



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **EXPLORANDO A VULNERABILIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UM PERCURSO RUMO À INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Ana Sofia Gomes Ferreira

Porto – março de 2024





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**EXPLORANDO A VULNERABILIDADE DA PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA: UM PERCURSO RUMO À INTERVENÇÃO  
ESPECIALIZADA**

**EXPLORING VULNERABILITY IN CRITICAL SITUATIONS: A  
JOURNEY TOWARDS SPECIALIZED INTERVENTION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Ana Sofia Gomes Ferreira

Sob orientação do Professor Doutor Vasco Neves

Porto – março de 2024



## RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e descreve as atividades realizadas durante os estágios na Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório. Este percurso visa a aquisição de conhecimentos e competências essenciais na área da Pessoa em Situação Crítica, com o objetivo de obter o título de enfermeira especialista e mestre nesta especialidade. A Unidade Curricular compreende dois contextos de estágio: um realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e outro na Unidade de Hemodiálise, no período compreendido entre 4 de setembro de 2023 a 16 de dezembro de 2023.

A metodologia adotada para este relatório foi a descritiva e crítico-refletiva, fundamentada na pesquisa bibliográfica. O propósito desta abordagem é descrever e fundamentar o percurso realizado para a aquisição de conhecimentos e competências ao longo dos estágios. A preocupação central foi a procura por uma prática de excelência nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, refletida na realização de atividades que visam promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento de competências de enfermagem

Durante o estágio nas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes e de Hemodiálise adquiri conhecimentos e desenvolvi competências especializadas. Particularmente, aprofundei o meu conhecimento sobre as atividades e funções do enfermeiro especialista, participei na prevenção de infeções, otimizei a gestão de cuidados. De facto, o estágio proporcionou uma visão da complexidade das Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes e de Hemodiálise. A observação, prática e interação com profissionais especializados foram importantes para o meu crescimento profissional.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Especializada; Cuidados Intensivos Polivalentes; Hemodiálise; Gestão de Cuidados de Enfermagem; Desenvolvimento Profissional



## **ABSTRACT**

The present internship report was prepared as part of the Master's in Nursing with a Specialization in Medical-Surgical Nursing in the Critical Situation Nursing area at the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa. It describes the activities carried out during the internships in the curricular unit: Final Internship and Report. This journey aims at acquiring essential knowledge and skills in the field of critical situation nursing area with the goal of obtaining the title of specialist nurse and master in this specialty. The curricular unit includes two internship contexts: one at the Polyvalent Intensive Care Unit and another at the Hemodialysis Unit, from September 4, 2023, to December 16, 2023. The methodology adopted for this report was descriptive and critical-reflective, based on bibliographic research. The purpose of this approach is to describe and justify the path taken to acquire knowledge and skills throughout the internships. The central concern was the search for a practice of excellence in caring for Critical Care Patients, reflected in activities aimed at promoting continuous improvement in the quality of care provided and the development of nursing skills. During the internship in the Polyvalent Intensive Care Units and Hemodialysis Units, I acquired knowledge and developed specialized skills. In particular, I deepened my understanding of the activities and functions of the specialized nurse, participated in infection prevention, and optimized care management. Indeed, the internship provided insight into the complexity of Polyvalent Intensive Care Units and Hemodialysis Units. Observation, practice, and interaction with specialized professionals were important for my professional growth.

**Keywords:** Specialized Nursing; Polyvalent Intensive Care; Hemodialysis; Nursing Care Management; Professional Development



*“É necessário sair da ilha para ver a ilha,  
não nos vemos se não saímos de nós.”*

José Saramago



## **AGRADECIMENTOS**

Agradecida.

À dedicação inabalável, do Professor Doutor Vasco Neves, cujos ensinamentos  
me colocaram em bicos de pés.

Ao comprometimento, dos enfermeiros tutores, que permitiram o compartilhar  
de valiosos conhecimentos e experiências.

Ao amor único, da minha família, presente e ausente, pela fonte de força e  
inspiração.

A pessoas que passam, ricas em saberes e que nos densificam.

O sucesso desta jornada foi de todos e para todos.

Muito obrigada.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIP – Cuidados Intensivos Polivalentes

CVC – Cateter Venoso Central

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI – Emergência Médica Interna

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

FAV – Fístula Arteriovenosa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS-UCP – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCI – Prevenção e Controlo de Infecção

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SLED – *Sustained Low-Efficiency Dialysis*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



# ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	17
1 – COMPETÊNCIAS PRÉVIAS .....	25
2 – DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	27
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes .....	27
2.2. Unidade de Hemodiálise .....	30
3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....	33
3.1. Adaptação à estrutura física e organizacional da UCIP e de Hemodiálise .....	36
3.1.1. Estrutura física e organizacional das Unidades de CIP e de Hemodiálise.....	37
3.1.2. Adaptação à dinâmica e ao funcionamento organizacional das Unidades de CIP e de Hemodiálise .....	41
3.1.3. Manuseamento e utilização dos equipamentos essenciais na UCIP e Unidade de Hemodiálise .....	44
3.1.4. Melhoria do ambiente terapêutico para PSC e para a sua família.....	45
3.2. Assegurar assistência à PSC.....	47
3.2.1. Funções do enfermeiro especialista na UCIP e na Unidade de Hemodiálise .....	48
3.2.2. Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e aplicação de protocolos e diretrizes específicas .....	49
3.2.3. Aquisição de competências para responder em situações de doença crítica e/ou falência orgânica .....	50
3.2.4. Gestão da dor e bem-estar da PSC .....	51
3.3. Organização e coordenação dos cuidados de enfermagem.....	52
3.3.1. Gestão dos cuidados de enfermagem.....	53
3.4. Prevenção e controlo de infeções da PSC.....	54
3.4.1. Diretrizes estabelecidas pela CCI.....	56

3.4.2. Reconhecimento e implementação de protocolos e circuitos de prevenção e controlo de infecção .....	57
3.5. Conhecimentos sobre ventilação e acompanhamento do paciente .....	58
3.5.1. Administração de terapias de suporte vital, visando a melhoria da qualidade de cuidados prestados à PSC .....	58
3.6. Desenvolvimento profissional e formação.....	59
3.6.1. Investigação científica para uma melhoria continua da qualidade dos cuidados .....	59
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	71
Anexo I Certificado de Participação nas I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Neurocirurgia.....	73
Anexo II Certificado de Participação nas 26 Jornadas de Medicina Intensiva do Porto .....	77
Anexo III Certificado de Presença na II Convenção Internacional dos Enfermeiros .....	81
Anexo IV Certificado de Presença no Congresso de Emergência Extra-Hospitalar .....	85
Anexo V Certificado de Presença no I Simpósio de Emergência Médica Pré-Hospitalar.....	89
Anexo VI Certificado de Participação nas III Jornadas da Gestão do Risco Hospitalar .....	93
APÊNDICES .....	97
Apêndice I Revisão <i>scoping</i> “A Importância da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” .....	99
Apêndice II Apresentação de Mestrado em Enfermagem - A Importância da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.....	123
Apêndice III Revisão <i>scoping</i> “A Importância do Auto-Cuidado da Fístula Arteriovenosa no Contexto da Hemodiálise” .....	133

## INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na Universidade Católica Portuguesa do Porto (ICS-UCP), apresento este Relatório Final de Estágio com uma duração de 840 horas (h) de carga horária total, que correspondem a 30 unidades de crédito. Do total de 840h, 360h foram de estágio prático, 20h de seminário, 20h de orientação tutorial e 440h de trabalho autónomo do aluno. O estágio foi realizado em duas unidades distintas, Cuidados Intensivos Polivalentes (CIP) e Hemodiálise, num Centro Hospitalar Universitário, localizado no Norte de Portugal, durante o período de 4 de setembro de 2023 a 16 de dezembro de 2023. Na área dos Cuidados Intensivos foi realizado entre 4 de setembro de 2023 e 24 de outubro de 2023 e na área de Hemodiálise entre 25 de outubro de 2023 e 16 de dezembro de 2023. A orientação do presente projeto foi conduzida por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) é um espaço hospitalar especificamente projetado e equipado para oferecer atendimento altamente especializado a pacientes que se encontram em estado crítico, incluindo aqueles que sofrem de condições como insuficiência respiratória aguda, falência de múltiplos órgãos, casos pós-operatórios complexos e diversas outras condições clínicas que necessitem cuidados intensivos e constantes (1). Neste cenário, a equipa de enfermagem enfrenta diariamente desafios significativos, onde a capacidade de resposta rápida e precisa é essencial para garantir a sobrevivência e recuperação do paciente.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), durante o estágio em UCIP, desenvolve competências de nível avançado relacionadas com a monitorização e intervenção em pacientes críticos. Este ambiente clínico oferece uma oportunidade única para aprofundar o conhecimento e as capacidades, permitindo que o enfermeiro especialista se torne altamente competente na gestão de pacientes em situações de risco iminente à vida (2). Para além disso, o enfermeiro especialista é

treinado para interagir com a equipa de enfermagem e colaborar com outros profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros, para fornecer uma abordagem interdisciplinar alargada ao paciente.

A doença renal súbita pode ser um desafio adicional para alguns pacientes internados na UCIP (3, 4). A falência aguda renal pode levar à necessidade de tratamento especializado por hemodiálise, particularmente para eliminar toxinas e excesso de fluidos do organismo do paciente, contribuindo para a estabilização e recuperação do sistema renal. O Enfermeiro Especialista (EE) tem um papel fundamental na gestão da terapia renal de substituição, proporcionando suporte vital aos pacientes com disfunção renal aguda ou crónica. O EE é ainda habilitado para administrar o procedimento com destreza e segurança, garantindo o bem-estar do paciente e evitando complicações (2).

A ligação entre os CIP e a Hemodiálise estabelece-se devido à necessidade de tratamentos mais amplos por parte dos pacientes com doença renal súbita. Neste contexto, o EE tem um papel multidisciplinar, assegurando a coordenação dos cuidados, a comunicação efetiva entre as equipas e o acompanhamento contínuo do paciente durante o processo de tratamento. A ligação entre as especialidades Médicas de Medicina Intensiva e Nefrologia é de extrema importância na abordagem integrada dos pacientes com doença renal súbita. A capacidade de transferência entre estas áreas permite uma atuação mais alargada e eficaz, garantindo o acompanhamento integral do paciente ao longo do processo de tratamento e reabilitação.

A gestão da dor e do bem-estar é outro aspeto crucial abordado no estágio em UCIP e Hemodiálise (5-7). A dor é uma experiência subjetiva que pode afetar profundamente a PSC, bem como a sua família (8). A capacidade de avaliar e responder adequadamente às necessidades específicas de cada paciente, integrando a família como parceira no cuidado, é fundamental para assegurar uma abordagem holística e humanizada. O EE é treinado para identificar e avaliar a dor do paciente, adotando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo eficaz da dor. Para além disso, o enfermeiro é responsável por promover o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do paciente e da sua família, fornecendo um ambiente compassivo e de suporte emocional durante o tratamento (2).

A importância do EE é inegável nestas unidades especializadas (9, 10). A sua formação avançada e competências especializadas permitem-lhes assumir um papel de liderança na gestão e coordenação dos cuidados de enfermagem. A capacidade de tomar decisões clínicas informadas, liderar equipas multidisciplinares e adaptar a gestão de recursos a situações específicas é fundamental para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC (11). Além disso, o EE também exerce um papel importante na educação e orientação dos enfermeiros em formação (12), contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nas unidades de CIP e Hemodiálise.

A escolha das unidades de estágio resultou do meu interesse específico em cuidados à PSC. Nos CIP, os profissionais de Enfermagem enfrentam diariamente casos de extrema gravidade, onde a monitorização constante, a administração de medicamentos e a intervenção rápida são essenciais para garantir a sobrevivência dos pacientes. As situações podem ser imprevisíveis, e é necessário estar preparado para uma tomada de decisões determinantes sob pressão, o que requer um alto nível de competência técnica e capacidade de resolução de problemas.

Por outro lado, na Unidade de Hemodiálise, o foco principal é o suporte renal para pacientes com insuficiência renal crónica, cuja qualidade de vida depende do funcionamento adequado deste tratamento. A intervenção do enfermeiro neste contexto é vital para garantir a segurança do procedimento, a remoção adequada de toxinas e o equilíbrio hidroelectrolítico, para além de proporcionar conforto e apoio emocional aos pacientes, os quais enfrentam tratamentos regulares e prolongados.

Embora distintas, ambas as áreas requerem um elevado nível de capacidades técnicas e de comunicação, uma vez que a interação com pacientes e familiares é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança e para a identificação das necessidades individuais de cada paciente. Para além disso, é essencial uma atitude de empatia e cuidado, proporcionando um ambiente acolhedor e humanizado mesmo nas circunstâncias mais desafiantes.

O EE em EMC (EEEMC) é reconhecido como um elemento que deve dar resposta às necessidades da PSC e/ou falência orgânica. Dentro das competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC destacam-se diversas responsabilidades

essenciais. Este profissional deve ser capaz de prestar cuidados de enfermagem a pacientes com doenças críticas ou falência orgânica, assim como as suas famílias ou cuidadores, abordando situações altamente complexas. Além disso, desempenha um papel fundamental na gestão de respostas a situações de emergência, exceção e catástrofe, participando ativamente desde o planejamento até a execução das ações necessárias (13). Outra competência de destaque é a capacidade de melhorar a prevenção, intervenção e controle de infecções, bem como de resistência a antimicrobianos, em cenários que envolvem a PSC ou falência orgânica. Esta competência requer a compreensão da complexidade do contexto e a necessidade de respostas rápidas e adequadas (2, 13).

O desenvolvimento de competências do Enfermeiro é um processo dinâmico e complexo, que envolve a aplicação do conhecimento em situações desafiantes encontradas na prestação de cuidados, mediado por uma prática refletiva (14-16). A competência é uma combinação de diversos saberes que culminam na ação, sendo adquirida através da realização de tarefas específicas em contextos específicos. De acordo com Silva (2011), o conhecimento na ação, também conhecido como *knowing-in-action*, consiste na capacidade de aplicar o conhecimento para resolver problemas práticos, uma competência que é melhorada e adaptada após a experiência (15). Por outras palavras, ser competente significa estar apto e disponível para desenvolver práticas profissionais em conformidade com os requisitos do posto de trabalho ou missão a cumprir.

Le Boterf (2006) destaca que a competência vai para além do domínio de conhecimentos, capacidades ou técnicas, pois concretiza-se na ação. Para esse autor, a competência é um processo composto por três dimensões: a primeira refere-se aos recursos que o profissional pode mobilizar para agir, exigindo a capacidade de combinar diferentes operações em vez de realizá-las apenas separadamente. A segunda dimensão está relacionada com a própria ação e os resultados que ela produz, incluindo as práticas profissionais e o desempenho. Por fim, a terceira dimensão é a refletividade, ou seja, a capacidade de distanciamento (17).

Ao criar uma distância entre si e as situações do dia a dia, bem como em relação às suas próprias práticas, o profissional tem a capacidade de melhorar a sua capacidade de conduzir o seu próprio processo de aprendizagem (20). Nesta perspetiva, o desenvolvimento de competências é um processo progressivo, no qual a experiência desempenha um papel fundamental na consolidação dos saberes dos Enfermeiros.

