia 22 de setembro de 2022, deliberou o seguinte:

**" Parecer favorável. "**

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]  
Secretariado do Conselho de Administração  
*Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)*  
*Comissão de Ética para a Saúde (CES)*  
*Comissão de Proteção Radiológica (CPR)*  
GCL-PPCIRA


Avenida da Noruega  
5 000 - 508 Vila Real

E. [Redacted]  
T. +351259300508 F. +351259300503



## ANEXO C

### Autorização para a utilização da escala de Avaliação de comportamentos de autocuidado período de maturação da fístula arteriovenosa (ECAPM-FAV)

☆  **Clemente Sousa**  
RE: autorização da utilização da escola  
To: Catarina

9 June 2022 at 15:23

---

Boa Tarde Catarina,

Venho por este meio dar autorização a utilização da escala, Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período de Maturação da Fístula Arteriovenosa (ECAPM-FAV).

Clemente

----- Mensagem original -----

De: Catarina Vaz <>  
Enviada: 6 de junho de 2022 15:41

[See More from Catarina](#)

ECAPM – FAV Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado Período de Maturação da Fístula Arteriovenosa

**Instruções:** Este

questionário apresenta diversas afirmações sobre os cuidados que deveria ter com a fístula arteriovenosa. Pretende-se saber quais os comportamentos de autocuidado que são desenvolvidos por si dirigidos à fístula arteriovenosa. Para cada uma das afirmações deve dar a resposta utilizando a escala gradual a seguir à mesma.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	Desenvolvo este comportamento de autocuidado	apenas uma
Assinale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cada afirmação,
resposta para						

preenchendo o círculo correspondente à sua opção.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 – Sinto o frémito no local da fistula duas vezes por dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fistula arrefece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 – Permito colheitas de sangue no braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 – Vou imediatamente ao hospital/clinica se começar a doer a mão do braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 – Protejo o braço da fistula de arranhões, cortes e feridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 – Permito que a tensão arterial seja avaliada no braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fistula arrefece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 – Protejo o braço da fistula de pancadas e choques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 – Carrego pesos utilizando o braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 – Faço exercícios apertando uma bola com a mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 – Uso roupas apertadas no braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 – Vou imediatamente ao hospital/clinica caso o local da fistula não tenha frémito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 – Durmo sobre o braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 – Observo sinais de vermelhidão e inchaço no local da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 – Vou imediatamente ao hospital/clinica se aparecer feridas na mão do braço da fistula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO D

### Teste de declínio cognitivo de 6 itens

#### Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens <sup>(1)</sup>

Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT; Brooke & Bullock, 1999).

Leia e coloque as questões que se seguem:

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
Peça a pessoa que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, Rua da Sofia, nº 42, Coimbra. Repetir 3 vezes.		
3. Que horas são (aproximadamente)? Tolera-se margem de erro de 1 hora.	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1. Tolera-se se identifica e corrija de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa. Tolera-se se identifica e corrija de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

#### Pontos de corte

Deterioração cognitiva [atendendo ao nível de escolaridade] se:

[≤ 2 anos de escolaridade] ≥ 12;

[3 a 6 anos de escolaridade] ≥ 10;

[≥ 7 anos de escolaridade] ≥ 4.

Deterioração cognitiva [não atendendo ao nível de escolaridade] se: ≥ 10;

(1) João Luís Alves Apóstolo, Diana dos Santos Paiva, Rosa Carla Gomes da Silva, Eduardo José Ferreira dos Santos & Timothy John Schultz (2017): Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT), Aging & Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2017.1348473

## ANEXO E

### Relatório de estágio

Catarina Eufémia Martins Vaz

**Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do  
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientadora Científica: Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-  
Branco

## **ABREVIATURAS**

ATM - Antimicrobiano

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHMTAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC- Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEPSC-Enfermeiro Especialista em Enfermagem A Pessoa em Situação crítica

ERC - Enterobactéria Resistente aos Carbapenemes

GCLPPCIRA- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e  
Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

HD - Hemodiálise

HM – Higiene das mãos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INCS – Infecções Nasocomias da Corrente Sanguínea

IPP- Inquéritos se Prevalência de Ponto

MRSA- Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCIs – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

SLEDD – Sustained Low-Efficiency Daily Dialysis

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – serviço de Urgência

ULSNE – Unidade Local De Saúde do Nordeste

VE – Vigilância Epidemiológica

VMI – Ventilação Mecânica Inavsiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1 – CONTEXTUALIZAÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1.1 SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA (SMI)</b>	<b>5</b>
<b>1.2 GCL-PPCIRA</b>	<b>7</b>
<b>1.3 SERVIÇO URGÊNCIA</b>	<b>14</b>
<b>2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>17</b>
2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	17
2.2 Domínio da Gestão da Qualidade e dos Cuidados	21
2.3 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	28
<b>3 - CONCLUSÃO</b>	<b>36</b>
<b><i>Bibliografia</i></b>	<b>38</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio, surge integrado do 2º ano do Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de saúde de Bragança- Instituto Politécnico de Bragança. Este relatório tem como propósito expor e evidenciar através de uma análise de carácter reflexivo, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas durante os três estágios propostos, dois deles de carácter obrigatório e um opcional.

A componente do estágio é uma etapa indispensável, fundamental e determinante para o desenvolvimento de conhecimentos e competências necessária á formação profissional e desenvolvimento pessoal, pois é através das atividades realizadas em estágio que se desenvolvem habilidades profissionais e se aperfeiçoam técnicas e procedimentos inerentes ao exercício da profissão. O período de aprendizagens in loco tem a função de consolidar o conhecimento teórico que posteriormente se evidencia na prestação de cuidados ao doente (Dias et al., 2014)

A pessoa em situação crítica constitui um verdadeiro desafio para a prestação dos cuidados de enfermagem pois exige uma grande colaboração e conhecimento da equipa multidisciplinar.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios considerados como competências comuns. Este conjunto de competências congregam diversos contextos e dimensões, com objetivo de fornecer um enquadramento regulador para a certificação de competências, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (OE, 2011)

O Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nº124/2011, este detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis

elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2018).

Para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi de extrema importância a realização dos estágios. O local de estágio deve acima de tudo ser um local de aprendizagens, propício para o desenvolvimento de competências especializadas.

O enfermeiro detentor da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC), deve promover a melhoria das condições do doente, favorecer o processo de recuperação do doente, proporcionar ganhos em saúde e gerir de forma eficiente os recursos.

Por seu turno quando aborda o doente crítico, este identifica o mais rápido possível, os problemas do doente, tendo competências não só para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas, mas também minimizar-lhes os efeitos indesejáveis (OE, 2011).

Como referido anteriormente este relatório tem com finalidade analisar e descrever por meio de uma reflexão crítica as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos conduzindo ao desenvolvimento de competências e práticas do cuidado à pessoa em situação crítica.

O período de Ensino Clínico decorreu entre 2021 e 2022 em três locais distintos: Serviço de Medicina Intensiva (SMI) na Unidade Hospitalar de Bragança na Unidade Local de Saúde do Nordeste (USLNE), no Serviço de Urgência (SU) e Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) na Unidade de Vila Real do centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro (CHTMAD).

Este relatório teve como guias orientadores, o Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 122/2011 de 18 de fevereiro (OE, 2011) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na

área de Enfermagem á Pessoa em Situação Crítica nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes: numa primeira parte é abordada de uma forma descritiva os campos de estágio e numa segunda parte são inumeradas as competências adquiridas assim como uma reflexão crítica sobre as mesmas.

A metodologia utilizada teve por base o método descritivo e analítico através da exposição e reflexão das diferentes atividades realizadas no decorrer dos estágios.

## **1 – CONTEXTUALIZAÇÃO**

A pessoa em situação crítica devido a sua especificidade, requer uma abordagem rápida e eficaz por parte da equipa de multidisciplinar, sendo que, a equipa de enfermagem desempenha um papel primordial na sua abordagem.

Assim o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve demonstrar competências não só no cuidar, mas também deve ser capaz de dar resposta as situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas e maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo de infeção (OE,2011).

O Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica integra no seu plano de estudos a unidade curricular de Estágio, onde está inserida a componente prática e o relatório final. Para concretizar esta unidade foram realizados três estágios, dois de carácter obrigatório e um de carácter opcional com já foi referido anteriormente.

Para alcançar as competências essenciais a uma enfermeira especialista em EMC, foram definidos objetivos gerais e específicos para cada campo de estágio de acordo com o enquadramento regulador para a certificação de competências.