Assim, é essencial que os Enfermeiros sejam capazes de aplicar os seus conhecimentos de forma ponderada e contextualizada, adaptando as suas práticas às necessidades específicas dos pacientes e das situações clínicas. O desenvolvimento contínuo de competências permite aos profissionais responderem de forma eficaz e qualificada aos desafios e às exigências da sua área de atuação, proporcionando cuidados de qualidade e segurança para a PSC e as suas famílias. A reflexão sobre a ação e a procura por aprendizagem contínua são fundamentais para o crescimento profissional e a melhoria constante da prática de Enfermagem em contextos tão complexos como os CIP e Hemodiálise.

O cuidado de enfermagem à PSC e/ou falência orgânica compreende três aspetos fundamentais: a constante observação, recolha e análise de dados, com o objetivo de compreender, prevenir e detetar precocemente possíveis complicações (2). O EEEMC nesta área deve apresentar três competências específicas: i) fornecer cuidados especializados à pessoa/família/cuidador que enfrenta uma situação complexa de doença crítica ou falência orgânica; ii) responder adequadamente em situações de emergência, exceção e catástrofe; e iii) reforçar a prevenção e controlo de infeções na PSC e/ou falência orgânica (18). Este profissional é reconhecido como alguém responsável por atender às necessidades da PSC e/ou falência orgânica, com o objetivo de promover a satisfação do paciente, a saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a reabilitação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2). No âmbito deste estágio, foram desenvolvidas estas três competências específicas, de acordo com o estabelecido no Regulamento Diário da República, 2.ª série, N.º 135, de 16 de julho de 2018 (18).

Com base nos objetivos delineados pela ICS-UCP para o estágio de EEEMC na área de enfermagem à PSC, foram estabelecidos tanto objetivos gerais quanto específicos, para além de atividades a serem realizadas e competências a serem adquiridas ao longo do processo de desenvolvimento profissional. O foco é preparar o enfermeiro para atuar de forma especializada na prestação de cuidados à PSC, abordando os desafios inerentes a esta área complexa. Assim, os objetivos do presente Estágio Final foram:

1. Desenvolver competências de adaptação à estrutura física e organizacional da Unidade de CIP e Hemodiálise, assegurando assistência à PSC e detetando sinais precoces de instabilidade ou risco de falência orgânica;

2. Contribuir ativamente para a organização, coordenação dos cuidados de enfermagem, promovendo eficiência da equipa, garantindo excelência e segurança nos serviços;
3. Potenciar a prevenção e controlo de infeções na PSC, adquirindo conhecimentos aprofundados sobre ventilação e acompanhamento pós-internamento;
4. Fomentar o desenvolvimento profissional e promover formação na equipa.

Este trabalho foi desenvolvido através de uma abordagem metodológica descritiva e reflexiva, inclui uma breve contextualização do local de estágio e detalha as atividades realizadas para atingir os objetivos previamente definidos.

Os vários objetivos estão alinhados com as competências e intervenções definidas no regulamento n.º 429/2018, que destacam o papel do EEEMC na Área de Enfermagem à PSC. Neste sentido, este desempenha um papel fundamental na promoção da excelência dos cuidados prestados na UCIP e na Unidade de Hemodiálise, atendendo às necessidades complexas e específicas dos pacientes. Para além disso, procura a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a aplicação das diretrizes de controlo de infeção, o que reflete o compromisso do EE em proporcionar um ambiente seguro e terapêutico.

Este relatório reflete a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, competências comuns do EE e competências de Mestrado. No que concerne às competências comuns do EE, espera-se obter e desenvolver capacidades nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagem profissional. Quanto às competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, o objetivo é adquirir conhecimento na UCIP e na Unidade de Hemodiálise, demonstrar competências técnicas, melhorar o ambiente terapêutico e contribuir na gestão da dor para melhoria da qualidade dos cuidados. Por fim, em relação às competências de Mestrado, procura-se a aplicação de um alto nível de conhecimento, capacidade para resolver problemas em várias situações, de integrar conhecimentos, de comunicar raciocínios e conclusões, e competências que promovam uma aprendizagem contínua e autónoma.

Neste sentido, o presente relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo fornece informação sobre o contexto em que o estágio foi desenvolvido. No segundo capítulo, são descritas as minhas competências prévias. No terceiro capítulo,

são apresentados os locais onde foram realizados os estágios. No quarto capítulo, é exposto o projeto de intervenção profissional, que inclui a fundamentação teórica sobre o tema, os cuidados de Enfermagem de EMC executados durante este período e uma breve reflexão sobre os mesmos. Por fim, são apresentadas a conclusão e as referências bibliográficas.

As referências bibliográficas são apresentadas ao longo do documento com a formatação *American Psychological Association*, 7ª edição.



## **1 – COMPETÊNCIAS PRÉVIAS**

Ao longo dos últimos 14 anos, tenho exercido a minha atividade profissional como Enfermeira no Serviço de Urgência Geral. A minha atuação profissional, envolve o cuidado a pacientes em situações emergentes ou urgentes, tanto em ambiente hospitalar como em contexto pré-hospitalar. Esta experiência permitiu-me adquirir competências diferenciadas em todas as áreas de atendimento, desde a triagem até sala de reanimação. Para além disso, integro a Equipa de Reanimação Interna e a VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação). Tenho uma Pós-Graduação em Emergência e Trauma, bem como todos os cursos adjacentes obrigatórios e secundários que me dotaram de capacidades técnicas e cognitivas para assistir a pessoa no seu ciclo vital.

No contexto da urgência/emergência intra-hospitalar, atuo em todas as áreas, desde os pacientes não urgentes até os pacientes em situação emergente, incluindo o processo de triagem (com curso obrigatório de Triagem Manchester) e a sala de reanimação [com curso obrigatório de Suporte Avançado de Vida (SAV)]. Os pacientes são divididos em duas grandes áreas: patológica (doenças orgânicas, com uma subdivisão para casos respiratórios) e traumática (ortopedia e cirurgia). Ao iniciar o ciclo de atendimento, é identificada a origem do problema do paciente já no processo de admissão administrativa, antes da triagem. Em seguida, realiza-se a triagem e a identificação do problema, atribuindo a cor de prioridade de atendimento. Após a triagem, os pacientes são encaminhados para diferentes áreas de acordo com o motivo e a gravidade da sua condição: Unidade de Decisão Clínica, Sala de Reanimação, Área Médica ou Área Cirúrgica. Na primeira unidade é necessária uma vigilância clínica contínua, exigindo atenção, disponibilidade e capacidade clínica para detetar possíveis complicações precocemente. Os cuidados são personalizados para cada paciente, seguindo o seu plano de cuidados e atendendo às suas necessidades específicas. É importante destacar a abordagem das Vias Verdes AVC (Acidente Vascular Cerebral), Coronária e Sepsis nestas unidades, que, através de protocolos estabelecidos, possibilitam o atendimento

rápido de pacientes com situações clínicas urgentes, exigindo conhecimentos, pensamento crítico, agilidade e decisões rápidas. Na Área Cirúrgica, são recebidos todos os pacientes vítimas de trauma, independentemente da gravidade. Nesta área, adota-se uma abordagem ABDCE, focada no tratamento e prevenção de possíveis complicações de acordo com o tipo de trauma sofrido. É importante destacar o atendimento prestado na Sala de Emergência, onde se cuida de pacientes em risco iminente de vida, exigindo uma atuação rápida, diferenciada, direcionada e segura.

No desfecho do ciclo de cuidados, defino o destino do paciente, seja o exterior (domicílio ou instituição) ou o interior (internamento), atuando sempre com rapidez e eficácia. Além disso, assumo funções de coordenação em várias áreas, assegurando a continuidade segura dos cuidados. Neste percurso profissional intenso e desafiante, tenho adquirido competências especializadas, como a tomada de decisões rápidas e precisas, o trabalho em equipa, a comunicação efetiva com pacientes e cuidadores, bem como a coordenação de áreas diversas.

Atualmente, exerço Enfermagem na área perioperatória, cirurgia de ambulatório, particularmente em anestesia e recobro, mantendo vínculo com a PSC através da continuidade na VMER e na equipa de Reanimação Interna.

De modo geral, a minha experiência de trabalho no Serviço de Urgência tem sido fundamental para o meu crescimento profissional no atendimento à PSC, o que me permitiu melhorar o meu pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão e medidas de atuação, bem como promover a autonomia, bem-estar e recuperação dos pacientes.

A minha experiência profissional e formação prévia, permitiram a creditação para o estágio no Serviço de Urgência Geral. De modo a ir mais além e me capacitar para liderar formações e *workshops* destinados a estudantes na área cirúrgica de intercâmbio, identifiquei a necessidade de uma mudança na minha trajetória profissional. O Mestrado em EMC na área de Enfermagem à PSC permitiu-me melhorar o meu conhecimento teórico e nivelar a minha prática clínica com os mais altos padrões de literacia e excelência no cuidado prestado à PSC.

## **2 – DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Como anteriormente mencionado, a unidade curricular "Estágio Final e Relatório", foi conduzida em duas áreas, a UCIP e Unidade de Hemodiálise. Nesta secção são apresentadas cada uma das unidades.

### **2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes**

A UCIP pertence a um Centro Hospitalar de referência no Norte de Portugal e encontra-se no piso 2, numa posição estratégica em estreita proximidade com o Bloco Operatório. No entanto, a localização da UCIP nem sempre favorece a rapidez necessária na resposta às situações críticas. O Serviço de Urgência, onde muitas vezes os casos mais agudos são inicialmente remetidos, está localizado no piso 1, o que pode resultar em desafios logísticos quando se trata de transferir rapidamente os pacientes para a UCIP. Esta diferença de localização pode, por vezes, representar um obstáculo na garantia de uma intervenção imediata e eficaz, que é fundamental em cenários de emergência. A disposição física da unidade é configurada em forma de "U", o que permite uma vigilância contínua a partir de um ponto central da unidade, promovendo uma melhor colaboração entre os profissionais de saúde e otimizando a visualização de todo o ambiente de trabalho. É também neste espaço que a equipa de enfermagem se reúne para efetuar a troca de turnos, registar informações, aceder a meios de comunicação, como telefone e computador, para além de armazenar o *stock* de medicamentos e alguns materiais de apoio.

A UCIP onde realizei o estágio é composta por um total de 12 camas, com duas delas designadas para situações excepcionais. Em circunstâncias extraordinárias, há a flexibilidade de transformar quatro camas da enfermaria de cuidados intermédios em unidades intensivas, de modo a acomodar um maior número de pacientes que necessitem de cuidados intensivos. As quatro primeiras unidades são concebidas como quartos individuais, com pressão negativa, permitindo o isolamento físico dos pacientes quando

necessário. A atribuição de quartos individuais baseia-se em critérios como a idade dos pacientes, o tipo de patologia que apresentam ou os padrões de assistência exigidos, sempre tendo em conta a disponibilidade de vagas na unidade, sendo que só é possível realizar procedimentos de diálise, nestas quatro camas.

O acesso às instalações de pessoal estranho ao serviço é restrito, sendo necessário utilizar um código de acesso analógico para abrir a porta. As visitas aos pacientes ocorrem no período das 15 às 19 horas, sendo solicitado apenas o uso de batas de proteção para visitar os pacientes em isolamento por contato.

A UCIP está bem equipada tanto em termos de tecnologia como de recursos terapêuticos, contando com equipamento avançado para ventilação, monitorização, procedimentos de diálise e outros recursos essenciais para gerir a complexidade dos cuidados necessários. Para além das áreas de atendimento direto aos pacientes, o serviço é complementado por uma zona de secretariado, vestiários com instalações sanitárias, uma sala de sujos, uma copa, um espaço para guardar vestuário, uma área de trabalho médico, um local para guardar materiais consumíveis e esterilizados, um gabinete da Diretora de Serviço, um gabinete da Enfermeira Chefe e um quarto para os médicos de serviço.

No que concerne à equipa de profissionais de saúde, esta é multidisciplinar e inclui médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e pessoal administrativo. A equipa de enfermagem está organizada por subequipas, cada uma com um coordenador. Durante o turno da manhã, na ausência da enfermeira chefe, um responsável de turno assume as funções. Geralmente, pelo menos um EE está presente em cada equipa.

Quanto aos horários de trabalho dos enfermeiros, estes seguem um sistema de *roulement*, com turnos de manhã das 8h às 14h30, de tarde das 14h00 às 20h30, de dia das 8h às 20h30 e de noite das 20h às 8h30. A metodologia de trabalho da equipa apresenta algumas características específicas das UCI. A alocação de pacientes é realizada de forma individual, com a distribuição dos mesmos sendo responsabilidade do Enfermeiro Coordenador do turno anterior. Geralmente, há uma relação de um enfermeiro para cada dois pacientes em todos os turnos, exceto para o Enfermeiro Coordenador do turno da manhã, que não tem pacientes atribuídos. Em situações de isolamento de pacientes devido a doenças contagiosas, adota-se a prática de atribuir um enfermeiro a cada paciente, reduzindo assim o risco de propagação de contágios. Esta alocação

estratégica de enfermeiros permite uma atenção mais personalizada aos pacientes e contribui para a eficácia dos cuidados prestados. Para além da equipa de enfermagem, a UCIP conta com auxiliares de ação médica cujo rácio acompanha a proporção dos enfermeiros, com um auxiliar de ação médica para cada dois pacientes. Também há um administrativo presente na entrada da unidade, exercendo as suas funções durante o horário diurno nos dias úteis. A equipa médica é composta por médicos seniores e internos, frequentemente da especialidade de Anestesiologia.

A passagem de turno da equipa de enfermagem, numa primeira etapa, é conduzida pelo Enfermeiro Coordenador, que partilha informações relevantes sobre a estrutura funcional da unidade e informações gerais sobre todos os pacientes internados, com destaque para os pacientes admitidos durante o turno. Posteriormente, a passagem de turno é realizada individualmente junto de cada paciente, envolvendo apenas os enfermeiros responsáveis por esses pacientes. Este é um momento fundamental para partilhar informações entre os membros da equipa e obter um conhecimento mais aprofundado sobre os pacientes internados.

Há uma colaboração eficaz entre os diferentes grupos profissionais, respeitando-se rigorosamente as áreas de competência de cada um. A equipa de enfermagem trabalha em conjunto com a equipa médica no planeamento das atividades relacionadas com os pacientes, o que contribui positivamente para a dinâmica de toda a unidade, otimizando a utilização de todos os recursos disponíveis. Por exemplo, exames complementares de diagnóstico podem ser agendados para o mesmo período do dia, e as intervenções nos pacientes podem ser planeadas de acordo com os procedimentos que os enfermeiros precisam realizar, como os cuidados de higiene e conforto, entre outros.

Os pacientes admitidos na UCIP normalmente são encaminhados do Serviço de Urgência, do Bloco Operatório, de diversos serviços de internamento do hospital e de outros hospitais em todo o país. As patologias mais comuns que levam à admissão dos pacientes incluem traumatismos, condições neurológicas, problemas médicos e cirúrgicos, o que aumenta a variedade de experiências que o pessoal da UCIP vivencia.

Para manter um desempenho de excelência, a equipa de enfermagem deve estar constantemente atualizada e ter um amplo conhecimento para enfrentar o desafio de lidar com uma diversidade de patologias e situações clínicas que surgem diariamente, como é evidente na prática. Todos os membros da equipa estão em constante formação,

participando de cursos oferecidos pelo hospital, como o curso de SAV. Para além disso, o serviço em si é reconhecido como um centro de excelência na formação em cuidados críticos, com destaque para o grupo REANIMA, que inclui membros atuais e antigos da equipa.

A natureza formativa do serviço também é evidente através dos inúmeros projetos em andamento, que resultam em melhorias nas práticas realizadas na unidade. De facto, uma das minhas orientadoras estava envolvida em alguns desses projetos, como é o caso da monitorização do controlo de infeção, onde é responsável por auditorias periódicas para garantir a conformidade com as diretrizes e padrões estabelecidos.

## **2.2. Unidade de Hemodiálise**

A Unidade de Hemodiálise, integrada no âmbito do serviço de nefrologia, constitui um elemento fundamental na prestação de cuidados a indivíduos com doença renal crónica ou patologia renal aguda que necessitam de terapia de substituição da função renal. Esta localiza-se no piso zero de uma instituição hospitalar do Norte, e oferece atendimento diferenciado, incluindo tanto a Unidade de Hemodiálise quanto a Unidade de Diálise Peritoneal, sendo todas as atividades supervisionadas pela equipa de enfermagem do serviço de nefrologia.

A Unidade de Hemodiálise tem quatro salas destinadas à hemodiálise, cada uma com características distintas. A Sala A tem oito postos de tratamento e é a sala maior da unidade. A Sala B tem três postos e é dedicada principalmente ao tratamento de indivíduos seropositivos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A Sala C está organizada como uma sala de isolamento, com apenas um posto e é reservada para o tratamento exclusivo de pessoas portadoras do Vírus da Hepatite B, de acordo com as normas de boas práticas para a área de hemodiálise. Para além disso, está a ser construída uma casa de banho exclusiva para estes pacientes. A sala de "internamento curto" tem dois postos e é reservada a pacientes encaminhados de outros serviços hospitalares para sessões urgentes de hemodiálise ou para aqueles com infeções potencialmente transmissíveis, de origem não vírica.

A Unidade de Hemodiálise oferece ainda outras modalidades terapêuticas para além da terapia de substituição da função renal por hemodiálise convencional, como

plasmaférese e imunoadsorção. A equipa de enfermagem dá apoio aos pacientes em regime ambulatorio e também aos que se encontram internados, especialmente nas UCI. Destaca-se a presença de um enfermeiro especializado em *Sustained Low-Efficiency Dialysis* (SLED), dedicado a prestar apoio na técnica dialítica em contextos especiais.

A Unidade de Diálise Peritoneal, também localizada no piso zero do serviço de nefrologia, tem um gabinete médico e uma sala de diálise peritoneal. Esta sala é utilizada para receber indivíduos que iniciarão a terapia de substituição da função renal através de consulta de esclarecimento, para além de servir como espaço para treino e instrução daqueles que optam pela diálise peritoneal. As responsabilidades na unidade de diálise peritoneal incluem a vigilância de complicações relacionadas com a diálise peritoneal, monitorização do cateter de *Tenckhoff*, realização de testes de eficácia dialítica e otimização da técnica dialítica específica. A equipa é composta por seis enfermeiros que prestam apoio tanto em regime ambulatorio como no domicílio.

O acesso vascular tem um papel fundamental na hemodiálise, sendo o elo de ligação entre o organismo e o "rim externo" da máquina, permitindo assim a homeostasia através da terapia de substituição. A Unidade de Hemodiálise conta com uma sala de procedimentos e uma equipa qualificada para a colocação de cateteres venosos centrais temporários e permanentes, para além de realizar outras intervenções invasivas, como biópsias renais.

Devido à complexidade das técnicas dialíticas e aos riscos associados, a Ordem dos Enfermeiros recomenda que, na área da nefrologia, pelo menos metade da equipa seja composta por enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à PSC ou em Situação Crónica ou Paliativa. No universo de 40 enfermeiros da equipa de nefrologia, 25 estão reservados à Unidade de Hemodiálise, dos quais sete são especialistas em EMC e dois encontram-se em processo de formação especializada (2).



### **3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

O desenvolvimento das competências de um Enfermeiro constitui um processo dinâmico e complexo. Este processo envolve a aplicação do conhecimento em situações desafiantes que surgem durante a prestação de cuidados, e é mediado por uma prática refletiva (19). Os enfermeiros especializados desempenham um papel essencial na prestação de cuidados de saúde nas diversas unidades médico-cirúrgicas, nomeadamente as pré-operatórias (por exemplo, pré-admissão) e pós-operatórias (prestação de cuidados) (20). As funções dos enfermeiros são definidas de modo a ajudar indivíduos, famílias e grupos a atingir o seu máximo potencial físico, mental e social, com base na sua formação profissional. Particularmente, os enfermeiros são formados de forma a atender as necessidades de saúde dos pacientes, utilizando conhecimentos e competências de enfermagem para melhorar a prestação de cuidados (16). Contudo, devido à crescente complexidade dos cuidados de saúde e às mudanças sem precedentes nos modelos de prestação de serviços, tem-se tornado um desafio cada vez maior para os enfermeiros compreender e articular os seus papéis (21, 22). Por outro lado, Sahakyan *et al.* (2020) realçam a importância dos enfermeiros compreenderem os seus próprios papéis, de modo a melhorar os procedimentos durante os cuidados, os resultados dos pacientes e o trabalho dentro do seu âmbito de prática (23).

Vários estudos têm explorado o papel do Enfermeiro em diferentes contextos. De acordo com Noome *et al.* (2016), na UCI, os enfermeiros têm um papel crítico durante os cuidados no fim da vida dos pacientes. Contudo, o seu papel específico na interação entre pacientes, familiares e colegas de trabalho permanece desconhecido e pouco claro. Para os mesmos autores, a definição de papéis mais claros para os enfermeiros na UCI pode ser importante na prevenção da ansiedade, do stress e da depressão dos pacientes e dos seus familiares (24). Esta clareza de funções contribui para um ambiente mais seguro e acolhedor durante os momentos mais delicados no final da vida. No âmbito dos cuidados paliativos, os enfermeiros desempenham um papel importante em hospitais e cuidados

paliativos comunitários, facilitando a reflexão e a colaboração na equipa, promovendo cuidados de alta qualidade e contribuindo para a ética e a sensibilização em relação a questões relacionadas com o fim da vida (25). Para além disso, ao partilharem o seu conhecimento e experiência, os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos reforçam a confiança e as competências dos seus colegas em cuidados paliativos e contribuem para uma visão partilhada da qualidade dos cuidados. De facto, a integração eficaz entre os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos e aqueles envolvidos na linha de cuidados primários é fundamental para gerir situações críticas como a pandemia do COVID-19. Na linha de cuidados primários, Halcomb *et al.* (2020) afirmam que são necessários apoios adicionais, como mais profissionais e protocolos de cuidados padronizados, de modo a melhorar o papel do Enfermeiro neste contexto devido ao aumento de doenças crónicas, sobretudo em situações de crise como a pandemia do COVID-19 (26).

A transição da UCIP para a Unidade de Hemodiálise alarga as competências do enfermeiro. Se por um lado na UCIP o objetivo está na estabilização e tratamento de condições críticas variadas, na Unidade de Hemodiálise, o enfermeiro destaca-se na administração de terapias de substituição renal para pacientes com doença renal crónica ou patologia renal aguda (27, 28). A transição entre estes dois contextos sublinha a versatilidade e o alcance das capacidades do enfermeiro.

Os enfermeiros que exercem funções na Unidade de Hemodiálise devem apresentar competências técnicas específicas que incluem diversas áreas essenciais para a administração segura e eficaz das terapias de substituição renal. Estas competências envolvem um conhecimento profundo das diferentes modalidades de hemodiálise, como a convencional, plasmaferese e imunoadsorção, permitindo uma adaptação personalizada às necessidades individuais dos pacientes (28). A gestão especializada de acessos vasculares, identificação e gestão de complicações, educação e orientação dos pacientes, integração em equipas multidisciplinares, e a capacidade de tomar decisões rápidas e precisas são também competências importantes no âmbito da Unidade de Hemodiálise. Estas capacidades contribuem significativamente para o sucesso do tratamento e para o bem-estar global dos pacientes com doença renal na Unidade de Hemodiálise.

De modo a fomentar o avanço da profissão de enfermagem, é essencial que o enfermeiro seja capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios de

forma fundamentada, o que implica a incorporação dos resultados de investigações relevantes à prática clínica. O mestrado em enfermagem, com especialização em Enfermagem na área de Enfermagem à PSC, proporciona uma oportunidade única para aprofundar estas competências. Ao longo do curso, os profissionais de enfermagem têm a possibilidade de adquirir conhecimentos especializados e aprofundados, destacando-se não apenas pela capacidade técnica, mas também pela competência de aplicar estes conhecimentos de forma crítica, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados. De facto, o EE deve demonstrar níveis elevados de julgamento clínico, reflexão e tomada de decisão (29).

De acordo com o Decreto de Lei nº65/2018, a concessão do título de mestre requer que os profissionais demonstrem conhecimentos profundos e a capacidade de aplicá-los em contextos de investigação. É essencial ter a capacidade de resolver e compreender problemas que possam surgir, assim como competências de aprendizagem, gestão de situações complexas, reflexão sobre as suas implicações e a capacidade de comunicar conclusões de forma acessível e inteligível a todos os profissionais, independentemente do seu título de especialista e sem gerar dúvidas (18). Os critérios delineados pela UCP para a consecução do título académico em enfermagem, indicam que o candidato deve evidenciar uma compreensão sólida e profunda na área de especialização, assim como em investigação. Para além disso, é premente que demonstre competências para superar desafios, ponderando aspetos éticos e sociais, e que detenha a capacidade de comunicar conhecimentos, promovendo uma aprendizagem contínua.

No âmbito da especialização, a concessão do título de mestre exige competências específicas, tais como a gestão da informação acumulada ao longo da carreira, a comunicação eficaz das experiências em estágios e investigações realizadas, a análise crítica e a reflexão sobre a prática profissional e a resolução de problemas emergentes. Assim, é exigido ao EE que tenha a capacidade de gerir situações complexas, tomar decisões fundamentadas em evidências científicas e questões éticas, aplicar e demonstrar as descobertas da investigação na prática, e fomentar a disseminação do conhecimento adquirido. Para além disso, é essencial evidenciar competências nas técnicas de comunicação com a PSC e a família, bem como na liderança, gestão e orientação de profissionais na prestação de cuidados especializados, assegurando a sua qualidade. O estímulo ao pensamento crítico-refletivo na resolução de problemas e a promoção do

crescimento pessoal e profissional através da formação em serviço são também aspetos fundamentais (30).

A enfermagem, enquanto profissão, tem por desiderato conferir cuidados ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa, visando melhorar e restabelecer a sua saúde, independentemente do seu estado de saúde (13). Os enfermeiros, ao serem detentores de competências técnicas, científicas e humanas, garantem a segurança e qualidade desses cuidados (31). No decorrer das horas de estágio, foram implementadas respostas eficazes em conformidade com os objetivos inicialmente estabelecidos, bem como as competências a serem adquiridas para obter o grau de mestre e a especialização em EMC.

Considerando que houve um desempenho eficaz em relação aos objetivos delineados inicialmente, será realizada uma enumeração e reflexão sobre as intervenções realizadas durante as horas de estágio. Quando apropriado, serão apresentados casos vivenciados para cada objetivo específico estabelecido, de forma a validar o desenvolvimento das competências correspondentes. Assim, prossegue-se à descrição das atividades realizadas no processo de aquisição de competências específicas do EEEMC.

### **3.1. Adaptação à estrutura física e organizacional da UCIP e de Hemodiálise**

A PSC é aquela cuja vida se encontra ameaçada devido à falência ou à iminente falência de uma ou mais funções vitais, sendo essencial o recurso a cuidados altamente especializados para garantir a sua sobrevivência (32). O enfermeiro EMC tem como objetivo principal proporcionar cuidados altamente especializados e contínuos a indivíduos com uma ou mais funções vitais em risco iminente, permitindo a manutenção das funções básicas, prevenindo complicações e minimizando incapacidades, com vista à sua recuperação completa (33). As competências especializadas dos enfermeiros EMC incluem a capacidade de responder a situações de catástrofe ou de emergência com múltiplas vítimas e a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeções (33).

De acordo com Benner (2002), as competências e os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros especialistas resultam da experiência (34). No entanto, esta experiência não se traduz meramente na quantidade de tempo dedicado à profissão, mas sim num

processo ativo que envolve a constante formação e adaptação de teorias e ideias que estão intimamente ligadas à realidade. Segundo a mesma autora, os enfermeiros especialistas já não dependem de princípios, regras ou orientações para avaliarem situações e determinar ações, uma vez que têm uma profunda experiência e uma compreensão intuitiva das situações clínicas, o que leva a uma atuação fluida, flexível e altamente proficiente. Assim, à medida que os enfermeiros especialistas em EMC acumulam experiência, as suas competências sofrem uma transformação que resulta na prestação de cuidados qualificados e eficazes (34).

### **3.1.1. Estrutura física e organizacional das Unidades de CIP e de Hemodiálise**

Na UCIP, sob a orientação da minha tutora, foi-me apresentado todo o serviço, nomeadamente o circuito dos pacientes, desde a Sala de Emergência até ao Serviço de Internamento da UCIP, passando pelo Bloco Operatório e Unidades de Intervenção. Durante este período, tive também a oportunidade de compreender as transferências diretas de pacientes de hospitais externos, bem como as situações em que os pacientes careciam de regressar à UCIP após uma intervenção cirúrgica no Bloco Operatório. Estas experiências destacaram a constante e essencial interação entre as diferentes áreas. O circuito dos familiares, incluindo a disponibilidade de cacifos externos para acomodar os pertences dos familiares, horários de visita e as posturas recomendadas também me foram apresentadas. Para além disso, observei o cuidado dedicado da equipa médica e de enfermagem ao informar as famílias de forma adequada, levando em consideração o estado psicológico dos familiares, garantindo uma comunicação sensível às necessidades emocionais dos mesmos. No circuito dos profissionais, compreendi que todos os membros da equipa tinham acesso às áreas a si atribuídas, de acordo com as suas categorias profissionais, o que salienta a importância de cada profissional na prestação de cuidados aos pacientes e no funcionamento eficaz do serviço.

Quanto ao circuito do material descartável e não descartável/equipamentos, explorei a organização dos armazéns da UCIP. Particularmente, o material descartável é concentrado em três espaços próximos. Para além disso, identifiquei a existência de frigoríficos para materiais que exigem refrigeração e um armazém de *backup* para roupas e complementos adicionais. No balcão central de trabalho, constatei a presença de todo o material farmacológico necessário e instalações para a sua preparação. Destaco ainda que uma das secções dos armazéns, é reservada a material consumível destinado à reposição

da Sala de Emergência, que é reabastecido durante cada turno, por um enfermeiro designado. Cada unidade de paciente é equipada com material descartável específico, previamente repostado pela auxiliar de ação médica, com o intuito de minimizar as saídas frequentes das áreas onde se encontram os pacientes e assim reduzir o risco de infecções cruzadas. Quanto ao material não descartável e equipamentos, observei a disposição estratégica dos mesmos em locais específicos da unidade, alguns deles com fotografias para facilitar a sua rápida identificação. Identifiquei também uma área fechada de acomodação de material de diálise e o sistema de filtragem por osmose. Elementos essenciais dos UCIP, como o monitor desfibrilhador e a mochila de abordagem para emergências internas, estavam estrategicamente posicionados para garantir uma resposta eficaz em situações críticas.