Os objetivos gerais traçados foram:

-Identificar, compreender e atuar adequadamente em situações relacionadas com processos complexos de pessoas críticos;

-Promover processos terapêuticos junto do doente e /ou família a vivenciar processos complexos de doença crítica;

- Refletir sobre as competências e vivências adquiridas durante os estágios.

Os objetivos específicos foram:

Serviço de Medicina Intensiva (SMI):

- Conhecer a dinâmica do serviço e prestação de cuidados pela equipa de multidisciplinar;

- Conceber planos de intervenção com o objetivo de promover a adaptação do doente e família ao processo de doença aguda, decorrente de processos médicos complexos;

-Conhecer e compreender as diferentes técnicas utilizadas, cuidados e equipamentos necessários ao tratamento doente crítico;

-Prestar cuidados a pessoa em situação crítica decorrente de processos médicos ou cirúrgicos complexos.

GCL-PPCIRA:

-Conhecer e compreender a dinâmica do GCL-PPCIRA;

-Desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos associados aos cuidados de saúde;

- Participar nas atividades desenvolvidas pelo GCL-PPCIRA.

SERVIÇO URGÊNCIA (SU):

-Conhecer e compreender a dinâmica do serviço de urgência;

-Prestar cuidados diretos á pessoa em situação urgente/emergente;

-Conhecer e compreender a situação clínica do doente, gerindo uma comunicação interpessoal adequada;

-Promover uma relação terapêutica com o doente e /ou família que vivenciam uma situação complexa de saúde.

Os estágios efetuados com vista os cumprimentos da componente prática inerente a este mestrado foram desenvolvidos no SMI do Hospital de Bragança, no GCL-PPCIRA e SU no CHTMAD- unidade de Vila Real.

De seguida proceder-se-á a uma caracterização dos mesmos.

## **1.1 SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA (SMI)**

Este estágio decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) na ULSNE- Unidade hospitalar de Bragança, tendo decorrido ente setembro e outubro de 2021, sobre orientação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica Luís Pires, e coordenado pelo Professor Carlos Magalhães, com uma duração de 168 horas.

O SMI está localizado no piso 0 junto ao serviço de urgência, está integrado no departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE dando resposta a uma área geográfica de 7000KM.

Este serviço é composto por 17 unidades, uma das quais destinada a um quarto de isolamento e 3 destinam-se a pessoas positivos para Sars-CoV2. Cada unidade equipada com cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, contentores individualizados de lixos e bancada de trabalho para a realização de registos arquivo de processos clínicos. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por diferentes equipas. Sendo que por turno cada enfermeiro tem no máximo 2 pessoas atribuídos.

O SMI está vocacionado para receber pessoas com diversas patologias, características e tratamentos, sendo constituída por uma grande diversidade de suporte tecnológico, com monitorização avançada e constante do doente. Garante cuidados a pessoas vítimas de trauma, sem traumatismo crânio encefálico e pessoas de patologia médica e cirúrgica. Presta cuidados ainda ao nível da reanimação cardiorrespiratória, manutenção da via aérea (entubação oro e nasotraqueal, via aérea avançada,

traqueostomia percutânea e cirúrgica, suporte ventilatório invasivo e não invasivo ), “Pacing” cardíaco temporário, monitorização contínua de parâmetros vitais de forma invasiva e não invasiva, broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica, fisioterapia, cinesiterapia, analgesia epidural e lombar, ecografia transtorácica de rastreio e técnicas de substituição renal contínua (Hemodiafiltração) e intermitentes (HD e SLEDD).

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem (24 enfermeiros), distribuídos por três turnos de 4 enfermeiros); equipa médica e equipa de assistentes operacionais. Conta ainda com o apoio de 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

Este serviço possui um armazém com todo o material necessário a prestação de cuidados, bem como um stock de farmácia que se situa junto a entrada do serviço.

A área de sujios é localizada após a área da prestação de cuidados, que tem uma saída para o exterior onde são acondicionados os lixos e os sujios e que posteriormente são recolhidos.

Junto a entrada do serviço encontra-se uma copa para os profissionais, um gabinete médico e o gabinete da enfermeira chefe.

A equipa de enfermagem executa um trabalho de grande responsabilidade na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, na sua monitorização e vigilância durante 24 horas, sendo esta detentora de uma grande formação técnica e científica, tornando possível uma resposta rápida e eficaz.

As patologias médicas mais frequentes foram choque séptico com disfunção multiorgânica com ponto de partida urinário e respiratório, Infecções respiratórias por SARS-COV2, pancreatites com critérios de gravidade e colecistites com peritonites.

Tendo em conta a minha pouca experiência nesta área, o maior desafio deste estágio foi desenvolver competências que pudessem fazer face a complexidade inerente a prestação de cuidados aos pessoas internados em cuidados intensivos.

O meu objetivo principal para este estágio foi desenvolver competências e conhecimentos na prestação de cuidados ao doente internado em cuidados intensivos, desenvolver conhecimentos sobre a Ventilação Mecânica Invasiva, vigilância do doente e interpretação da monitorização do doente. Tive oportunidade de colaborar na realização das técnicas de substituição renal uma vez que tenho experiência por trabalhar num serviço hospitalar de Hemodialise onde se executam estas técnicas.

Tive ainda a oportunidade de colaborar na realização de uma traqueostomia e ainda pode assistir as provas de ausência de atividade cerebral e manutenção hemodinâmica do doente, para posterior recolha de órgãos.

## **1.2 GCL-PPCIRA**

O segundo estágio foi realizado no gabinete do grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) no CHTMAD, na unidade de Vila Real durante os meses de novembro e dezembro de 2021, sob a orientação da enfermeira especialista em EMC Sónia Pereira.

Integrada no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde, a prevenção e o controlo da infeção é essencial para assegurar as boas práticas e garantir a segurança do doente. O papel principal na execução e sucesso do programa de controlo de infeção cabe, sem margem de dúvida a todos os profissionais de saúde.

A Direção Geral de Saúde (DGS) criou pela fusão dos dois anteriores programas, “Programa Nacional de Controlo de Infeção” e “Programa de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos”, um novo programa -Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Regulado pelo Despacho n° 15423/2013 de 26 de novembro. A este programa foi dado carater de programa de saúde prioritário (GCL-PPCIRA, 2021).

O PPCIRA tem como objetivos: reduzir a taxa de infeção associado aos cuidados de saúde; promover o uso correto da antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismo com resistência a antimicrobianos.

De acordo com o despacho supracitado é da competência do grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA):

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e do uso de antimicrobianos;

- Garantir o cumprimento dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;

- Garantir práticas locais de isolamento para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;

- Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeções e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;

- Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;

- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas,

- Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, permitindo a GCL-PPCIRA a anulação de uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário;

- Rever e validar as prescrições de pelo menos carbapenemos e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica;

- Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo;

- Fazer integrar nas suas atividades no plano e relatório anua de atividades da respetiva comissão de qualidade e segurança e no plano de atividades do Programa de Prevenção e controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

O GCL-PPCIRA é composto por uma equipa multidisciplinar de assessoria técnica do órgão de gestão das unidades de saúde.

Os elementos que constituem o GCL-PPCIRA do CHTAMD estão representados pelo seguinte organograma:

O GCL-PPCIRA desenvolve e participa em vários programas de Vigilância nomeadamente:

- Programa de Vigilância epidemiológica (VE) das infeções- A VE é hoje aceite como a pedra basilar de um programa de prevenção e controlo de infeção. A medição das taxas de infeção aos cuidados de saúde, o consumo de antimicrobianos e de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, e feita continuamente através de estudos de vigilância epidemiológico de incidência (VE da Infeção do Local cirúrgico, VE em unidades de Cuidados Intensivos, VE em unidades de Cuidados intensivos Recém-Nascidos, VE das infeções nosocomiais da corrente sanguínea, VE das infeções associadas aos cuidados continuados e cuidados de Saúde Primários com internamento) e periodicamente, através dos inquéritos de Prevalência de Ponto (IPP).

A participação das instituições nos programas de VE é obrigatória pelo despacho nº 15423/2013.

O cumprimento do índice do PPCIRA permite a obtenção de financiamento através de incentivos de benchmarking.