No que diz respeito aos registros, é importante notar que todas as informações são documentadas em formato digital, utilizam um programa informático denominado *SClinic*®, que está atualmente em processo de transição para o sistema *Bsimple*®. Para além disso, em cada Unidade de paciente, é utilizada uma folha denominada *Pancard*, que inclui o registo dos sinais vitais, parâmetros ventilatórios, administração de medicação e balanços hídricos do paciente. Uma das vantagens notáveis desta folha é a sua capacidade de fornecer uma visão rápida e alargada do estado geral do paciente. Esta visualização simplificada é de extrema importância para uma monitorização eficaz e uma prestação de cuidados de qualidade ao paciente.

A UCIP disponibiliza instalações complementares, como uma biblioteca e uma sala de reuniões, sendo estes espaços utilizados para atividades de formação, mas também para reuniões, estudos e comunicação com as famílias de modo a transmitir informações sobre o processo de doença dos seus familiares.

Durante a minha primeira semana de estágio, a UCIP passou por um período de remodelações estruturais e desinfeção. No entanto, a operação da Sala de Emergência e da Emergência Médica Interna continuou ininterrupta, permitindo-me compreender as atividades realizadas nestas valências adicionais. Estas remodelações incluíram a criação de uma unidade de isolamento de pressão negativa e uma área fechada para acomodação do material de diálise.

Na Sala de Emergência, o acesso pode ser efetuado por duas portas distintas, uma a norte que dá acesso à entrada principal da Urgência e outra a sul que dá acesso ao interior da Urgência. Há duas *boxes* de atendimento, bem como um terceiro espaço central que pode ser convertido numa terceira box, conforme as necessidades. É importante salientar que não existe uma *box* de isolamento ou com pressão negativa; caso haja a necessidade de isolar um paciente, a sala é destinada exclusivamente para esse efeito, e a Urgência tem um espaço próprio para situações de isolamento. Cada *box* de atendimento está totalmente equipada com aparelhos de monitorização e ventilação, assim como material de uso único, seja descartável ou destinado a esterilização, como material para punção e entubação. Os *kits* estão organizados para procedimentos específicos, e contêm materiais como cateteres venosos centrais e cateteres de algaliação, que estão prontamente disponíveis. Para além disso, existe um frigorífico no local para armazenar materiais e medicação que requerem refrigeração.

Dentro da Sala de Emergência, estão presentes equipamentos vitais, incluindo o LUCAS (compressor mecânico), aparelho portátil de raio-X, auxiliares de ventilação, como o ventilador V60 e o ventilador OXYLOG portátil, utilizado para o transporte de pacientes. Existe também uma mochila de primeira abordagem que é utilizada para o transporte de pacientes para fora da Sala de Emergência. É importante destacar que esta mochila contém Alteplase, um fármaco trombolítico de primeira linha que é administrado após a confirmação de um trombo numa tomografia computadorizada, contribuindo para a redução do tempo crítico de intervenção em situações de trombose. Há também um armazém de material próprio, que inclui materiais encaminhados da UCIP pelos enfermeiros.

No que diz respeito aos registos, estes são mantidos tanto de forma informática quanto manual. O programa *SClinic*® é utilizado para o registo informático, sendo que posteriormente, um formulário *Google Forms*® é preenchido com informações cruciais, como o tempo de permanência na Sala de Emergência, o motivo de admissão, a origem do paciente e o destino, o que possibilita a criação de uma importante base de dados. Os registos manuais são preenchidos em folhas que incluem informações resumidas, como sinais vitais, técnicas realizadas, terapêutica administrada e a identificação dos profissionais envolvidos. Esta abordagem proporciona uma visão global do paciente e das intervenções realizadas.

No caso da Emergência Médica Interna, a UCIP mantém uma mochila e um monitor desfibrilhador na sua entrada para um acesso rápido. A mochila de primeira abordagem, denominada ABCDE, contém terapêuticas essenciais. Quanto aos registos, seguem um formato semelhante, incluindo informações como sinais vitais, técnicas realizadas, terapêutica administrada e a identificação dos profissionais envolvidos. Para além disso, são registados detalhes sobre o local para o qual o paciente foi encaminhado e o seu destino. Estes dados são compilados num formulário Google Forms, contribuindo para a construção de bases de dados importantes. Importa realçar que estes registos e os dados recolhidos têm um potencial notável para fundamentar argumentos em prol do aumento do número de enfermeiros e podem ser utilizados para diversas outras finalidades relevantes.

Na Unidade de Hemodiálise, sob a orientação da minha tutora, aprofundei o meu conhecimento nas práticas clínicas específicas e também na compreensão da estrutura física e organizacional que caracteriza este ambiente. Nesta Unidade pude constatar que os postos de tratamento são próximos, de modo a maximizar a utilização eficiente do espaço disponível e proporcionar um ambiente favorável para a prestação de cuidados de qualidade. A proximidade entre os postos de hemodiálise facilita o acesso dos profissionais e promove uma dinâmica mais eficaz no atendimento dos pacientes. Esta Unidade, localizada no piso zero de um hospital no Norte, oferece diferentes tipos de tratamentos, incluindo Hemodiálise e Diálise Peritoneal, sendo controlado pela equipa de enfermagem de nefrologia. A Unidade foi recentemente equipada com equipamentos novos, o que permitiu melhorar os procedimentos, contribuir para a segurança e eficácia das terapias realizadas (35, 36).

A inclusão de modalidades como plasmaférese e imunoadsorção amplia o leque de tratamentos disponíveis, possibilitando uma resposta mais personalizada às condições de saúde específicas de cada indivíduo (37, 38). A atuação da equipa de enfermagem, é dirigida a pacientes do ambulatório, mas também aos internados e em UCI, o que reflete uma abordagem holística e ajustável. Esta flexibilidade na prestação de cuidados é fundamental, tendo em conta as diferentes condições e níveis de gravidade que os pacientes podem apresentar.

A presença de um enfermeiro especializado em SLED é particularmente notável, pois demonstra a especialização em técnicas dialíticas específicas, fundamentais em

contextos especiais e situações mais complexas. Este profissional, ao oferecer apoio especializado, contribui significativamente para a segurança e eficácia do tratamento, proporcionando cuidados adaptados a situações clínicas específicas. A abordagem ampla da Unidade que incorpora diferentes terapias e garante apoio a pacientes em diversas condições clínicas, realça a dedicação em proporcionar cuidados de alta qualidade e adaptados às necessidades individuais. Esta diversidade e especialização na oferta de terapias dialíticas enriquecem a gama de opções disponíveis e refletem um compromisso contínuo com a excelência na prestação de cuidados de nefrologia (2, 13, 31). Na unidade de diálise peritoneal, também no mesmo piso, há um gabinete médico e uma sala para diálise. Esta sala é utilizada para consultas orientadoras e treino da terapia, com uma equipa de seis enfermeiros que prestam apoio em ambulatório e domicílio, para além de monitorizar a diálise peritoneal. O acesso vascular, fundamental para a hemodiálise, é dirigido numa sala especializada por uma equipa qualificada. Esta equipa é responsável pela colocação de cateteres e realização de outras intervenções, como biópsias renais. Estas intervenções diversificadas demonstram uma abordagem vasta e multidisciplinar na Unidade (2, 13, 31).

### **3.1.2. Adaptação à dinâmica e ao funcionamento organizacional das Unidades de CIP e de Hemodiálise**

Na UCIP, antes da passagem de turno, o Enfermeiro Chefe realiza uma breve e concisa apresentação dos problemas enfrentados pela equipa. Por exemplo, durante uma destas reuniões, discutiu-se a questão do peso excessivo do monitor utilizado na Emergência Interna e as medidas tomadas para substituí-lo, o que tranquilizou a equipa. Esta forma clara e honesta de partilhar informações é altamente produtiva e benéfica. A falta de informação muitas vezes leva a julgamentos precipitados, mas a transparência esclarece todos os pontos e incentiva a participação na procura de soluções. Cada turno apresenta as suas rotinas, mas, devido à grande rotatividade de pacientes e à instabilidade das condições de saúde, podem ser realizadas alterações às rotinas a qualquer momento. Por exemplo, os cuidados de higiene que normalmente ocorrem durante a manhã podem ter de ser realizados à noite, caso um paciente chegue diretamente da Sala de Emergência e necessite desse cuidado.

De forma geral, as atividades nesta Unidade incluem a passagem de turno, recolhas analíticas, administração de medicamentos, cuidados de higiene e alimentação.

A sequência destas atividades depende das necessidades dos pacientes e da equipa médica, que pode introduzir alterações no plano de cuidados, terapêutica, exames diagnósticos, uso de novos equipamentos, ajuste de parâmetros ventilatórios e intervenção de especialistas em situações críticas. Para além disso, os enfermeiros da UCIP cooperam com um fisiatra e um fisioterapeuta para a reabilitação dos pacientes, uma vez que muitos necessitam desse tratamento.

Na Sala de Emergência, um sinal sonoro indica a chegada de um paciente, e um sinal distinto é ativado quando se trata de uma Paragem Cardio-Respiratória, indicando um caso de maior gravidade. A equipa da UCIP responde rapidamente, incluindo um enfermeiro, um médico e um auxiliar médico. A liderança hierárquica na Sala de Emergência pertence à equipa da UCIP, mesmo durante o transporte de pacientes para exames adicionais ou para outras áreas do hospital. Caso o enfermeiro da UCIP esteja ausente, o enfermeiro da Sala de Emergência assume a liderança. Neste contexto, a comunicação com os familiares é vital e segue o protocolo SPIKES (39, 40), garantindo que as informações sejam compreendidas e fornecendo apoio durante momentos difíceis.

A equipa de enfermagem da UCIP conta com membros que desempenham funções específicas relacionadas com a formação, controlo de infeções, sistemas de informação, equipamentos, reabilitação, entre outras. Sempre que surgem necessidades, o responsável emite formações específicas para abordá-las. Durante o meu estágio, participei de uma formação e reunião temática sobre o In-Exsufador Mecânico (*Cough-Assist*), na qual obtive informações essenciais e atualizações sobre o tema. Além disso, acompanhei a minha tutora em auditorias para a Comissão de Infeção, relacionadas com a correta higienização das mãos antes de procedimentos, uma ação crucial para a segurança dos pacientes. No âmbito da minha contribuição para UCIP, destaco o trabalho desenvolvido sobre a Lista de Verificação Cirúrgica No Piso 1, nas salas A e B, cujo objetivo principal foi esclarecer a equipa sobre os benefícios das práticas implementadas e abordar eventuais conflitos.

Durante o meu estágio na UCIP, desenvolvi técnicas de comunicação eficazes e utilizei o método SPIKES para interagir com os pacientes e as suas famílias, adaptando-me às suas necessidades e proporcionando apoio emocional e informações claras.

A minha adaptação à dinâmica e ao funcionamento organizacional da Unidade de Hemodiálise também foi uma experiência enriquecedora, proporcionando-me uma visão ampla da complexidade e responsabilidade inerente a este ambiente clínico. Ao longo do estágio, participei em diferentes turnos, nomeadamente manhãs, tardes e noites, cada um com as suas particularidades. Nos turnos da tarde, a flexibilidade temporal era evidente, podendo terminar às 20 horas ou prolongar-se até à meia-noite. Estes turnos, eram geralmente atribuídos ao colega responsável por técnicas dialíticas a pacientes no hospital, mas fora do serviço de hemodiálise, o que me proporcionou uma compreensão mais ampla das diversas funções desempenhadas pelos profissionais nesta área.

No piso 1, nas salas A e B, onde se realizam sessões de hemodiálise, participei em turnos diurnos e noturnos. A dinâmica nestas salas era semelhante, envolvendo atividades como pesagem do paciente, lavagem da fístula, escolha da unidade e acomodação do paciente. Durante as sessões, seguia-se o planeamento estabelecido pelo nefrologista, assegurando que o tratamento ocorresse conforme programado. Em casos sem intercorrências, o paciente regressava ao seu local de origem. No piso 2, onde predominavam pacientes com quadros infecciosos, participei exclusivamente em turnos noturnos. Este contexto de internamento envolvia rotinas regulares, sendo fundamental a atenção às necessidades específicas dos pacientes. A variedade de turnos e as diferentes dinâmicas nas salas de hemodiálise e no internamento proporcionaram-me uma visão completa do funcionamento da unidade. A aprendizagem prática nestas situações diversificadas contribuiu significativamente para a minha adaptação e compreensão das complexidades inerentes à prestação de cuidados na Unidade de Hemodiálise.

As situações críticas, na UCIP e na Unidade de Hemodiálise, permitiram-me aplicar os meus conhecimentos à PSC e integrar-me eficazmente nas equipas. Em ambas as Unidades senti que houve uma aprendizagem recíproca e que fomos capazes de estabelecer laços que permitiram melhorar o nosso desempenho. Alguns dos aspetos chave que gostaria de destacar são: a identificação das necessidades, definição de prioridades e contribuição para a intervenção de forma cooperativa. Por exemplo, quando foi necessária uma entubação de emergência na UCIP, houve uma divisão de tarefas eficaz entre mim e a minha tutora, trabalhando em conjunto, de modo a fornecer cuidados de alta qualidade. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências que permitem enfrentar situações emergentes e gerir múltiplos casos críticos em simultâneo, garantindo a melhor assistência possível à PSC.

### **3.1.3. Manuseamento e utilização dos equipamentos essenciais na UCIP e Unidade de Hemodiálise**

Para além das atividades mencionadas anteriormente, participei em diversas sessões práticas com os enfermeiros e técnicos de saúde experientes da UCIP e da Unidade de Hemodiálise, onde pude adquirir conhecimentos valiosos sobre o manuseamento de equipamentos específicos. Realizei exercícios práticos que incluíram a configuração de ventiladores, ajuste de parâmetros em monitores, o uso adequado de bombas de infusão e controlo do estado do paciente durante a hemodiálise. Particularmente, familiarizei-me com os diversos ventiladores e a sua utilização nos pacientes, com software dos monitores e ajuste dos parâmetros em função do estado crítico do paciente, para além de me tornar autónoma na utilização de bombas de infusão e alimentação parentérica. Estas experiências práticas foram fundamentais para ganhar competências na operação segura destes equipamentos. Também fiz parte de equipas que simularam cenários clínicos complexos, onde a utilização de equipamentos críticos era essencial para a estabilização e o cuidado do paciente. Estas simulações proporcionaram um ambiente de treino realista e permitiram-me aplicar os conhecimentos adquiridos nas sessões de formação. Para além disso, colaborei com a equipa de manutenção para compreender melhor os processos de verificação e manutenção dos equipamentos, o que me permitiu aprender a identificar problemas potenciais e a realizar a manutenção de rotina a alguns equipamentos básicos, garantindo que estes estivessem sempre prontos para uso imediato e em perfeitas condições de funcionamento.