De forma a garantir o cumprimento dos programas de VE das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), o GCL-PPCIRA colabora com os diversos serviços clínicos de forma que:

- O Serviço de Medicina Intensiva mantenha a vigilância epidemiológica em Unidades de Cuidados Intensivos;

-Os serviços, na vigilância epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS), asseguram o preenchimento diário do formulário-calendário com as variáveis relativas ao número de dias de exposição dos pessoas aos dispositivos invasivos mais relevantes para a INCS. O GCL-PPCIRA valida e analisa os dados e divulga os resultados.

-Os serviços de Cirurgia geral, ortopedia e Ginecologia/Obstetrícia realizam a VE da Infecção do local Cirúrgico (ILC). O objetivo desta vigilância é reduzir a incidência da ILC, encorajando os profissionais no cumprimento das recomendações existentes para a “boa prática cirúrgica” e desenvolver, implementar e avaliar novas práticas preventivas.

Deste modo o Serviço de Ortopedia faz a vigilância ILC das próteses totais da anca e do joelho na unidade de Vila real e de Chaves; o Serviço de Cirurgia geral vigilância a ILC para a cirurgia colo-retal e das colecistectomias, o Serviço de Ginecologia/Obstetrícia faz a vigilância da ILC das cirurgias ginecológicas e cesarianas.

Durante o meu estágio no GCL-PPCIRA tive oportunidade de participar em várias auditorias de vigilância

- -Resistência aos Antimicrobianos – a vigilância epidemiológica do perfil de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (ATM) é de extrema importância, de forma a identificar precocemente determinados microrganismos com maior perfil de resistência e promoção de um uso criterioso de ATM. Essa VE é feita pelo GCL-PPCIRA com a colaboração da Patologia clínica, este acompanha o envio dos dados sobre os microrganismos “Alerta” e “Problema” para a rede nacional (INSA). Também monitoriza e vigia os microrganismos isolados e os perfis de suscetibilidade aos ATM dos agentes mais frequentes nas três unidades anualmente, assim como realiza a carta microbiológica de cada unidade, que depois é enviada para cada um dos médicos dos vários serviços do CHTMAD.

Relativamente aos programas de Prevenção e Controlo o GCL-PPCIRA implementou em 2014 a:

-Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo Infecção (PBCIs): para promoção das Precauções Básica do Controlo de Infecção (PBCI), agregando a Estratégia Multimodal de Promoção da higiene das Mãos (HM), ao conjunto das PBCI.

A higienização das mãos constitui uma das principais medidas de controlo das infeções. A fim de melhorar a prática da HM, a OMS propôs a entristecia denominada “Meus cinco momentos para a higienização das mãos” apontando de forma resumida as principais oportunidades de higienização das mãos para os profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, com o objetivo de proteger o doente, o profissional e o ambiente contara a disseminação de microrganismos.

É da responsabilidade dos dirigentes dos vários serviços garantir a adesão dos profissionais ao programa da HM, através da aplicação do Formulário de Observação de higiene das mãos (200 observações por serviço anualmente), garantir a monitorização da norma do uso de luvas e a monitorização da norma da Prevenção da infeção urinária associada ao cateterismo vesical anualmente.

- Consumo de Antimicrobianos- O uso irracional de ATM está associado a um aumento da resistência dos microrganismos. A monitorização dos ATM permite detetar desvios de utilização dos mesmos. Portugal participa na Vigilância epidemiológica Europeia de Consumo de Antimicrobianos (ESAC-NET). A GCL-PPCIRA realiza a monitorização dos consumos dos antimicrobianos trimestralmente em colaboração com os serviços farmacêuticos.

- Auditorias- o GCL-PPCIRA realiza as seguintes auditorias:

- PBCI's privilegiando os serviços de internamento, anualmente;

- Auditoria da Norma “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical” anualmente;

- Auditoria da Norma “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico” e da “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na criança e no Adulto” realizadas na

primeira quinzena do mês de novembro; na qual tive oportunidade de participar durante o meu estágio;

- Auditoria ao cumprimento da norma “prevenção e Controlo da Colonização e Infecção por MRSA e ERC” realizada durante 1 semana em 4 meses diferentes ao longo do ano.

- Auditoria da Endoscopia anualmente.

• Formação- O GCL-PPCIRA realiza formações no âmbito da higiene das mãos, precauções básicas do Controlo de Infecção, precauções baseadas nas vias de transmissão e Infecção SARS-CoV2 para as várias categorias profissionais, e sempre que seja necessário abranger outras temáticas com relevância em controlo de infeção.

- Formação de acolhimento par novos colaboradores do CHTMAD com noções básicas em controlo de infeção de forma a minimizar a transmissão cruzada.

• Elaboração e/ou atualização de normas: o GCL-PPCIRA elabora e atualiza normas internas sempre que necessário.

• Acompanhamento da aplicação efetiva das seguintes normas:

- Norma da “Prevenção e Controlo da Colonização e Infecção por MRSA e ERC” reforçando junto aos profissionais a necessidade da realização da avaliação de risco a todos os pessoas admitidos em internamento no CHTMAD, da rescrição e aplicação de medida de isolamento adequados no GHAF e do cumprimento do protocolo de descolonização nos pessoas com MRSA.

- Circuito da validação da prescrição antibiótica: otimizar o uso de antimicrobianos com cumprimento da norma em vigor e melhor consumo de antimicrobianos no CHTAMD.

O GCL-PPCIRA realiza ainda:

- A Divulgação dos relatórios das auditorias realizadas no período máximo de 15 dias aos dirigentes dos serviços e respetivos centros de gestão.

-Realiza um relatório anual com a divulgação dos resultados no primeiro trimestre do ano seguinte;

-O núcleo executivo do GCL-PPCIRA reúne mensalmente (primeira sexta-feira de cada mês);

- Reúne com a direção dos serviços a cada 6 meses;

-Reúne com a Direção clínica a cada 6 meses.

A adaptação ao GCL-PPCIRA foi um processo gradual e desafiante.

Uma das competências do EE é, desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos associados á prestação de cuidados ao cliente.

Desenvolvi competências fora da minha experiência profissional e adquiri novos conhecimentos na avaliação da vigilância epidemiológica. A oportunidade de realizar este estágio permitiu-me colaborar com enfermeiros e outros profissionais de saúde, demonstrando a minha capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Tive a oportunidade de consultar processos, políticas, procedimentos e orientações técnicas que sustentam todo o hospital, dando especial atenção aos que estão na base do GCL-PPCIRA.

Durante o estágio estive sempre empenhada e motivada para evoluir enquanto enfermeira especialista. Este processo foi sustentado pelas reflexões e pesquisas bibliográfica de assuntos pertinentes que debatemos diariamente no gabinete. A reflexão é um potencial da aprendizagem, aumentado a confiança e garantindo a segurança na prestação de cuidados, e, por conseguinte, interferindo no processo de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais enquanto enfermeira especialista.

Durante este estágio pude participar no sistema de vigilância epidemiológica. Diariamente são enviados informaticamente do Laboratório de Patologia Clínica/microbiologia todos os isolados microbiológicos diários, incluindo os Microrganismos Epidemiologicamente Significativos, e caso seja necessário notifica-se

os serviços através do Sclinico para procederem ao isolamento adequado do doente. Caso configurem infeções nosocomiais são classificados de acordo com o tipo de infeção em estudo, nomeadamente, Infeção do Local cirúrgico, infeção do trato Urinário, Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea.

Quanto ao MRSA, além do isolamento do doente, preconiza-se sempre que possível a descolonização do doente, dados ser o único microrganismo para o qual existe evidencia científica que comprova a eficácia da erradicação. O protocolo de descolonização consiste num ciclo de 5 dias de tratamento local com Mupirocina nasal e banhos corporais com cloro-hexidina, o CHTMAD dispõe de esponja já impregnada com cloro-hexidina o que facilita a higiene, seguida de uma pausa de 48 horas, sendo depois a sua eficácia avaliada por 3 novos estudos de colonização em 3 dias consecutivos que se pretendem negativos para MRSA.

Tive ainda oportunidade de participar na formação dos profissionais de saúde relacionada com o controlo da infeção, tais como desinfeção de superfícies, desinfeção de dispositivos médicos, separação de resíduos, higienização das mãos e precauções básicas de controlo de infeção.

É notável e muito gratificante a ver o trabalho e empenho de toda a equipa inerente ao controlo de infeção para uma melhoria na qualidade de cuidados prestados. Este estágio foi uma mais-valia enquanto enfermeira especialista por me terem proporcionado um conjunto de formações para a aquisição de competências numa área tão importante como o controlo de infeção, e que é ainda muito descorada pelos profissionais de saúde.

Torna-se fundamental para o meu atual local de trabalho, sendo hoje um elemento de referência perante a equipa, na aquisição de competências promotoras de maior qualidade e eficácia no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção.

### **1.3 SERVIÇO URGÊNCIA**

O meu último estágio foi realizado no serviço de urgência (SU) do CHTMAD na unidade de Vila Real, é uma urgência de carácter polivalente que se encontra integrado

no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos. Este serviço está dotado de recursos humanos, recursos materiais e clínicos que permitem dar uma resposta diferenciada nas situações de urgência/emergência.

São referenciados para este SU pessoas do distrito de Vila Real e de alguns concelhos do distrito de Viseu.

Este serviço situa-se no piso -1 do edifício central, e possui três entradas distintas. Uma entrada para a emergência para os pessoas emergentes de modo que estes pessoas não se cruzem com outros utentes, outra entrada para a urgência geral e uma outra para a urgência pediátrica.

O estágio no Serviço de Urgência do CHTMAD da unidade de Vila Real, decorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022 com uma carga horária de 168 horas sob a orientação da enfermeira Ângela Espinheira- especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A equipa de enfermagem é constituída por 66 enfermeiros. O plano de trabalho é diariamente distribuído pelo SO, sala decisão clínica (sala de macas), sala de emergência, área cirúrgica, área médica, triagem e tenda (área COVID) na qual não prestei cuidados devido as normas de estágio da escola.

O serviço de urgência encontra-se dividido em vários sectores de atuação para atendimento de pessoas de acordo com o grau de prioridade e necessidade de terapêutica, tendo por base o sistema de triagem de prioridades - Triagem de Manchester. A triagem dos pessoas que recorrem ao SU é feita pelos enfermeiros, sendo estes encaminhados posteriormente para os diferentes setores de atendimento de acordo com a prioridade e especialidade médica.

O SU tem implementadas as Via Verdes do Trauma, Coronária Sépsis e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Se o doente não vier acompanhado pela equipa da Viatura Médica de Emergência (VMER), cabe ao enfermeiro da triagem a ativação destas vias de acordo com protocolos instituídos, sendo posteriormente o doente encaminhado para a sala de emergência.

A sala de emergência recebe todos os pessoas que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes, onde são avaliados clinicamente e estabilizados por um médico intensivista que é escalado diariamente ( a sala de emergência está a cargo do serviço de medicina intensiva), sendo por vezes necessário recorrer a outras especialidades médicas de acordo com quadro apresentado pelo doente. Tem capacidade para quatro pessoas, cada unidade está equipada com meios de monitorização, ventiladores para VMI, possuindo todos os meios para abordagem ao doente crítico. A sala possui um acesso rápido aos exames complementares de diagnostico como por exemplo RX, TAC e patologia clínica.

Assim que esteja estabilizado e de acordo com o diagnostico, o doente é encaminhado para diferentes sectores de modo a dar continuidade aos cuidados.

Este serviço possui ainda um SO que é composto por nove camas com monitorização, onde o doente fica em observação até ter alta ou seguir para o internamento caso seja necessário manter os cuidados. Uma sala de decisão clínica (sala de macas) que tem capacidade para 9 macas, mas que devido as normas de controlo da COVID, alberga 6 pessoas.

Possui ainda uma sala de tratamento de enfermagem, para onde são encaminhadas as pessoas não urgentes que necessitam de colheita de análises e administração de terapêutica, e vários gabinetes médicos para as diversas especialidades.

É no SU que se dá a primeira abordagem ao doente crítico adulto, e uma vez que estas pessoas requerem uma abordagem diferenciada, é imperioso uma equipa de profissionais de saúde com um conjunto de conhecimentos quer técnicos quer científicos capacitados para dar uma resposta adequada.

Este estágio permitiu-me desenvolver competências de enfermeira especialista, prestando cuidados de uma forma diferenciada, e adquirir novos conhecimentos que contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados prestado.

## **2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), o enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, traduzindo um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Este conhecimento requer que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas evidências científicas mais recentes e orientada para os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018). O enfermeiro especialista deve demonstrar níveis de julgamento clínico e tomada de decisão elevados e deve se destacar também ao nível da educação, orientação e aconselhamento dos seus pares e do doente, deve assumir a liderança e a responsabilidade de desenvolver investigação relevante, que permitam o crescimento e valorização da profissão .

As competências comuns, bem como as competências específicas, encontram-se organizadas através de domínios de competências, as quais serão abordadas neste capítulo através de uma análise reflexiva das atividades realizadas durante os estágios com vista o desenvolvimento das competências acima referidas.

Estes quatro domínios que uniformizam a intervenção de enfermeiro especialista demonstrando a sua “elevada capacidade de gestão, supervisão de cuidados, conceção, e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011) são: domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens.

### **2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal**

A Enfermagem enquanto profissão com regulamentos próprios, tem definidos quer no Código Deontológico do enfermeiro quer no regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que são a base

do seu exercício, são documentos fundamentais para o exercício e boa prática da profissão.

De acordo com o regulamento nº 122/2011(OE, 2011) este domínio assenta numa prática que sustenta a sua ação com base num corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, através da avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pela vontade e liberdade de escolha do doente. Ao mesmo tempo, realiza-se na promoção de prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

As intervenções de enfermagem que são prestadas ao ser humano compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2009)

No contexto da prática dos cuidados de enfermagem surgem direito, deveres e o respeito pela pessoa que cuidamos, quer em contexto de prestação direta de cuidados, quer no contexto de relações multidisciplinares, consideradas na tomada de decisão ético-deontológica.

Durante a realização dos estágios, efetuei uma análise crítico-reflexiva sobre a correção de algumas práticas e do que observava, em relação aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com o objetivo de fundamentar as minhas decisões tendo por base as evidências científicas e as minhas responsabilidades sociais, éticas.

Assim no decorrer dos 3 estágios, prestei cuidados de enfermagem tendo sempre no centro dos mesmos o doente enquanto pessoa individual, racional, dotado de dignidade, autonomia e liberdade, que tem direito a ser informado, e que tem capacidade de decidir o que é melhor para si.

Respeitar a totalidade dos direitos do doente quando este se encontrar numa situação crítica é um desafio para os profissionais de saúde. Para Vieira 2009(Vieira, 2017), é de extrema importância o respeito pelas opções de vida, pelo direito à igualdade, à integridade física, à autodeterminação, à confidencialidade, à informação, à

privacidade, a receber os cuidados em tempo útil, a cuidados de enfermagem de qualidade, a cuidados humanizados w ainda ao respeito pelos direitos das pessoas mais vulneráveis. Estes direitos encontram-se consagrados não só no código deontológico dos enfermeiros assim como nos diversos manuais e normas institucionais.

Existem diversos impressos de consentimento livres e informado escritos que salvaguardam os direitos do doente como: internamento hospitalar, transfusão de produtos sanguíneos, atos médicos e cirúrgicos, embora o consentimento seja da responsabilidade do médico, cabe-nos a nós enfermeiros zelar pelos direitos e bem-estar do doente.

Quando um doente entra num serviço de urgência, numa sala de emergência ou numa unidade de cuidados intensivos, nem sempre é fácil discernir, qual seria a decisão do doente se estivesse capaz. O direito a autonomia, direito de aceitar ou recusar qualquer tratamento ou intervenção, requer que o doente seja adequadamente informado e esclarecido para que a sua decisão seja tomada livremente, no entanto numa sala de emergência ou SMI isto é muito difícil de pôr em prática, por isso devemos ter por base nas nossas decisões o princípio da beneficência e da não maleficência.

Ao longo dos estágios, procurei sempre como enfermeira respeitar a vontade, as crenças religiosas/espirituais das pessoas. A minha conduta quer no relacionamento que na prestação de cuidados, foi pautada sempre tendo por base o bem-estar do doente, respeitando-o na sua individualidade, dignidade, intimidade e privacidade.

Deparei-me com algumas questões deste domínio que suscitaram alguma reflexão, como o sigilo profissional e sobretudo a decisão de não reanimar.

A comunicação de más notícias são uma constante em contexto de SU e SMI, seja pelo diagnóstico difícil seja pelo prognóstico reservado ou a morte. A comunicação de más notícias em saúde continua a ser um dos temas mais difíceis e complexas de lidar. Comunicar a morte de um ente querido é decerto uma das tarefas mais difíceis com a qual os profissionais de saúde se deparam, pois envolve uma componente emotiva que para os familiares que para os profissionais de saúde.