Na Unidade de Hemodiálise foram-me apresentadas as atualizações de software e as melhorias no hardware destinado às técnicas dialíticas (35). Para além dos avanços tecnológicos, foi-me exposto a diversidade de opções de acesso vascular para a hemodiálise. A escolha entre Fístula Arteriovenosa (FAV) e Cateter Venoso Central (CVC) implica intervenções de enfermagem distintas, uma vez que cada método tem requisitos específicos (41-43). Para obter um acesso vascular duradouro, é criada cirurgicamente uma FAV, que consiste no estabelecimento de uma ligação direta entre uma artéria e uma veia (42). A manutenção da FAV exige cuidados periódicos e vigilância contínua que incluem avaliação da circulação sanguínea e a melhoria do fluxo de sangue. Por outro lado, o CVC é uma opção de acesso vascular temporário ou de curto prazo que pode ser inserido diretamente numa grande veia, muitas vezes na região do pescoço, para

fornecer um acesso rápido (43). No entanto, os cateteres são classificados como escolhas provisórias devido ao risco elevado de complicações, como infecções.

Há diversos fatores que devem ser considerados ao decidir entre FAV e CVC, como a condição vascular do paciente, o grau de urgência para realizar hemodiálise e as perspectivas futuras para o tratamento renal (41-43). Esta dualidade enfatiza a necessidade de uma abordagem personalizada e adaptada a cada paciente.

### **3.1.4. Melhoria do ambiente terapêutico para PSC e para a sua família**

Uma parte do meu estágio foi dedicada à melhoria do ambiente terapêutico para a PSC e as suas famílias, envolvendo a implementação de intervenções específicas para o controlo dos sintomas decorrentes de doenças agudas ou crónicas. Estas intervenções ocorreram em quatro áreas principais: na UCIP, na Sala de Emergência, na Emergência Médica Interna (EMI) e na Unidade de Hemodiálise. No âmbito das atividades desenvolvidas, foi fundamental identificar precocemente possíveis complicações associadas à condição de saúde dos pacientes. Esta identificação foi possível através da monitorização constante dos dados transmitidos pelos equipamentos, como monitor cardíaco e outros meios complementares de diagnóstico. Para além disso, a observação atenta de sinais visíveis, como a cor da pele, a avaliação das mucosas e a verificação de parâmetros como humidade e temperatura, desempenharam um papel crucial na deteção precoce de qualquer complicação.

Uma gestão de risco eficiente e de qualidade foi uma prioridade constante, durante os diferentes períodos de estágio, onde desenvolvemos estratégias de prevenção de riscos clínicos e não clínicos, focando especialmente na segurança do paciente. Particularmente, foi realizada a manutenção de ambientes limpos, garantindo a segurança dos procedimentos e evitando infeções hospitalares. Outro aspeto importante do nosso trabalho foi facilitar a participação das famílias nos cuidados e nas decisões dos pacientes na UCIP. Para tal, proporcionamos orientação contínua e apoio durante a hospitalização ou tratamento em ambulatório, o que incluiu fornecer informações às famílias sobre o estado de saúde do paciente, opções de tratamento e acompanhamento pós-hospitalização. Uma parte interessante deste processo da UCIP são as consultas de acompanhamento que são agendadas às quartas-feiras de manhã. Estas consultas ocorrem cerca de um mês após a alta da unidade de cuidados intensivos, onde se procede à realização de um questionário que visa identificar as necessidades médicas do paciente. Normalmente, são detetados

problemas relacionados com as áreas de oftalmologia, otorrinolaringologia e terapia da fala.

No que concerne à saúde mental (psicologia, psiquiatria e neurologia) são frequentemente observados lapsos de memória e dificuldades em dormir. Posteriormente, os pacientes são encaminhados para as especialidades nas respetivas áreas de residência, e a continuação do acompanhamento médico ocorre fora do hospital onde receberam os cuidados intensivos. Para além disso, tem sido implementado um novo projeto de acompanhamento de 48 horas após a alta da unidade de cuidados intensivos. Este acompanhamento pode ser realizado enquanto o paciente ainda está internado ou após o regresso ao domicílio. O objetivo desta consulta de acompanhamento é assegurar um acompanhamento precoce e de alta qualidade para o paciente. Estas consultas de acompanhamento permitem assim melhorar o ambiente terapêutico para a PSC, proporcionando cuidados alargados e promovendo a segurança e a qualidade dos serviços prestados.

Os esforços dedicados à melhoria do ambiente terapêutico na Unidade de Hemodiálise refletem uma abordagem centrada no paciente, procurando proporcionar tratamento médico eficaz e um espaço que promova bem-estar e conforto durante as longas sessões de tratamento (31, 35). Durante as quatro horas em que a maioria dos pacientes realiza as suas sessões de hemodiálise, a prioridade foi manter um ambiente calmo e sereno. Este ambiente propício ao relaxamento era criado através de pequenos detalhes, como refeições adequadas, televisão, camas aquecidas e uma atmosfera tranquila. Estes elementos visavam proporcionar um momento de conforto e, simultaneamente, distrair os pacientes durante o procedimento, contribuindo para uma experiência mais positiva.

A abordagem sensível ao estado emocional e físico dos pacientes foi uma constante. O cansaço resultante da doença e a longa jornada muitas vezes enfrentada pelos pacientes eram reconhecidos e abordados com empatia. A comunicação adotada durante o acompanhamento dos pacientes foi marcada por uma abordagem não punitiva. Particularmente, esta procurou estimular e incentivar comportamentos mais saudáveis, criando um ambiente que encorajava os pacientes a adotarem práticas benéficas para a sua saúde, promovendo uma abordagem mais positiva e motivadora.

Os pacientes em hemodiálise tendiam a expressar as suas preocupações e gostavam de discutir a doença. A partilhar de experiências consiste numa oportunidade valiosa para a construção de uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e os pacientes. A abertura para discussão sobre a doença fortalecia não apenas a relação terapêutica, mas também facilitava a compreensão mútua das necessidades e expectativas. Observou-se ainda um padrão interessante na postura dos pacientes, inicialmente, estes seguiam rigorosamente as orientações fornecidas, mas ao longo do tempo, começavam a aliviar a rigidez dos seus comportamentos. Esta dinâmica salientou a importância do acompanhamento contínuo e da adaptação das estratégias de ensino para garantir que os pacientes mantivessem práticas saudáveis a longo prazo. De facto, o ambiente terapêutico não era apenas um local de tratamento médico, mas também um espaço onde se reconheciam as batalhas diárias enfrentadas pelos pacientes em hemodiálise, proporcionando um suporte integral (31, 35).

### **3.2. Assegurar assistência à PSC**

O contexto de cuidados médico-cirúrgicos é intrinsecamente complexo, uma vez que os pacientes enfrentam muitas vezes condições de saúde críticas que exigem uma atenção especializada. Pelo que é fundamental que os enfermeiros especializados em EMC estejam preparados para enfrentar desafios clínicos diversos, desde pós-operatórios complexos a situações de trauma, doenças crónicas e agudas. Neste cenário, a assistência à PSC não se limita apenas ao tratamento direto da condição de saúde, mas inclui igualmente a identificação precoce de possíveis complicações e a implementação de intervenções para minimizar o risco de falência orgânica (44, 45).

A deteção precoce de sinais de instabilidade é uma competência essencial que permite aos EEEMC antecipar problemas de saúde e intervir de forma proativa. Esta abordagem preventiva é fundamental, uma vez que pode ajudar a evitar complicações graves, reduzir a morbilidade e a mortalidade, e acelerar o processo de recuperação da PSC. A formação e o desenvolvimento contínuo de competências na área de EMC são vitais para que os enfermeiros estejam preparados para enfrentar os desafios de fornecer assistência em situações críticas (2, 44).

### **3.2.1. Funções do enfermeiro especialista na UCIP e na Unidade de Hemodiálise**

De modo a cumprir o objetivo específico de identificar as funções do EE na UCIP e na Unidade de Hemodiálise, desenvolvi uma série de atividades. Estas atividades incidiram nas responsabilidades específicas do EE e nos desafios associados à sua formação em enfermagem, o que me permitiu identificar as responsabilidades do EE nesta área de atuação.

As funções do EE incluem a prestação de assistência clínica avançada, que envolve a monitorização constante dos sinais vitais, administração de medicamentos complexos e tratamentos especializados. Para além disso, os enfermeiros especialistas na UCIP são responsáveis pela gestão alargada dos cuidados de enfermagem, nomeadamente planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados a cada paciente. Estes têm a capacidade de tomar decisões clínicas de forma autónoma, especialmente em emergência, e estão preparados para adaptar os planos de cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada paciente (2).

No contexto da Unidade de Hemodiálise, o EE é responsável por gerir e operar os equipamentos utilizados durante as sessões de hemodiálise, garantindo que funcionam corretamente para assegurar a eficácia do tratamento. Para além disso, o EE realiza avaliações regulares dos pacientes, monitorizando os sinais vitais e as respostas ao tratamento. Esta monitorização constante é vital para garantir a segurança dos pacientes e identificar eventuais complicações precocemente. A supervisão da colocação e gestão de acessos vasculares, FAV e CVC, é outra responsabilidade essencial que visa assegurar a integridade destes acessos fundamentais ao sucesso do procedimento de hemodiálise. No que concerne à administração de medicamentos, o EE é responsável por administrar os medicamentos prescritos durante as sessões de hemodiálise, garantindo a conformidade com as prescrições médicas (2).

Uma das funções críticas dos enfermeiros especialistas tanto na UCIP como na Unidade de Hemodiálise é a educação e formação, que desempenham um papel vital na partilha de conhecimentos especializados com outros membros da equipa de enfermagem e orientam os colegas na prestação de cuidados à PSC. Para além disso, colaboram de perto com uma equipa multidisciplinar, incluindo médicos, terapeutas, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, de modo a proporcionar uma gestão integrada e eficaz dos pacientes.

Os enfermeiros especialistas garantem também que as necessidades dos pacientes sejam atendidas e que recebam o melhor cuidado possível, não apenas a componente clínica, mas também o apoio emocional aos pacientes e às suas famílias, ajudando-os a enfrentar o stress e a ansiedade associados a condições críticas. Eles são responsáveis pela gestão de tecnologia médica complexa, assegurando o correto funcionamento de equipamentos como ventiladores, monitores cardíacos e bombas de infusão. Para além disso, mantêm registos detalhados e precisos das condições dos pacientes, intervenções e tratamentos, que são essenciais para uma documentação completa e rigorosa (13).

Os enfermeiros especialistas também podem desempenhar um papel importante na implementação de protocolos de tratamento atualizados e em estudos de investigação clínica, contribuindo para o avanço contínuo da prática de enfermagem em cuidados intensivos (13). De facto, durante o meu estágio identifiquei a importância do EE na orientação e formação de outros membros da equipa de enfermagem, garantindo que todos os profissionais envolvidos tenham o conhecimento e as competências necessárias para prestar cuidados especializados. Para além disso, em colaboração com a minha orientadora fui capaz de gerir os cuidados de enfermagem de forma especializada e direcionada à PSC. Essa gestão envolveu o planeamento, implementação e avaliação de cuidados individualizados, levando em consideração as necessidades específicas de cada paciente. Finalmente, mantive um compromisso contínuo e autónomo com o desenvolvimento pessoal e profissional, procurando melhorar constantemente as minhas competências e conhecimentos, reconhecendo a importância de permanecer atualizada e apta a enfrentar os desafios em constante evolução na área da enfermagem especializada.

### **3.2.2. Desenvolvimento de competências científicas, técnicas e aplicação de protocolos e diretrizes específicas**

Durante o estágio, foram realizadas várias atividades com foco na segurança dos pacientes e na eficácia dos cuidados de enfermagem, como descrito anteriormente. Observei cuidadosamente os equipamentos utilizados na UCIP e na Unidade de Hemodiálise, o que me permitiu a compreensão da disposição e utilização de equipamentos de monitorização e tratamento. Na UCIP, participei também no atendimento inicial da PSC e na monitorização contínua do seu estado e diagnóstico. Esta fase envolveu a recolha de dados essenciais, que se revelou fundamental para o subsequente planeamento de cuidados individualizados e a definição das prioridades de

intervenção. Para além disso, tive a oportunidade de participar ativamente na preparação e administração de tratamentos, adquirindo conhecimentos valiosos sobre os fármacos utilizados na UCIP.

As atividades na UCIP incluíram também a prestação de cuidados alargados à PSC, incluindo cuidados de higiene, posicionamento, tratamento de feridas e administração de alimentação. Dentro da UCIP, desenvolvi a capacidade de identificar situações de alterações no ritmo cardíaco, contribuindo para a segurança e eficácia dos cuidados prestados. Durante o estágio, tive ainda a oportunidade de melhorar as minhas capacidades de comunicação, visando estabelecer relações terapêuticas eficazes com a PSC, os seus familiares e cuidadores. Esta experiência permitiu-me compreender a importância da participação ativa da família e dos cuidadores no processo de cuidados.

A partilha de conhecimentos com profissionais de outros hospitais (até mesmo internacionais) e a aplicação de protocolos e diretrizes específicas dotou-me de novas competências científicas. A minha participação nas I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Neurocirurgia (Anexo I), nas 26ª Jornadas de Medicina Intensiva do Porto (Anexo II), na II Convenção Internacional dos Enfermeiros (Anexo III), no Congresso de Emergência Extra-Hospitalar (Anexo IV), no I Simpósio de Emergência Médica Pré-Hospitalar (Anexo V) e no III Jornadas da Gestão do Risco Hospitalar - Caminhar Juntos Rumo à Qualidade e Segurança do Doente (Anexo VI), constituiu uma oportunidade singular para aquisição de novos saberes e na manutenção de um estado de atualização constante relativamente às tendências e práticas mais atuais na enfermagem. O meu empenho na procura de conhecimento de forma contínua é um elemento essencial da minha dedicação à minha progressão profissional.

### **3.2.3. Aquisição de competências para responder em situações de doença crítica e/ou falência orgânica**

Durante o estágio, desenvolvi sob orientação, estratégias de intervenção voltadas para a abordagem da PSC com falência multiorgânica, o que envolveu o estabelecimento de prioridades de atuação, com foco na prevenção de possíveis complicações relacionadas com a PSC. Para além disso, dediquei-me a promover e a garantir a segurança tanto dos profissionais de saúde quanto da própria PSC, implementando medidas e protocolos rigorosos para criar um ambiente seguro e controlado em todos os momentos.

Um papel fundamental do meu estágio envolveu a observação e colaboração em situações que requeriam SAV na UCIP, o que incluiu participar ativamente nos procedimentos de reanimação e intervenção em casos de emergência. A minha familiarização com os cuidados especializados oferecidos à PSC na UCIP e participação ativa na prestação destes cuidados, incluíram a monitorização contínua da PSC, administração de tratamentos específicos e acompanhamento de procedimentos à PSC. Para além disso, prestei cuidados diretos à PSC, com especial foco na identificação precoce de sinais de instabilidade. Estes cuidados visam promover o conforto e o bem-estar da PSC, enquanto respeitam a sua dignidade e privacidade, reconhecendo a importância do tratamento humanizado (46, 47).