A família assume um papel fundamental na recuperação do doente, e merece a atenção dos enfermeiros (Vieira, 2017).

Durante a prestação de cuidados ao doente crítico, o envolvimento da família no processo de recuperação do doente nem sempre é possível, contudo este envolvimento é de extrema importância.

No SU e SMI, pude constatar que muitas vezes a minha abordagem que tive perante a família contribuiu para a adesão aos procedimentos terapêuticos e para uma diminuição da ansiedade/medo do doente, inerente a estas situações, uma vez que a presença da pessoa significativa junto do doente transmite segurança ao doente.

Segundo Vieira (2017), o cuidado exige confiança, deste modo verifiquei que a relação de ajuda e a empatia estabelecida entre o enfermeiro e o doente, faz com que este aumente a sua confiança no profissional de saúde aderindo deste modo com mais facilidade aos procedimentos terapêuticos.

No SU aquando da admissão, o acompanhante recebe uma etiqueta identificativa, com o nome do doente que esta a acompanhar. O acompanhante tem direito a informação acerca do estado de saúde do doente que esta a acompanhar, salvaguardando-se os casos em que este expresse de forma consciente, o desejo de esta informação não ser transmitida ao acompanhante.

O SU, é um serviço que normalmente, quer pela sua configuração, quer pelo elevado número de pessoas, distribuídos pelas diversas áreas, nem sempre é fácil fazer a gestão dos acompanhantes da pessoa doente.

As condições físicas das infraestruturas, fazem que muitas vezes os pessoas tenham de permanecer em macas nos corredores mais tempo do que seria recomendado, ficando deste modo a privacidade muitas vezes comprometida, quando é necessário prestar cuidados de higiene, colocar uma arrastadeira/urinol ou para os profissionais de saúde efetuarem certos procedimentos que exijam tirar a roupa ao doente, expondo-o muitas vezes mesmo que se ponham biombos para de algum modo tentar preservar a privacidade deste.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiros (OE, 2015), garantir o respeito pela intimidade é um dever de qualquer enfermeiro, este deve salvaguardar sempre, no decorrer das suas funções e na supervisão das tarefas delegadas a privacidade e intimidade do doente.

Durante a prestação de cuidados e em momentos de reflexão com a equipa de enfermagem, é de notar a sua sensibilização, para estas situações, mas nem sempre é fácil promover e manter a privacidade do doente, uma vez que a estrutura física do serviço não esta adequada ao elevado número e de tempo de permanência dos pessoas.

No SMI o número de doente é controlado, uma vez que existem vagas estabelecidas, e as visitas dos familiares são condicionadas a horas previamente estabelecidas segundo as normas do serviço.

O conhecimento antecipado da hora daa visitas, permite ao profissional de saúde preparar o acolhimento das visitas para o estado do doente que se encontra num ambiente muito mecanizado, muitas vezes sedado, e aparentemente pouco humanizado, cabe ao enfermeiro responsável pelo doente desmistificar o ambiente e acolher os familiares e responder as questões colocadas pelos familiares, tendo sempre por base a confidencialidade. Ao contrário do SU o SMI é um ambiente mais controlado, permite salvaguardar a intimidade e privacidade das pessoas, houve sempre a preocupação aquando da prestação de cuidados, realização de procedimentos ou aquando das visitas correr a cortina para permitir a privacidade.

Ao longo dos estágios procurei sempre atuar de forma a evitar situações/atuções supérfluas para as pessoas, tendo as minhas decisões sempre por base a ética e o respeito pelo outro. Desenvolvi competências ao nível da admissão, colheita de dados do doente/família, completando uma parte essencial do processo de enfermagem.

## **2.2 Domínio da Gestão da Qualidade e dos Cuidados**

De acordo com o regulamento nº 36/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EPSC são “uma base de trabalho da qual emergiam os

enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialista em enfermagem e pessoa em situação crítica” com o objetivo de basear e orientar a prática especializada do EEEPSC num conjunto de intervenções altamente qualificadas face “à diversidade de problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência a saúde” (OE, 2017)

Usufruir de cuidados de Saúde de qualidade é um direito de todos os cidadãos. Prestar cuidados de qualidade nos dias de hoje, representa um grande desafio, por esse motivo o enfermeiro enquanto prestador de cuidados, deve investir na sua educação e formação, estando sempre ciente que práticas de qualidade requerem sempre reflexão, atualização empírica e humanização (Magalhães, 2017)

Para Dias (Dias et al., 2014), a qualidade é um conjunto de atributos sustentados com base na eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, sendo que, a qualidade que está associada aos cuidados de saúde deve ser definida à luz dos princípios técnicos dos prestadores dos mesmos e expectativa do doente, deste modo o Enfermeiro Especialista como elemento fundamental na equipa de enfermagem, deve exercer a sua atividade com vista a um desempenho de excelência, fundamentado através da implementação de projetos e programas de melhoria contínua, gerindo o risco e controlando o ambiente na prestação de cuidados (OE, 2010).

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2016) no Plano Nacional de Saúde define qualidade em Saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, e que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga total adesão e satisfação do cidadão.

De acordo com Fonseca et al (2005) citado por Tronchin, Melleiro, & Mota Tronchin et al., (2006) melhoria contínua na qualidade das prestações de cuidados em enfermagem é, um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante de fatores intervenientes no processo de trabalho da equipa de enfermagem e requer do profissional

uma implementação de intervenções e elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de modo sistemático, os níveis de qualidade de cuidados prestado.

Assim a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de programas de acreditação, que classificam em níveis de qualidade as instituições, promovendo deste modo a amplitude de conhecimentos (Tronchin et al., 2006).

A segurança do doente é uma componente essencial na qualidade da prestação de cuidados de saúde e na gestão em saúde, estabelecendo um conjunto de ações de melhoria de desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo controlo de infeções, segurança na utilização de medicamentos, segurança no equipamento, segurança na prática clínica e segurança no ambiente envolvente á prestação de cuidados (Sousa et al., 2010)

A capacidade do enfermeiro refletir criticamente prende-se com a utilização deste conhecimento aquando da prestação de cuidados, essenciais ao bem-estar e segurança dos pessoas, e é da responsabilidade da equipa de enfermagem manter e assegurar a competência, promovendo a atualização constante das práticas (OE, 2015)

De acordo com os Padrões de Qualidade emitidos pela OE, a existência de um sistema de melhoria continua de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e a utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotoras de qualidade, permitem ao enfermeiro contribuir para maximizar a eficácia na organização dos cuidados.

A Gestão de Cuidados assenta em duas competências, segundo as quais o enfermeiros especialistas gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação com a equipa de saúde e adequa a liderança e a gestão dos recursos ás situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2018)

O enfermeiro especialista desempenha um papel preponderante e ativo na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, da equipa de saúde e dos seus colaboradores, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, e

quando adequa os recursos as necessidades de cuidados, adotando um estilo de liderança situacional mais adequado á promoção de cuidados (Magalhães, 2017).

A gestão de cuidados é transversal aos diferentes contextos dos estágios, o enfermeiro deve atender conta as necessidades do doente de forma eficaz e eficiente, priorizando as mesmas de forma a otimizar os cuidados prestados.

Em enfermagem é fundamental a priorização das intervenções e respetiva análise das mesmas, procurando adequar ao doente um plano de cuidados concreto e pertinente, procedendo ás respetivas alterações sempre que considerar necessário, visando a qualidade dos cuidados prestados ao utente (Costa, 2016).

A liderança de enfermagem é um fator importante na prestação de cuidados de qualidade ao doente, no desenvolvimento da prática de enfermagem e na criação de ambientes de trabalho produtivos para os profissionais de saúde (Murphy et al., 2009). Deste modo a adequação dos cuidados de saúde ás necessidades e expectativas do doente, implicam o melhor desempenho possível obtendo assim mais ganhos em saúde face ao menor dano, ou seja, na prevenção de eventos adversos. É neste contexto que surge a segurança do doente enquanto prioridade máxima na melhoria dos cuidados de saúde, sendo uma das principais dimensões da qualidade (Silva, 2016).

A dotação de enfermeiros tem sido desde a constituição da OE um dos principais focos de atenção, tornando-se pública a primeira divulgação sobre Dotações Seguras em 2006, apoiada pelo Internacional Council of Nurses, sendo um fator decisivo para a qualidade da prestação de cuidados.

Assegurar qualidade exige reflexão sobre a prática com o intuito de definir os objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir sobre os cuidados prestados, neste sentido, no cuidar da Pessoa em Situação Crítica, é essencial adequar os conhecimentos teóricos á situação real dos serviços, com a suas características e onde predomina a especificidade, adquirindo e desenvolvendo competência na área da gestão de cuidados (Urden et al., 2020).

O desenvolvimento dos três estágios, suportou-se numa fundamentação teórica e científica baseada na evidencia científica mais recente, e teve em conta os padrões de qualidade do exercício profissional em enfermagem na procura continua da excelência dos cuidados prestados, o que levou ao desenvolvimento de competências que visam a melhoria da segurança e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados.

Uma vez que a gestão de cuidados é transversal aos contextos de estágio, o enfermeiro deve atender as necessidades do doente de forma eficaz e eficiente, priorizando-as de forma a otimizar os cuidados prestados.

Numa situação de urgência/emergência a pessoa doente/família encontra-se numa fase de incerteza, que pode resultar numa experiência positiva ou negativa, sendo vista como oportunidade ou ameaças. É importante por isso que o enfermeiro esteja desperto para reconhecer a incerteza, para poder atuar e desenvolver intervenções de enfermagem e poder facilitar todo o processo de adaptação do doente/família nesta nova realidade. Estas competências são de extrema importância, especialmente neste serviço, pois os cuidados são prestados num contexto imprevisível e complexo com grande número e rotatividade de pessoas, daí a necessidade de estar atento as questões de segurança, nomeadamente à validação da identificação do utente, procedimentos e terapêutica.

No SU foi essencial proceder de acordo com o processo de enfermagem, identificando prioridades, pois é um serviço por norma de grande afluência de pessoas, onde é crucial agir de forma rápida e eficaz no atendimento ao doente urgente/emergente.

No SMI o ambiente é mais controlado e a unidade do doente são preparadas previamente após contacto prévio com a unidade para a receção do doente, desde a realização do teste do ventilador, ao monitor, bombas e seringas de infusão, montagem do ambu, preparação do suporte farmacológico necessário.

Aprofundei conhecimentos sobre competências de gestão do enfermeiro especialista, de modo a compreender melhor a metodologia de gestão e a sua adequação ao contexto, colaborando com o enfermeiro responsável no pedido e gestão de stocks, e gestão de recursos como por exemplo na elaboração do plano de trabalho. Pude ainda

realizar a *check-list* da sala de emergência do SU, que era feita diariamente no turno da manhã, que inclui medicação e material e sua posterior reposição se necessário, o que me proporcionou o conhecimento de diverso material e medicação com o qual não trabalho no meu dia a dia.

No que respeita a gestão de cuidados consulte e implementei as norma e protocolos institucionais.

A promoção de um ambiente terapêutico seguro através da gestão de risco é de extrema importância, que envolvem conhecimentos científicos atualizados, para uma melhor qualidade nos cuidados prestados, assim o enfermeiro é um elemento-chave na prestação de cuidados seguros e gestão de potenciais riscos e do controlo da infeção.

Nos três campos de estágio verifiquei que existe uma grande preocupação com o controlo da infeção.

O estágio do GCLPPCIRA foi de facto o que mais me despertou sobre a problemática das IACS e para a necessidade do controlo da infeção. Durante o meu estágio participei ativamente no sistema de vigilância epidemiologia quer através da consulta informática dos microrganismos isolados, para se necessário isolar os pessoas, se isso se verificasse era alertado o serviço através do Sclino gerando um alerta para o serviço proceder ao isolamento adequado do doente. Tive ainda oportunidade de participar na auditoria ao feixe da infeção local cirúrgico, e participar na formação das assistentes operacionais sobre precauções básicas no controlo da infeção. Para mim este estágio foi uma mais valia enquanto futura enfermeira especialista, pois adquiri uma panóplia de competências na área do controlo da infeção. Apercebi-me que ainda existe uma grande dificuldade na mudança de comportamentos por parte da equipa multidisciplinar, e que ainda é difícil sensibilizar para a necessidade da mudança e para a importância do controlo da infeção que se vão refletir na qualidade dos cuidados prestados.

No SMI e no SU realizei sempre os procedimentos tendo em conta a assepsia, utilização de material e equipamento individual, vigilância e manutenção de cateteres

centrais e de administração de terapêutica, periféricos e de hemodialise, linhas arteriais, cumprimento de medidas de proteção básica adequadas nos casos que requeriam isolamento fosse este de contacto ou respiratório.

Ao falar na qualidade dos cuidados temos de falar obrigatoriamente na gestão da dor. Foi uma das minhas preocupações durante os estágios, avaliar a dor do doente, utilizando sempre escala de avaliação da dor quer para o doente acordado quer para o doente sedado, e aliviar a dor sempre que necessário.

As dotações seguras são um parâmetro associado a qualidade dos cuidados de enfermagem. Pude constatar que nos estágios de SMI e SU estão asseguradas as dotações seguras, pese embora que nos SU estas podem ser postas em causa sempre que um colega tem de efetuar um transporte de algum doente crítico para outro hospital fora do CHTMAD, nestas situações prevalece e sempre o espírito de ajuda da equipa.

A integração numa equipa multidisciplinar pode ser um fator de stress que se pode refletir na prestação de cuidados e na relação com os restantes elementos da equipa. Em todos os estágios senti-me sempre muito bem recebida e acolhida pelas várias equipas o que facilitou a minha integração e me motivou. Esta relação foi sempre baseada na iniciativa, respeito, comunicação, competência, qualidade e acima de tudo responsabilidade.

Se hoje se quer uma enfermagem mais atualizada a par das últimas evidências científicas, é necessário apostar na formação contínua e na investigação para a melhoria contínua dos cuidados tendo sempre como objetivo o melhor para o doente, uma vez que ele é o nosso foco.

A realização do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica vai de encontro a esse objetivo, aumentar e atualizar os meus conhecimentos para uma melhor prestação de cuidados.

### **2.3 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Segundo Deodato (Deodato, 2008), o exercício da profissional de enfermagem é de natureza autónoma, exercendo o enfermeiro funções de complementaridade com as outras profissões de saúde com quem trabalha diariamente, indo ao encontro do referido no REPE.

A autonomia do exercício de enfermagem foi desenvolvida ao longo de décadas e deve-se fundamentalmente a dois fatores: desenvolvimento científico da disciplina e progressivo suporte jurídico no exercício da profissão juntamente com a contínua reflexão ética (Deodato, 2008).

A autonomia profissional é uma componente de extrema importância na profissão de enfermagem, sendo a tomada de decisão um fator fundamental, pois esta permite a efetivação dos atos dos profissionais, sendo este um processo realizado em diversas etapas sucessivas com a finalidade de realizar um ato (Deodato, 2008)

Ao longo dos anos tem sido muitos os avanços científicos e tecnológicos, que exigiram aos enfermeiros uma adequação da sua prática a estes avanços.

No domínio das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências esta diretamente relacionada com o esforço e investimento pessoal que realiza para acompanhar a evolução científica e tecnológica, atualizando os conhecimentos e alcançando o crescimento profissional através do autoconhecimento e amadurecimento pessoal e profissional. Deste modo o enfermeiro especialista deve sentir a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, consolidando a sua prática numa base científica sólida, devendo sempre que possível transmitir conhecimentos, através da formação em serviço.

O enfermeiro especialista deve basear a sua praxis clinica especializada em evidencia científica quando “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processo de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Este deve ser capaz de

mobilizar todos os seus conhecimentos, saberes e experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevada nível de qualidade (Gomes, 2011).

O autoconhecimento é a base para atuação ética do ser humano. Está presente nas diversas situações e aspetos da vida de cada um, tornando-o único e singular. O autoconhecimento permitiu-me uma prática baseada em valores como a integridade, a moral, a responsabilidade, dedicação, refletindo-se diretamente no trabalho desenvolvido e nas pessoas envolvidas.

O trabalho em equipas multidisciplinares, o contacto com diferentes pessoas, contextos e situações contribuíram para um aumento do autoconhecimento.

O exercício profissional em contexto de estágio exige um conjunto de competências a vários níveis, emocional, comunicacional e relacional capacidade de gerir situações de urgência/emergência, stress, cansaço, frustração, sentimentos de impotência e desânimo. Estes contextos permitiram-me treinar as componentes na abordagem ao doente crítico como desenvolver e descobrir outras.

Manter-me atualizada acerca das diversas temáticas dentro dos contextos de atuação, desde recursos existentes, técnica e atuações, constitui uma estratégia eficaz para a construção e consolidação de conhecimentos e aprendizagens promotores de boas práticas.