Para garantir a prontidão da equipa em situações de emergência, adquiri conhecimento sobre o plano de emergência interno da UCIP e participamos ativamente na sua implementação, o que me permitiu estar preparada para responder eficazmente a qualquer situação, priorizando sempre a segurança e integridade da PSC. Estas atividades foram fundamentais para adquirir competências em situações de doença crítica e falência orgânica, contribuindo para a prestação de cuidados especializados de enfermagem em ambientes críticos (2).

#### **3.2.4. Gestão da dor e bem-estar da PSC**

A gestão da dor e o bem-estar da PSC são elementos fundamentais na UCIP e na Unidade de Hemodiálise. De facto, ambos os contextos apresentam desafios únicos, exigindo abordagens específicas para garantir o conforto e a qualidade de vida dos pacientes (48-50). Na UCIP, onde a complexidade dos quadros clínicos é elevada, a gestão da dor torna-se uma prioridade (48). É essencial adotar estratégias multidimensionais, que vão desde o uso adequado de analgésicos até intervenções não farmacológicas, como musicoterapia ou técnicas de relaxamento (48). Para além disso, a comunicação efetiva com a PSC e os seus familiares desempenha um papel determinante, permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades individuais de cada paciente (48). Na Unidade de Hemodiálise, a gestão da dor também é um elemento relevante, especialmente considerando os procedimentos invasivos associados à terapia de substituição da função renal, onde a avaliação regular da dor durante e após as sessões de hemodiálise é essencial. Várias estratégias farmacológicas e não farmacológicas

devem ser aplicadas conforme necessário, visando garantir o bem-estar dos pacientes (49, 50).

No decorrer do meu estágio, participei ativamente na abordagem e gestão da dor, bem como no bem-estar dos pacientes da UCIP e da Unidade de Hemodiálise. A minha função foi garantir que os pacientes sob os meus cuidados recebessem uma assistência de qualidade, especialmente no que diz respeito ao controle da dor, um elemento fundamental na sua recuperação. Neste período adotei uma abordagem personalizada, considerando as necessidades únicas de cada paciente, especialmente na compreensão da experiência subjetiva da dor, a sua intensidade e preferências em terapias de alívio.

Para além disso, durante o estágio, procurei transpor o aspeto físico da dor, e compreendi que o cuidado holístico é essencial, abordando não apenas o alívio da dor, mas também o bem-estar emocional, social e até espiritual dos pacientes. No contexto da UCIP, destaco a importância em ter conhecimentos sólidos sobre a administração e monitorização das terapias de sedação e analgesia, o que envolve a compreensão dos diferentes fármacos disponíveis, bem como a dosagem adequada para cada paciente (48). Estes conhecimentos permitiram-me assumir a responsabilidade de avaliar constantemente a eficácia destas terapias, assegurando que os pacientes tivessem alívio da dor de forma segura e eficaz. Para além do uso de fármacos, implementei outras estratégias que permitissem o alívio da dor, nomeadamente o ajuste adequado do posicionamento dos pacientes, reduzindo a pressão sobre áreas dolorosas e proporcionando maior conforto, e a realização de massagens terapêuticas, visando melhorar a circulação sanguínea, reduzir a tensão muscular e oferecer alívio da dor de forma natural e eficaz (48, 50). Estas atividades foram essenciais para garantir que os pacientes sob os meus cuidados tivessem uma gestão adequada da dor e pudessem desfrutar de um bem-estar geral.

### **3.3. Organização e coordenação dos cuidados de enfermagem**

A contribuição ativa para a organização e coordenação dos cuidados de enfermagem é um compromisso inegável por parte dos profissionais de enfermagem, que desempenham um papel central na gestão do processo de cuidados (13). Através desta abordagem, os enfermeiros têm a capacidade de otimizar a implementação de serviços de

enfermagem, ao mesmo tempo que garantem a continuidade e a integração dos cuidados (13). Para alcançar com sucesso este objetivo, os enfermeiros devem desenvolver uma série de competências essenciais. Dentro delas, destaca-se a capacidade de planeamento e organização, que permite a distribuição adequada de recursos, a definição de prioridades e a criação de ambientes de cuidados seguros e eficientes. Para além disso, a competência na coordenação de cuidados envolve a gestão de tempo, a alocação de tarefas e a monitorização contínua do estado dos pacientes (51, 52).

A comunicação desempenha um papel fundamental na organização e coordenação dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros devem ser eficientes na comunicação com os pacientes, as suas famílias e outros membros da equipa de saúde. A partilha de informações claras e a compreensão das necessidades individuais dos pacientes são essenciais para garantir que os cuidados sejam personalizados e centrados no paciente (53, 54).

### **3.3.1. Gestão dos cuidados de enfermagem**

No contexto da enfermagem, a articulação entre a liderança e a gestão assume um papel essencial na eficácia e qualidade dos cuidados prestados (55). Os enfermeiros chefes devem desempenhar um papel inspirador, influenciando positivamente a equipa, fomentando uma cultura colaborativa e ajustando comportamentos que contribuem para a melhoria contínua dos serviços de saúde. Paralelamente, a gestão eficaz dos recursos, como tempo, pessoal e materiais, é fundamental para garantir uma operação eficiente nos serviços de enfermagem (56). Uma gestão bem-sucedida requer planeamento estratégico, antecipando as necessidades dos pacientes e garantindo que a equipa esteja devidamente preparada para fornecer cuidados de alta qualidade (57). Nesta integração de conceitos, os chefes e gestores na enfermagem desempenham um papel fundamental na criação de uma cultura de cuidado centrada no paciente, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo da equipa. A combinação efetiva de liderança e gestão resulta num ambiente propício ao crescimento profissional, à eficiência operacional e à excelência na prestação de cuidados aos pacientes (55, 56).

Durante o meu estágio na UCIP fui capaz de colaborar ativamente nas decisões da equipa multidisciplinar, trabalhando em conjunto com médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais de saúde, de modo a promover um ambiente de trabalho positivo, onde a prática profissional colaborativa era estimulada. A troca constante de

informações e a tomada de decisões conjuntas permitiram uma resposta mais eficaz às necessidades da PSC. Outra atividade fundamental foi reconhecer o papel do EE na gestão adequada dos recursos materiais e humanos, através da otimização do uso de equipamentos, fármacos e pessoal, garantindo que os recursos estivessem disponíveis e fossem direcionados de forma eficiente para atender às necessidades dos pacientes.

Durante o meu período na UCIP, em conjunto com a minha orientadora, assumi a responsabilidade de gerir os cuidados de enfermagem com liderança e competência, adotando uma abordagem especializada e eficiente na prestação de cuidados à PSC. Esta liderança não se limitou apenas à oferta de assistência de elevada qualidade, mas também visou fomentar uma cultura de excelência na equipa de enfermagem. A supervisão criteriosa e constante das tarefas delegadas surgiu como uma atividade determinante para garantir a qualidade e segurança dos procedimentos realizados, contribuindo assim para uma prática profissional de excelência. Para além disso, promovi a comunicação eficaz entre a equipa de saúde, facilitando a troca de informações e a coordenação dos cuidados prestados à PSC. Esta abordagem contribuiu para assegurar que todos os membros da equipa estivessem alinhados com os objetivos de tratamento e que as informações relevantes fossem partilhadas prontamente.

A implementação de protocolos e diretrizes, visando a padronização dos procedimentos e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na UCIP, foi conseguida através da orientação da minha orientadora. Para além disso, estimulei o trabalho em equipa e a cooperação entre os profissionais, promovendo um ambiente de confiança e respeito mútuo. Esta sinergia de esforços resultou em práticas mais eficazes e na promoção de uma cultura organizacional dirigida para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

### **3.4. Prevenção e controlo de infeções da PSC**

A qualidade dos cuidados de saúde é frequentemente avaliada pela incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, pois, esta métrica, reflete a eficácia do controlo sobre os fatores que as favorecem. Para alcançar este objetivo, é fundamental implementar programas de prevenção e controlo de infeção em instituições de saúde, visando proteger tanto os pacientes como os profissionais de saúde. Vários estudos

demonstraram que entre 35% e 55% das infecções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde poderiam ser evitadas (58). Particularmente, a taxa de incidência é notavelmente elevada nas UCIs em comparação com as restantes, devido aos pacientes nestas unidades apresentarem condições médicas graves e utilizarem de forma mais extensa dispositivos invasivos (59).

No contexto da Hemodiálise, a prevenção e controlo de infecções são áreas críticas, especialmente quando se trata da PSC (60). A manutenção do local da FAV sempre limpo é de extrema importância, porque a FAV pode disseminar uma infecção rapidamente pelo sistema vascular, e potencialmente atingir outros órgãos e sistemas. Para além disso, os pacientes em hemodiálise têm muitas vezes um sistema imunitário débil, tornando-os mais suscetíveis a infecções. A manutenção do local da FAV limpo é uma medida preventiva essencial para evitar a entrada de microrganismos patogénicos (61). A higiene adequada, incluindo a lavagem cuidadosa do local antes das sessões de hemodiálise, reduz significativamente o risco de infecções (62). Esta prática protege a integridade da FAV e contribui para a segurança global do paciente, minimizando o potencial de complicações relacionadas com infecções. Com o objetivo de reforçar a importância do autocuidado na prevenção de infecções, foi desenvolvido um vídeo elucidativo sobre os cuidados de limpeza que os pacientes devem ter com a FAV antes de iniciar o procedimento de hemodiálise. Este vídeo foi criado para transmitir de forma clara e acessível a importância deste passo na rotina do paciente, realçando os potenciais riscos associados à falta de higiene na preparação da FAV. O vídeo foi concebido com o objetivo de comunicar de forma clara e acessível a importância deste processo, destacando, simultaneamente, os potenciais riscos associados à falta de higiene durante essa preparação. Este teve um impacto muito positivo na Unidade de Hemodiálise, havendo uma boa aceitação por parte dos pacientes, e contribuindo assim para a redução de complicações infecciosas e melhoria da qualidade geral dos cuidados prestados. De facto, de acordo com a literatura, o uso de vídeos na educação parece proporcionar uma experiência mais marcante e instrutiva relativamente aos métodos verbais tradicionais, demonstrando maior eficácia no desenvolvimento de comportamentos autónomos de cuidado pessoal (63). Este controlo é fundamental para prevenir infecções hospitalares, pois as visitas podem ser um veículo de transmissão de microrganismos (64-66).

De modo a aprofundar o conhecimento nesta área, realizei uma revisão *scoping*, sobre a importância do autocuidado da FAV no contexto da Hemodiálise. Esta revisão

incluiu uma análise ampla da literatura, identificando práticas de autocuidado eficazes, fatores de risco para infecções e estratégias preventivas recomendadas. Este estudo permitiu-me aferir que a equipa de enfermagem tem um papel fundamental em nefrologia ao fornecer um cuidado personalizado no suporte aos pacientes que sofrem de insuficiência renal. A adoção de programas educativos conduz a resultados reais na melhoria do conhecimento dos pacientes, na promoção do autocuidado e no aumento da qualidade de vida. Os diferentes estilos de aprendizagem e o uso de intervenções individualizadas são abordagens que podem contribuir para a melhoria do autocuidado dos pacientes com FAV. Para além disso, a utilização de recursos visuais no contexto educativo, incluindo vídeos didáticos e informativos, realça o grande potencial para elevar o nível da conscientização dos pacientes e estimular práticas de autocuidado. Assim, esta revisão permitiu-me obter uma visão alargada das práticas atuais e emergentes no autocuidado da FAV (Apêndice III).

De modo a impedir taxas de infeção elevadas na UCIP e na Unidade de Hemodiálise, dentro de cada instituição hospitalar, existe uma CCI, composta por uma equipa multidisciplinar apoiada pela administração. A missão da CCI é planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo de infeção.

#### **3.4.1. Diretrizes estabelecidas pela CCI**

No decorrer do meu estágio, adquiri e familiarizei-me com as normas específicas de prevenção e controlo de infeção em diferentes contextos de cuidados de saúde, o que incluiu a compreensão das melhores práticas de higiene das mãos, a manipulação segura de dispositivos médicos, a gestão adequada de resíduos biológicos e outros protocolos relevantes. O conhecimento profundo destas diretrizes foi fundamental para a minha prática profissional, uma vez que me permitiu adotar medidas preventivas eficazes. Estas foram executadas de acordo com os padrões estabelecidos, o que incluiu a aplicação rigorosa de práticas de assepsia, garantindo a correta desinfeção e esterilização de equipamentos. A execução adequada destas diretrizes desempenhou um papel fundamental na minimização dos riscos de infeção nos pacientes e na manutenção de um ambiente seguro (58, 61, 64, 67).

No âmbito das atividades realizadas para atingir este objetivo, também identificamos as necessidades específicas de prevenção e controlo de infeção no serviço, nomeadamente através da identificação de áreas que necessitavam de melhorias e a

proposta de estratégias adequadas para enfrentar os desafios específicos de prevenção e controlo de infeção no contexto da PSC. Além disso, as atividades realizadas incluíram a promoção de um ambiente de trabalho positivo e favorável à prática profissional colaborativa, bem como a garantia de adesão rigorosa aos procedimentos estabelecidos. Esta abordagem proativa e sistemática foi fundamental para potenciar a prevenção e o controlo de infeções, garantindo a segurança dos pacientes e o cumprimento das diretrizes da CCI (67).

### **3.4.2. Reconhecimento e implementação de protocolos e circuitos de prevenção e controlo de infeção**

Ao longo deste estágio, utilizei de modo apropriado os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para assegurar a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, evitando a propagação de infeções associadas aos cuidados de saúde. A correta utilização de EPIs, como luvas, aventais, máscaras e óculos de proteção, revelou-se fundamental na prevenção da transmissão de agentes patogénicos. Para além disso, participei ativamente na identificação de procedimentos e circuitos essenciais para a Prevenção e Controlo de Infeção (PCI), considerando as vias específicas de transmissão relacionadas com a PSC. Mapeei possíveis pontos de contágio e implementei medidas preventivas adaptadas às características individuais dos pacientes e ao contexto clínico. É portanto, fundamental que as organizações de saúde adotem medidas eficazes para eliminar obstáculos à conformidade com os EPIs entre os profissionais de saúde, garantindo rotas adequadas para a prevenção e controlo de infeções, protegendo assim os trabalhadores e os pacientes (68).

Neste contexto, desenvolvi e implementei estratégias personalizadas de PCI, ajustando as medidas preventivas às necessidades específicas de cada paciente e aos recursos disponíveis. Cada plano de prevenção foi projetado levando em consideração fatores de risco individuais, com adesão estrita aos procedimentos estabelecidos para a PCI, desde a higiene das mãos até medidas de isolamento quando necessário.

Na UCIP, em colaboração com minha orientadora, participei em auditorias para monitorizar e avaliar a eficácia das medidas de PCI. A promoção da sensibilização e formação contínua da equipa de saúde sobre as melhores práticas de PCI foi um aspeto relevante. Para além disso, contribuí para a educação dos familiares da PSC, transmitindo

orientações relevantes sobre PCI durante as visitas à UCIP, destacando a importância do cumprimento das medidas preventivas para a segurança dos seus familiares.