#### **2.4 Competências específicas em enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica**

O regulamento nº 428/2018 reconhece a necessidade de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto da intervenção. De acordo com o Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2018 (OE, 2018) de Competências Específicas do EE na área da Enfermagem à Pessoa em situação Crítica, os cuidados a pessoa em situação crítica são “ cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em

risco imediato, como resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total” .

As competências específicas do EE em EPSC publicadas no Regulamento anteriormente citado são:

- “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;

-Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;

-Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou em falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas,”

Segue-se uma reflexão crítica referente às competências supracitadas.

- Cuida da Pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A pessoa em Situação Crítica, segundo a OE (OE, 2011), é aquela “cuja a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja a sobrevivência depende de meios avançados de vigilância.

A prestação de cuidados a Pessoa em situação Crítica, a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e de extrema importância, e são da competência do EEMC.

De acordo com o regulamento nº429/2018, “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa; o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder e tempo útil e de forma holística.”(OE, 2018).

O enfermeiro assume um papel primordial, pois atento ao doente desenvolve um processo de observação sobre o seu estado, que pode estar em constante mudança e faz a

monitorização contínua ao tratamento instituído, identificando prontamente possíveis problemas, iniciando terapêuticas pertinentes e intervindo na prevenção ou correção de situações de risco iminente (Matos, 2019).

Os estágios preconizados para o desenvolvimento de competências na área da especialização em enfermagem á pessoa em situação crítica combina ambientes com características específicas, propicias á prática especializada da enfermagem ao doente critico e família/cuidador.

Na prestação de cuidados a Pessoa em Situação Crítica, a avaliação e a monitorização são uma constante e são de uma importância extrema, pois são uma das várias competências do enfermeiro EEMC.

Durante os estágios do SMI e SU tive oportunidade de prestar cuidados á pessoa em situação crítica/falência orgânica. A prestação de cuidados à pessoa hemodinamicamente instável, com necessidade por vezes de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva), bem como a gestão de protocolos terapêuticos complexos e transporte intra-hospitalar requerem conhecimentos e competências específicas, quer na avaliação, monitorização, implementação, quer na adequação da resposta por parte dos enfermeiros, de modo a dar uma resposta adequada e antecipatória a possíveis focos de instabilidade.

Durante o estágio procurei alargar o meu campo de ação, tentando ir sempre além de um saber teórico, atendendo sempre a estabilização do doente, através de cuidados de prevenção e controlo de riscos. O trabalho desenvolvido num SMI não envolve apenas os cuidados diretos á pessoa em situação crítica, o enfermeiro num serviço destes atua muito ao nível da prevenção, diminuindo assim a possibilidade da existência de eventos patológicos futuros.

Tive a oportunidade durante o estágio no SMI de prestar cuidados ao doente, sedado, analgesiado, doente com suporte ventilatório sendo ele invasivo ou não, e preparação para o seu desmame, cuidados de higiene e conforto no doente sedado, vigilância hemodinâmica contínua, cuidados de enfermagem na administração da

nutrição entérica e parentérica e controlo glicémico, bem como da vigilância e otimização dos dispositivos intravasculares do doente. Tive ainda oportunidade de prestar cuidados com diversas patologias (cirúrgica como pós-operatórios, colangites, pancreatites), e em diversas condições, politraumatizado, sépsis, choque séptico.

A vigilância do doente crítico é uma constante, sendo a monitorização um grande auxílio.

No SU, foi sempre uma preocupação minha orientadora, encaminhar-me para a sala de emergência sempre que esta era ativada mesmo que não estivéssemos escaladas no plano para a sala de emergência, o que me proporcionou atuar em diversas situações clínicas de diferentes complexidades tais como pessoas politraumatizados, paragem cardiovascular, enfarte agudo do miocárdio, mal-estar epilético, AVC. De modo a otimizar a atendimento aos pessoas mais urgentes é utilizado um sistema de Via Verde.

Relativamente a Via Verde Coronária o atendimento é idêntico a do AVC, em termos de prioridade. É feita uma deteção precoce de sintomatologia, tipo e localização da dor, se a dor é acompanhada por náuseas, vômitos e sudorese. A minha atuação nestes casos passava pela colheita de sangue de acordo com o protocolo para doseamento das enzimas cardíacas e auxiliar na realização da eletrocardiograma para a deteção da elevação do segmento ST, e posterior transporte do doente para a sala de hemodinâmica.

Já na Via Verde Trauma, tive a oportunidade de participar na primeira avaliação do doente com o intuito de identificar lesões que pudessem pôr em causa a vida do doente. Após esta avaliação inicial, procede-se á mobilização da vítima e realiza-se as colheitas bem como os exames imagiológicos e monitorização.

Tive ainda oportunidade na Via Verde Sépsis, colocar em prática segundo indicação médica, os algoritmos da atuação no que concerne á administração de fluidos, oxigenoterapia, gasometria arterial e colheita de sangue para hemoculturas antes da administração da antibioterapia.

Estas experiências de prestação direta de cuidados a pessoas em situação crítica permitiram-me desenvolver e aprimorar o meu desempenho técnico e científico e as

minhas competências nesta área. Tendo como base o meu conhecimento já adquirido durante o meu percurso profissional e o que adquiri durante os estágios consegui melhorar a minha capacidade de resposta, organização, planificação e tomada de decisão.

- Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção a ação

Segundo a OE (OE, 2011) uma situação de catástrofe é definida como “um acidente grave ou uma serie de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Perante a possibilidade da ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes dimensões, é fundamental que as instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) realizem regularmente uma análise da situação, planeando de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência adequada a qualquer cenário de catástrofe possível, ou a outro que pela sua natureza e dimensão, implique momentaneamente ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, instalando-se assim uma crise.

É da responsabilidade das unidades de saúde a elaboração de um plano de emergência. É de vital importância definir regras ou norma gerais de atuação. Cada unidade de saúde deve assegurar a elaboração de um Plano de emergência de forma a garantir a segurança e gestão de riscos através de uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição em situação de crise.

Ao longo do meu período de estágio no SU, não ocorreu nenhuma situação de catástrofe. Ocorreu apenas um acidente de multi-vítimas de pequena dimensão, não tendo sido necessário a ativação do plano.

O CHTMAD possui um plano de emergência interna, e o SU da unidade de Vila Real tem um armário de catástrofe situado ao lado da sala de emergência, onde se encontram guardados todos os Kits específicos e procedimentos de orientação em caso de haver uma situação de catástrofe ou exceção.

- Maximiza a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Segundo o regulamento de competências nº 429/2018 de 16 de julho faz parte das competências do enfermeiro EEMC maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade e a necessidade de resposta em tempo útil e adequada.”(OE, 2018).

Espera-se que o enfermeiro EEMC, o desenvolvimento de competências de forma a responder rápida e eficazmente face ao “risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica(..) no controlo da infeção e resistência a antimicrobianos (OE L)

Existem inúmeros fatores potenciadores de uma infeção, tais como a sua fonte, o agente infeccioso, a via de transmissão, a suscetibilidade do hospedeiro e do meio ambiente.

As Infeções Associadas aos cuidados de Saúde (IACS) são definidas como uma “infeção adquirida pelos pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode, também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade “(DGS, 2017).

Em 2017 foi criado o Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da DGS, com o objetivo de dar a conhecer os resultados das IACS (DGS, 2017).

O PPCIRA tem como missão promover a redução das taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, através da prevenção e controle da sua transmissão, vigilância epidemiológica, consumo e resistência de antibióticos.

A infeção constitui a principal causa de morbilidade e mortalidade hospitalar, sendo por isso um dos principais motivos dos elevados custos de internamentos hospitalares (DGS, 2017)

As IACS e o aumento das resistências aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância á escala mundial. Estudos internacionais revela que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2017).

O Grupo Local do Programa de prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do CHTMAD é constituído por uma equipa multidisciplinar, sendo enfermeiro EEMC parte integrante e um forte elo dinamizador e com um papel ativo nas questões relacionadas com a prevenção e controlo da infeção de acordo com as orientações emanadas pela DGS.

De forma a criar mediadas de promoção da implementação de precauções básicas do controlo da infeção a DGS preconiza a implementação de feixes de intervenção na realização de procedimentos e dispositivos invasivos mais importantes decorrentes da manipulação física.