### **3.5. Conhecimentos sobre ventilação e acompanhamento do paciente**

A ventilação mecânica é uma intervenção crítica nos cuidados de saúde, que desempenha um papel imperativo no suporte da vida, particularmente na PSC. A sua aplicação é intrincada e envolve a necessidade de um conhecimento profundo dos sistemas respiratórios, dos equipamentos de ventilação e das técnicas de monitorização. Os enfermeiros devem estar preparados para avaliar, selecionar e operar os dispositivos de ventilação de forma precisa na PSC de modo a adaptar o tratamento às necessidades específicas de cada paciente (69, 70). Por outro lado, o acompanhamento do paciente após o internamento é uma fase igualmente relevante nos cuidados de enfermagem. Esta etapa envolve a transição do paciente da unidade de cuidados intensivos para outras áreas de assistência médica ou mesmo para a comunidade. Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel crítico na coordenação dos cuidados a longo prazo, o que implica a necessidade de competências de planeamento, avaliação e gestão de cuidados continuados (53, 71).

#### **3.5.1. Administração de terapias de suporte vital, visando a melhoria da qualidade de cuidados prestados à PSC**

O desenvolvimento de competências avançadas na administração de terapias de suporte vital visando a melhoria da qualidade de cuidados foi alcançada ao longo do estágio, permitindo-me ter uma maior autonomia na dosagem da medicação. No que concerne às capacidades técnicas, adquiri conhecimento na aplicação prática de procedimentos de enfermagem avançados, nomeadamente a execução de intervenções complexas, como a administração de terapias de suporte vital, monitorização rigorosa dos sinais vitais e parâmetros clínicos, e a capacidade de realizar procedimentos invasivos, como a inserção de cateteres e balões intra-aórticos (2, 13). Este compromisso com a excelência técnica permitiu-me atender de forma eficaz às necessidades da PSC. Para além disso, o desenvolvimento das minhas capacidades psicológicas para compreender e lidar com as necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes, demonstrando empatia e criando um ambiente de cuidado mais holístico. Para além disso, a minha

capacidade de comunicação e gestão do stress melhorou, permitindo-me estabelecer ligações com pacientes e proporcionar um ambiente de cuidados compassivo. Esta vertente psicológica desempenhou um papel fundamental na minha capacidade de lidar com situações de doença crítica e falência orgânica.

### **3.6. Desenvolvimento profissional e formação**

No âmbito da EMC, a promoção do desenvolvimento profissional é uma prioridade, o que implica identificar e abordar as necessidades de formação da equipa em diferentes contextos e responder eficazmente a essas necessidades. Ao garantir que os membros da equipa têm acesso a formações específicas, podemos melhorar a sua competência e a qualidade dos cuidados que prestam aos pacientes. Além disso, a equipa de saúde deve cooperar na definição de metas que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, envolvendo o estabelecimento de padrões elevados, procurando constantemente formas de os atingir (72).

Como parte do desenvolvimento profissional, os EEEMC também desempenham um papel crucial como facilitadores da aprendizagem (31). Por outras palavras, os enfermeiros especializados em EMC para além de adquirirem conhecimentos, também os devem transmitir aos seus colegas, permitindo a aprendizagem coletiva (2, 13).

#### **3.6.1. Investigação científica para uma melhoria continua da qualidade dos cuidados**

De modo a contribuir com dados científicos para a melhoria da UCIP, realizei uma revisão sistemática no âmbito do uso da lista de verificação pré-cirúrgica e os seus cuidados (Apêndice I). Esta revisão contribuiu para a sensibilização da comunidade de cuidados de saúde para importância da lista de verificação em assegurar a qualidade dos cuidados. Para além disso, participei ativamente em diversas atividades que promoveram o desenvolvimento profissional e a formação contínua da equipa, bem como a melhoria constante da qualidade dos cuidados na UCIP, como por exemplo com a minha apresentação sobre a importância da lista de verificação de segurança cirúrgica (Apêndice II). No contexto da Unidade de Hemodiálise, realizei uma revisão *scoping* no âmbito da importância do autocuidado da FAV (Apêndice III).



## CONCLUSÃO

Durante o meu estágio nas Unidades de CIP e de Hemodiálise, tive a oportunidade de ter uma experiência enriquecedora que me permitiu adquirir competências especializadas e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC. Neste período de estágio, estabeleci diversos objetivos específicos que incluíam aprofundar o conhecimento sobre as atividades e tarefas desenvolvidas nas Unidades de CIP e de Hemodiálise; identificar as funções do EE nestes contextos; desenvolver competências na prevenção e controlo de infeções; melhorar a gestão dos cuidados de enfermagem e promover o desenvolvimento profissional da equipa. Estes objetivos foram alcançados, devido ao meu compromisso pessoal e à orientação competente dos profissionais de saúde que me acompanharam.

No que concerne à aquisição de conhecimento, o estágio proporcionou-me uma visão aprofundada das complexidades das Unidades de CIP e de Hemodiálise, bem como uma compreensão sólida dos procedimentos específicos nestas áreas. A observação direta, a participação em atividades práticas e a interação com profissionais especializados foram essenciais para o meu crescimento profissional. Também, a identificação das funções do EE nas Unidades de CIP e de Hemodiálise foi fundamental para me posicionar e compreender o meu papel na equipa de saúde. A colaboração interdisciplinar e o envolvimento em tarefas especializadas fortaleceram a minha confiança na execução destas funções.

A prevenção e o controlo de infeções assumiram um papel de destaque durante o meu estágio. Reconheci e implementei diretrizes específicas, contribuindo para a segurança dos pacientes e para a manutenção de um ambiente asséptico. Para além disso, a compreensão das vias de transmissão de infeções e a aplicação rigorosa de medidas preventivas constituíram componentes essenciais do meu trabalho.

A gestão dos cuidados de enfermagem destacou-se como outra área fundamental. Através da auditoria de procedimentos, participei ativamente na identificação de áreas passíveis de melhoria, na implementação de medidas corretivas e na promoção de uma abordagem eficaz e consistente.

O meu envolvimento na investigação científica, evidenciado pelas revisões da literatura realizadas, demonstrou o meu compromisso em contribuir com dados científicos para a contínua melhoria dos cuidados prestados nas Unidades de CIP e de Hemodiálise. Para além disso, participei em atividades de formação e educação contínua da equipa de saúde, contribuindo para colmatar lacunas de conhecimento e elevar os padrões de prática clínica.

As maiores dificuldades que enfrentei durante este período de estágio surgiram, em termos pessoais. Particularmente, a necessidade de equilibrar múltiplas tarefas em simultâneo revelou-se uma tarefa exigente. Acredito que se tivesse mais disponibilidade poderia ter dedicado mais tempo e esforço à exploração e desenvolvimento de trabalhos académicos mais profundos e enriquecedores, tanto para o meu crescimento profissional como para a melhoria do serviço. Contudo, dentro dos trabalhos que desenvolvi, é notável a minha evolução pessoal em termos de segurança na abordagem aos pacientes, às suas famílias, à equipa multidisciplinar e à própria instituição onde exerço a minha atividade profissional. Esta transformação é evidente na minha prática diária, resultado da aprendizagem adquirida neste contexto.

No geral, esta experiência de estágio é altamente positiva, uma vez que fui capaz de potenciar o desenvolvimento das minhas competências. No entanto, estou plenamente consciente de que a aprendizagem é um processo contínuo e que o pensamento crítico deve permanecer como um pilar fundamental. Compreendo que é na reflexão sobre as minhas práticas diárias em consonância com a evidência científica que contribuirei para o progresso da nossa profissão, que é caracterizada pela prestação de cuidados de qualidade e excelência aos nossos pacientes e às suas famílias, que são o foco central dos nossos esforços. A aquisição de competências ao longo do mestrado demarca um horizonte promissor para o meu futuro profissional, capacitando-me para fornecer cuidados especializados em situações complexas de doença crítica ou falência orgânica. Estou preparada para responder eficazmente em situações emergências, exceções e catástrofes, aplicando os conhecimentos especializados adquiridos para decisões rápidas

e assertivas. A melhoria das competências na prevenção e controle de infecções da PSC e/ou em casos de falência orgânica contribui para a segurança do ambiente clínico. Assim, após a realização do presente mestrado, sou uma profissional que apresenta competências para enfrentar desafios complexos na área da saúde, comprometida com cuidados de qualidade, segurança e humanização.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jackson M, Cairns T. Care of the critically ill patient. *Surgery (Oxf)*. 2021;39(1):29-36.
2. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 429/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2018.
3. Makris K, Spanou L. Acute Kidney Injury: Definition, Pathophysiology and Clinical Phenotypes. *Clin Biochem Rev*. 2016;37(2):85-98.
4. Pickering JW, Endre ZH. Back-calculating baseline creatinine with MDRD misclassifies acute kidney injury in the intensive care unit. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(7):1165-73.
5. Masià-Plana A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Sitjar-Suñer M, Casals-Alonso C, Mantas-Jiménez S. Pain, Anxiety, and Depression in Patients Undergoing Chronic Hemodialysis Treatment: A Multicentre Cohort Study. *Pain Management Nursing*. 2022;23(5):632-9.
6. Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P, et al. Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(5):712-20.
7. Nordness MF, Hayhurst CJ, Pandharipande P. Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *J Pain Res*. 2021;14:1733-44.
8. Merskey H, Bogduk N. International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.

9. Giannerini D, Rossi F, Bocci Benucci S, Pertici M, Troiani S, Sanchez Pisfil J, et al. [The specialist skills of the nurse in hemodialysis: report of an explorative survey. A challenge for professional recognition]. *G Ital Nefrol.* 2020;37(5).
10. Gabbard ER, Klein D, Vollman K, Chamblee TB, Soltis LM, Zellinger M. Clinical Nurse Specialist: A Critical Member of the ICU Team. *Crit Care Med.* 2021;49(6):e634-e41.
11. Silva R, Luz M, Fernandes J, Silva L, Cordeiro A, Mota L. Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência.* 2018;4(16):147-54.
12. Mthiyane GN, Habedi DS. The experiences of nurse educators in implementing evidence-based practice in teaching and learning. *Health SA.* 2018;23:1177.
13. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2019.
14. Silva D, Silva E. Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium.* 2004:103-19.
15. Silva M. Educação, valores e filosofia: orientações pedagógicas para o ensino dos valores no âmbito da filosofia. 2011.
16. White D, Oelke ND, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2008;21(1):44-57.
17. Le Boterf G. Três dimensões a explorar. *Pessoal.* 2006;6:60-3.
18. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018. Regulamento das 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. 16 de Julho de 2018. Vol. 2ª série, 135. 2018.
19. Serrano M. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência.* 2011;3(3):15-23.
20. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383(9931):1824-30.
21. Huber E, Kleinknecht-Dolf M, Kugler C, Spirig R. Patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals - an updated concept. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(1):178-95.

22. Kentischer F, Kleinknecht-Dolf M, Spirig R, Frei IA, Huber E. Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses - a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(1):204-12.
23. Sahakyan S, Akopyan K, Petrosyan V. Nurses role, importance and status in Armenia: A mixed method study. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1561-9.
24. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LC. The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2016;30(4):645-61.
25. Johansen H, Helgesen AK. Palliative care in the community - the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):157.
26. Halcomb E, Williams A, Ashley C, McInnes S, Stephen C, Calma K, et al. The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1553-60.
27. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva, (2017).
28. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 1226/2023, de 15 de novembro. 2023.
29. Nunes MVF. Das competências especializadas em doente crítico às competências de mestre em contexto de neurotrauma cerebral 2018.
30. Porto IdCdSdUCP. Ser mestre em enfermagem - que Competências? . 2022 Outubro de 2022.
31. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico - Cirúrgica, (2017).
32. Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, (2011).
33. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2017.
34. Benner P. De Iniciado a Perito. 2 ed. Coimbra: Quarteto; 2002.
35. Alcalde-Bezhoid G, Alcázar-Arroyo R, Angoso-de-Guzmán M, Arenas MD, Arias-Guillén M, Arribas-Cobo P, et al. Hemodialysis Centers Guide 2020. *Nefrología (English Edition).* 2021;41:1-77.
36. Hashemi MS, Irajpour A, Abazari P. Improving Quality of Care in Hemodialysis: a Content Analysis. *J Caring Sci.* 2018;7(3):149-55.

37. Lin Y, Oji S, Miyamoto K, Narita T, Kameyama M, Matsuo H. Real-world application of plasmapheresis for neurological disease: Results from the Japan-Plasmapheresis Outcome and Practice Patterns Study. *Ther Apher Dial.* 2023;27(1):123-35.
38. Fuchs K, Rummler S, Ries W, Helmschrott M, Selbach J, Ernst F, et al. Performance, clinical effectiveness, and safety of immunoadsorption in a wide range of indications. *Ther Apher Dial.* 2022;26(1):229-41.
39. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock.* 2010;3(4):385.
40. Setubal MSV, Gonçalves AV, Rocha SR, Amaral EM. Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: what do perinatology residents think about it? *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia.* 2017;39:552-9.
41. Al-Balas A, Lee T, Young CJ, Allon M. Choice of a second vascular access in hemodialysis patients whose initial arteriovenous fistula failed to mature. *J Vasc Surg.* 2018;68(6):1858-64.e1.
42. Cui J, Steele D, Wenger J, Kawai T, Liu F, Elias N, et al. Hemodialysis arteriovenous fistula as first option not necessary in elderly patients. *Journal of Vascular Surgery.* 2016;63(5):1326-32.
43. Morris KY, Jakobsen R. Central venous catheter access and procedure compliance: A qualitative interview study exploring intensive care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2022;69:103182.
44. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018;73(4):433-50.
45. Branco MJC, Lucas APM, Marques RMD, Sousa PP. The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190031.
46. Ahmad SR, Rhudy L, Fogelson LA, LeMahieu AM, Barwise AK, Gajic O, et al. Humanizing the Intensive Care Unit: Perspectives of Patients and Families on the Get to Know Me Board. *J Patient Exp.* 2023;10:23743735231201228.
47. Nyholm L, Koskinen CA. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nurs Ethics.* 2017;24(4):408-18.
48. Khan ZH. Pain management in intensive care unit patients: the role of ultra-short acting opioid: remifentanyl. *Anesth Pain Med.* 2013;3(1):188-90.

49. Roy PJ, Weltman M, Dember LM, Liebschutz J, Jhamb M. Pain management in patients with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2020;29(6):671-80.
50. Dreiherr J, Fleishman TT, Shvartzman P. Pain Management Evaluation in Maintenance Hemodialysis Patients. *Pain Med*. 2021;22(9):1946-53.
51. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, et al. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2021;21(1):16.
52. Santos MTD, Halberstadt BMK, Trindade C, Lima M, Aued GK. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220100.
53. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*. 2021;20(1):158.
54. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014;26(1):65-7.
55. Alsadaan N, Salameh B, Reshia FAAE, Alruwaili RF, Alruwaili M, Awad Ali SA, et al. Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2023;60:00469580231178528.
56. Anders RL, Jackson D, Davidson PM, Daly JP. Nursing Leadership for 21st Century. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3472.
57. Weston MJ. Strategic Planning for a Very Different Nursing Workforce. *Nurse Lead*. 2022;20(2):152-60.
58. Schreiber PW, Sax H, Wolfensberger A, Clack L, Kuster SP. The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2018;39(11):1277-95.
59. Doyle JS, Buising KL, Thursky KA, Worth LJ, Richards MJ, editors. *Epidemiology of infections acquired in intensive care units. Seminars in respiratory and critical care medicine*; 2011: © Thieme Medical Publishers.
60. Nguyen DB, Arduino MJ, Patel PR. *Hemodialysis-Associated Infections: Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation*; 2019.
61. Karkar A. Infection control guidelines in hemodialysis facilities. *Kidney Res Clin Pract*. 2018;37(1):1-3.