A DGS atualmente preconiza a implementação de feixes de intervenção associados aos cuidados á prevenção da infeção associada ao cateterismo vesical, prevenção da pneumonia relacionada com a intubação, prevenção da infeção do local do Cateter Venoso Central (CVC) e prevenção da infeção do local Cirúrgico, aquando do meu estágio no PPCIRA de Vila real tive oportunidade de fazer auditorias em diversos serviços sobre a implantação do feixe da prevenção da infeção do Local cirúrgico. Esta auditoria consistia em consultar o processo do doente que tinha sido operado, e verificar se as normas estavam a ser cumpridas. Se o antibiótico era feito 30 minutos antes da cirurgia, se havendo necessidade de reforço de antibiótico durante a cirurgia este era feito, se o antibiótico feito era o que estava preconizado pela norma, se havia registo dos sinais vitais do doente, se havia banho com clorhexidina e tricotomia antes da cirurgia, registo

da incisão, início e fim da cirurgia, e se havia prolongamento sem necessidade do antibiótico.

Tive ainda oportunidade de conhecer e trabalhar no programa. Este estágio foi sem dúvida essencial para a minha sensibilização e aumento dos meus conhecimentos sobre a necessidade da integração do controlo da infeção como parte integrante dos cuidados ao doente

Faz parte das competências do EEMC a prevenção e controlo da infeção face aos múltiplos contextos na prestação de cuidados, á complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade da utilização de múltiplas medidas invasivas e terapêutica para a manutenção da vida do doente em situação crítica.

No decurso do estágio a minha atuação foi sempre no sentido de maximizar a prevenção do controlo da infeção perante a pessoa que necessita de cuidados, muitos deles submetidos a procedimentos invasivos, e, por conseguinte, mais expostos ao risco de infeção, sendo importante o cumprimento de protocolos, utilização das regras básicas de controlo de infeção: higienização das mãos, colocação e remoção do equipamento de proteção individual.

### **3 - CONCLUSÃO**

Ao finalizar este relatório, torna-se essencial refletir sobre a sua elaboração, e sobre as competências desenvolvidas através das atividades realizadas nos estágios com vista a atingir os objetivos que me propus.

Com a realização deste relatório, apesar de já ter alguma experiência profissional, o meu crescimento se processou não só a nível profissional, mas também pessoal, na medida em que evolui nas minhas capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me fizeram crescer enquanto enfermeira e enfermeira especialista.

Através da realização do relatório de estágio, da descrição das atividades realizadas foi possível dar relevância e visibilidade ao percurso formativo de desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em EMC.

Considero a minha escolha dos locais de estágio acertado, sendo eles dotados de boas condições físicas, organizacionais, bem como profissionais competentes, com experiência na sua área e com elevado nível de conhecimentos. Todos estes aspetos foram efetivamente determinantes na construção do meu percurso, pelo que se traduziram numa sólida aprendizagem, que assente nos pilares que sustentam a especialidade de EMC na área da Pessoa em Situação Crítica.

Todos os campos de estágio demonstraram ser desafiantes e ricos em aprendizagens no que diz respeito ao doente crítico. Nos três campos de estágio consegui, através de empenho e dedicação, adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, e que permitiram desenvolver autonomia para prestar cuidados qualificados e diferenciados e de forma contínua, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

Durante este percurso, tive oportunidade de refletir e meditar nas situações vividas, nas aprendizagens, nos conhecimentos adquiridos e nas competências desenvolvidas.

Este relatório teve com objetivo principal compilar os momentos do Ensino Clínico, através da sua descrição, terminando com uma crítica sobre as atividades desenvolvidas e contributo para a prática de enfermagem.

No entanto este relatório não poderá descrever toda a complexidade inerentes aos cuidados, os conhecimentos, e os momentos de aprendizagem vividos.

De acordo com o feedback nas avaliações dos EC, considero ter atingido com sucesso a aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista, desenvolvendo conhecimentos e capacidades, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados.

## BIBLIOGRAFIA

- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(30), 234–251.
- Deodato, S. (2008). Responsabilidade profissional em enfermagem: Valor da sociedade. Almedina.
- DGS, D.-G. de S. (2016). *EIXO ESTRATÉGICO - QUALIDADE EM SAÚDE*.  
[http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024\\_-\\_Qualidade\\_em\\_Saúde\\_2013-01-17\\_.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf)
- DGS, D.-G. de S. (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS*. DGS.  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevenção%20e%20Controlo%20de%20Infeções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Dias, E. P., Stuz, B. lemos, Resende, T. C., Batista, N. B., & Sene, S. S. (2014). Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. *Revista de Psicopedagogia*, 31(94), pepsic.bvsalud.org/sielo.
- GCL-PPCIRA. (2021). Plano de Atuação 2021-2022 CHTMAD. CHTMAD.
- Gomes, N. (2011). *Cuidar do doente crítico nos diferentes contextos da prática* [Estágio]. Universidade Católica Portuguesa.
- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/2292>

- Matos, I. (2019). Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: Da urgência ao perioperatório [Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny]. <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>
- Murphy, J., Quillinan, B., & Carolan, M. (2009). Role of clinical nurse leadership in improving patient care: Jill Murphy and colleagues describe how clinical leadership has been defined and developed among nurse leaders in the Republic of Ireland. *Nursing Management*, 16(8), 26–28.  
<https://doi.org/10.7748/nm2009.12.16.8.26.c7395>
- OE, Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Regulamento nº 111/2009*. Diário da República.  
<https://files.dre.pt/1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- OE, Ordem dos Enfermeiros (2010). *REGULAMENTO DE IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_IdoneidadeFormativa\\_AG29Maio2010\\_VCorrecta\\_25Jun2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf)
- OE, Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- OE, Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE, Ordem dos Enfermeiros (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

OE, Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Silva, M. (2016). *Avaliação do risco de queda: Contributos para a implementação da supervisão clínica em enfermagem* [Escola Superior de Enfermagem do Porto].

<http://hdl.handle.net/10400.26/12868>

Sousa, P., Sousa, A., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde pública*, 10.

Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., & Mota, N. V. y P. (2006). Indicadores de qualidade enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do «Programa de Qualidade Hospitalar». *O Mundo da Saúde São paulo*, 30(300–305). [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/35/indicadores\\_qualidade.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/indicadores_qualidade.pdf)

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2020). *Priorities in critical care nursing*.

Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725405659>

# ANEXO F

## Submissão de artigos

The screenshot displays the submission management interface for the journal 'Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health'. The user is logged in as 'catarinaeufemiavaz'. The page shows the submission workflow for article 30985 by Martins Vaz et al. The document title is 'CONHECIMENTOS EM AUTOCUIDADO À FISTULA ARTERIOVENOSA EM MATURAÇÃO'. The submission is currently in the 'Publicação' phase. A table of submitted files shows one document: '131625-1 catarinaeufemiavaz, Conhecimentos em autocuidado de FAV em maturação.docx', submitted on April 23, 2023. Below this, a 'Pré-Revisão Discussões' section is empty, indicating no pre-review discussions are present.

Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health

Tarefas 1

Português Ver Site catarinaeufemiavaz

30985 / Martins Vaz et al. / CONHECIMENTOS EM AUTOCUIDADO À FISTULA ARTERIOVENOSA EM MATURAÇÃO Biblioteca Submissão

Fluxo de trabalho Publicação

Submissão Revisão Edição de cópia Produção

Ficheiros Submissão Pesquisar

131625-1	catarinaeufemiavaz, Conhecimentos em autocuidado de FAV em maturação.docx	Abril 23, 2023	Texto do Trabalho
----------	---------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------

Editar

Download Todos Ficheiros

Pré-Revisão Discussões Adicionar discussão

Nome	De	Última Resposta	Respostas	Fechado
Sem Itens				

Platform & workflow by OJS / PKP

Servir Tarefas 0 Português Ver Site catarinaeufemiavaz

30990 / **Vaz et al.** / Insuficiência Renal Crónica Terminal - variáveis clínicas e o conhecimento relativo à fistula. [Biblioteca Submissão](#)

Fluxo de trabalho **Publicação**

Submissão **Revisão** Edição de cópia Produção

**Ficheiros Submissão** [Pesquisar](#)

131627-1	catarinaeufemiavaz, 2 - IRCT - Variáveis Clínicas e conhecimento FAV em maturação.docx	Abril 23, 2023	Texto do Trabalho
----------	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------

[Download Todos Ficheiros](#)

**Pré-Revisão Discussões** [Adicionar discussão](#)

Nome	De	Última Resposta	Respostas	Fechado
<i>Sem Itens</i>				

Platform & workflow by  
OJS / PKP