62. Rashid N, Aamer M, Malik U, Arif N, Akram MW, Irshad A. Arteriovenous Fistula (AVF) Self-Care: A Study at a Tertiary Care Hospital in Lahore. *Annals of King Edward Medical University*. 2018;24(1):134-40.
63. Şahan S, Yıldız A, Özdemir C, Günay İsmailoğlu E. The effect of video-based fistula care education on hemodialysis patients' self-care behaviors: A randomized controlled study. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2023;27(6):1095-102.
64. Suleyman G, Alangaden G, Bardossy AC. The Role of Environmental Contamination in the Transmission of Nosocomial Pathogens and Healthcare-Associated Infections. *Current Infectious Disease Reports*. 2018;20(6):12.
65. Munoz-Price LS, Banach DB, Bearman G, Gould JM, Leekha S, Morgan DJ, et al. Isolation Precautions for Visitors. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2015;36(7):747-58.
66. Bonadonna L, Briancesco R, Coccia AM. Analysis of Microorganisms in Hospital Environments and Potential Risks. *Indoor Air Quality in Healthcare Facilities*. 2017.
67. Costa AL, Privitera GP, Tulli G, Toccafondi G. Infection Prevention and Control. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 99-116.
68. George J, Shafqat N, Verma R, Patidar AB. Factors Influencing Compliance With Personal Protective Equipment (PPE) Use Among Healthcare Workers. *Cureus*. 2023;15(2):e35269.
69. Nicolò A, Massaroni C, Schena E, Sacchetti M. The Importance of Respiratory Rate Monitoring: From Healthcare to Sport and Exercise. *Sensors (Basel)*. 2020;20(21).
70. Silva PL, Rocco PRM. The basics of respiratory mechanics: ventilator-derived parameters. *Annals of Translational Medicine*. 2018;6(19):376.
71. Naylor M, Keating SA. Transitional care. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Suppl):58-63.
72. Price S, Reichert C. The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. *Administrative Sciences*. 2017;7(2):17.

# ANEXOS



## Anexo I

Certificado de Participação nas I Jornadas de  
Enfermagem Perioperatória em Neurocirurgia



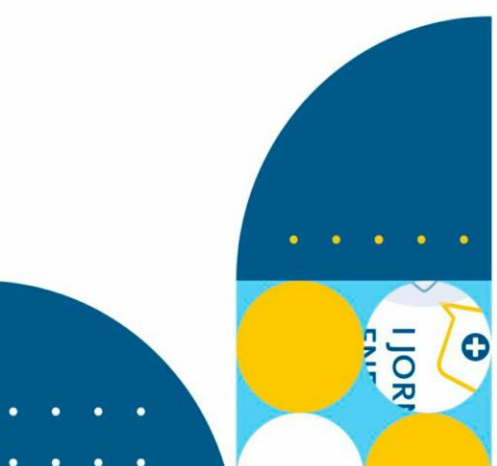
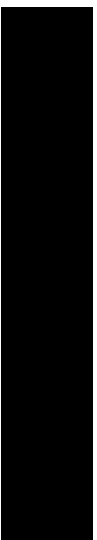
# Certificado de Participante

atribuído a

Pela participação nas **I Jornadas de Enfermagem Perioperatória** em Neurocirurgia [redacted], no Porto nos dias 21 e 22 Setembro de 2023 com a duração de [redacted] horas.



21 e 22 Setembro de 2023





## Anexo II

### Certificado de Participação nas 26 Jornadas de Medicina Intensiva do Porto

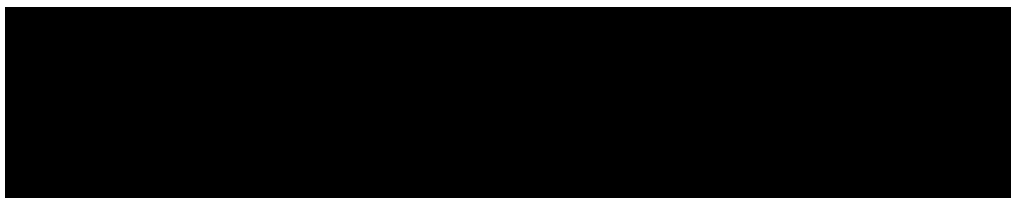
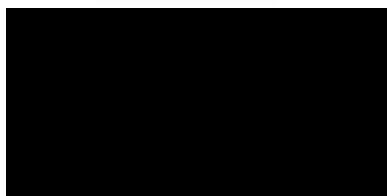




## CERTIFICADO

Certifica-se que

participou nas Jornadas de Medicina Intensiva do Porto, que se realizaram nos dias 18 e 19 de outubro de 2023, no [REDACTED]





## Anexo III

### Certificado de Presença na II Convenção Internacional dos Enfermeiros

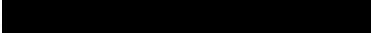




## CERTIFICADO DE PRESENÇA

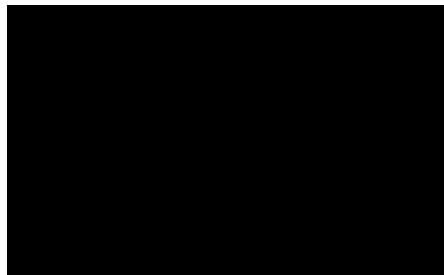
Certifica-se que

**ANA SOFIA GOMES FERREIRA**

membro nº 56399 desta Ordem, participou no(a) "II Convenção Internacional dos Enfermeiros", realizado de 10 de Maio de 2023 a 11 de Maio de 2023, com duração total de 11 horas e 30 minutos, 



Figueira da Foz, 11 de Maio de 2023



---

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,85 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos



## Anexo IV

# Certificado de Presença no Congresso de Emergência Extra-Hospitalar






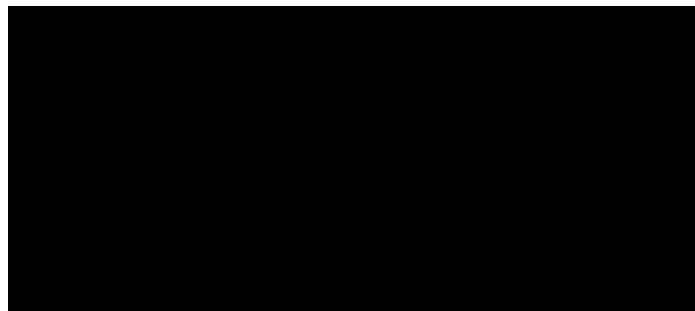
## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**ANA SOFIA GOMES FERREIRA**

membro nº 56399 desta Ordem, participou no(a) "Congresso de Emergência Extra-Hospitalar", realizado no dia 2 de Junho de 2023, com duração total de 7h, no(a) 

Porto, 2 de Junho de 2023



---

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



## Anexo V

# Certificado de Presença no I Simpósio de Emergência Médica Pré-Hospitalar





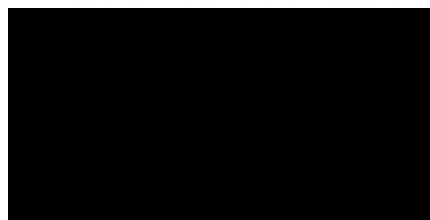


# CERTIFICADO

Certifica-se que

**Ana Sofia Gomes Ferreira**

participou no "I SIMPÓSIO DE EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR,  
promovidas pelo  e que  
decorreu no dia 03 de novembro de 2023, entre as 9h00 e as 18h30 horas,  
no 





## Anexo VI

### Certificado de Participação nas III Jornadas da Gestão do Risco Hospitalar



III Jornadas da Gestão  
do Risco Hospitalar  
**CAMINHAR JUNTOS  
RUMO À QUALIDADE  
E SEGURANÇA DO DOENTE**

2 de novembro de 2023 | 08:30 | [REDACTED]



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Sofia Gomes Ferreira**

participou na III Jornadas da Gestão do Risco Hospitalar – Caminhar Juntos Rumo à Qualidade e Segurança do Doente, que se realizaram no [REDACTED], no dia 2 de novembro de 2023.

Penafiel, 2 de novembro de 2023

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



# APÊNDICES



## Apêndice I

### Revisão *scoping* “A Importância da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica”





**CATÓLICA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A IMPORTÂNCIA DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE  
SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**Estudante: Sofia Gomes**

**Sob a orientação de Professor Doutor Vasco Neves**

**Porto, setembro de 2023**

# Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>103</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>106</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>108</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>110</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>116</b>
<b>Referências .....</b>	<b>117</b>

## Introdução

O principal objetivo de uma cirurgia é salvar vidas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, a falta de atenção e os erros cirúrgicos por parte da equipa de técnicos de saúde podem conduzir a complicações graves resultantes destas intervenções (43). As salas de operações são ambientes onde a segurança do paciente pode estar em risco e mais da metade dos incidentes que ocorrem nos hospitais, estão relacionados com procedimentos cirúrgicos, sendo que muitos desses erros poderiam ser evitados. De facto, estima-se que cerca de 234 milhões de pessoas necessitem de cirurgias por razões médicas todos os anos, e que aproximadamente 14% destas sofrem eventos indesejados durante o procedimento (44).

A prioridade da segurança na prestação de cuidados aos pacientes é um elemento fundamental no desenho de qualquer sistema de saúde, tendo um impacto imediato na excelência dos cuidados oferecidos (45, 46). De modo a estabelecer um sistema seguro, é fundamental que se proceda à análise e resolução das causas dos erros na assistência. No ano de 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu orientações e padrões com o intuito de reduzir as falhas na prestação de cuidados de saúde, ao lançar a campanha "Cirurgia Segura Salva Vidas" (47). Esta iniciativa tinha como objetivo melhorar a segurança das cirurgias e estabelecer um conjunto de diretrizes em forma de lista de verificação de segurança da OMS para procedimentos cirúrgicos, que incluíam diversos elementos a serem verificados ao longo das três momentos-chave em que a equipa deve utilizar a lista de verificação de segurança cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão na pele e antes do paciente sair da sala de operações (conforme descrito no Despacho n.º 1400-A/2015) (48).

Este programa tem como objetivo fomentar o compromisso político e a vontade clínica para que a intervenção coordenada em pontos cruciais da segurança cirúrgica possa ser concretizada. Pretende-se, de forma sistemática, melhorar a identificação correta do paciente, do procedimento e do local cirúrgico, adotar práticas anestésicas amplamente aceites, prevenir infeções no local cirúrgico e, de forma abrangente, aperfeiçoar o trabalho em equipa e a comunicação entre os membros da equipa cirúrgica (conforme descrito no Despacho n.º 1400-A/2015).

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou dez metas fundamentais para a segurança cirúrgica, que podem ser alcançadas através da adoção de

uma estratégia global, tornada visível pela implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica (48). Esta lista é um elemento unificador, permitindo à equipa cirúrgica validar, numa série de etapas, a forma de garantir cuidados peri-operatórios seguros e, desta forma, reduzir os riscos de incidentes. com a lista de verificação de segurança cirúrgica, os profissionais podem determinar um momento crítico durante a operação em que se concentram na execução das suas práticas (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015) (48).

Muitas vezes as listas de verificação são introduzidas para melhorar os processos de cuidados e os resultados obtidos através dos procedimentos cirúrgicos sem considerar como esta é introduzida no serviço cirúrgico ou de anestesia, ou como é aplicada (49). De facto, algumas das estratégias para apoiar a implementação permanecem desconhecidas, e a retidão na utilização da lista de verificação na sala de operações não tem sido suficientemente estudada. Contudo, as listas de verificação dependem sempre de uma implementação de alta qualidade para serem eficazes, tanto estrategicamente quanto na linha de frente (49-52). Em casos em que os prestadores de cuidados de saúde enfrentam problemas significativos de cultura de segurança ou organizacionais, as listas de verificação não oferecem uma solução (49-52).

Um dos primeiros estudos em grande escala sobre listas de verificação na área da saúde (o projeto *Keystone*) foi realizado na sua maioria em 108 unidades de cuidados intensivos no Michigan, onde Pronovost et al. (2006) introduziram um conjunto de intervenções, incluindo uma lista de verificação, para melhorar a comunicação (53). Esta intervenção reduziu as infeções relacionadas com cateteres venosos após 18 meses, de 2,7 para 0. No entanto, estes resultados do Michigan não puderam ser replicados num programa de intervenção em larga escala no Reino Unido (*Matching Michigan*), o que realça a necessidade de adaptação deste tipo de lista de verificação aos contextos e estratégias de implementação em programas de melhoria (54). Numa revisão sobre a incidência de eventos adversos e a sua prevenção, a taxa média de incidentes foi de 9,2%, com uma probabilidade de prevenção de cerca de 43,5% (55). Eventos adversos que conduziram a incapacidades permanentes foram identificados em 7% (55). Para melhorar os cuidados aos pacientes cirúrgicos, são abordados desafios organizacionais e clínicos. O uso de listas de verificação de segurança cirúrgica pode ser um elemento importante neste contexto (56, 57). No entanto, um problema da utilização de listas de verificação na área da saúde é que estas são uma intervenção aparentemente simples, mas a evidência

de uma década sobre listas de verificação é repleta de obstáculos de implementação e inconsistências nos resultados da eficácia clínica.

No presente estudo pretendemos identificar o impacto da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos riscos cirúrgicos e complicações dos pacientes.

## Metodologia

Nesta revisão *scoping*, seguimos as diretrizes metodológicas propostas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) para este tipo de revisões, conforme delineadas por Peters et al. em 2015. Esta abordagem visa proporcionar uma perspectiva global de um tópico específico, com foco na identificação, seleção e resumo dos resultados relevantes encontrados na literatura. A metodologia delineada pelo JBI para realizar revisões abrangentes envolve três etapas essenciais: i) formulação de perguntas estruturadas; ii) pesquisa de literatura; e iii) avaliação crítica dos resultados.

No contexto dos cuidados de enfermagem, as revisões *scoping* desempenham um papel crucial ao alargar o conhecimento, identificar áreas em que a investigação é limitada e destacar a necessidade de futuras revisões sistemáticas. Estas análises contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem com base em evidências, o que, por sua vez, resulta em benefícios para a saúde dos pacientes. Além disso, fornecem informações valiosas para os profissionais de enfermagem que auxiliam na tomada de decisões fundamentadas. De facto, estas análises capacitam os profissionais de enfermagem a fornecer cuidados de alta qualidade baseados em evidências, conduzindo a melhores resultados de saúde.

A pergunta central desta revisão abrangente foi formulada com base na estratégia PCC, que considera os seguintes elementos: População (P), que são os enfermeiros; Conceito (C), referente às listas de verificação; e Contexto (C), que diz respeito à cirurgia. Assim, a pergunta de investigação que orientou o estudo foi a seguinte: "Qual o impacto da lista de verificação nos riscos cirúrgicos e complicações dos pacientes?" Para responder a esta pergunta, realizámos uma pesquisa bibliográfica na PubMed que incluiu artigos científicos publicados entre janeiro de 2013 a setembro de 2023.

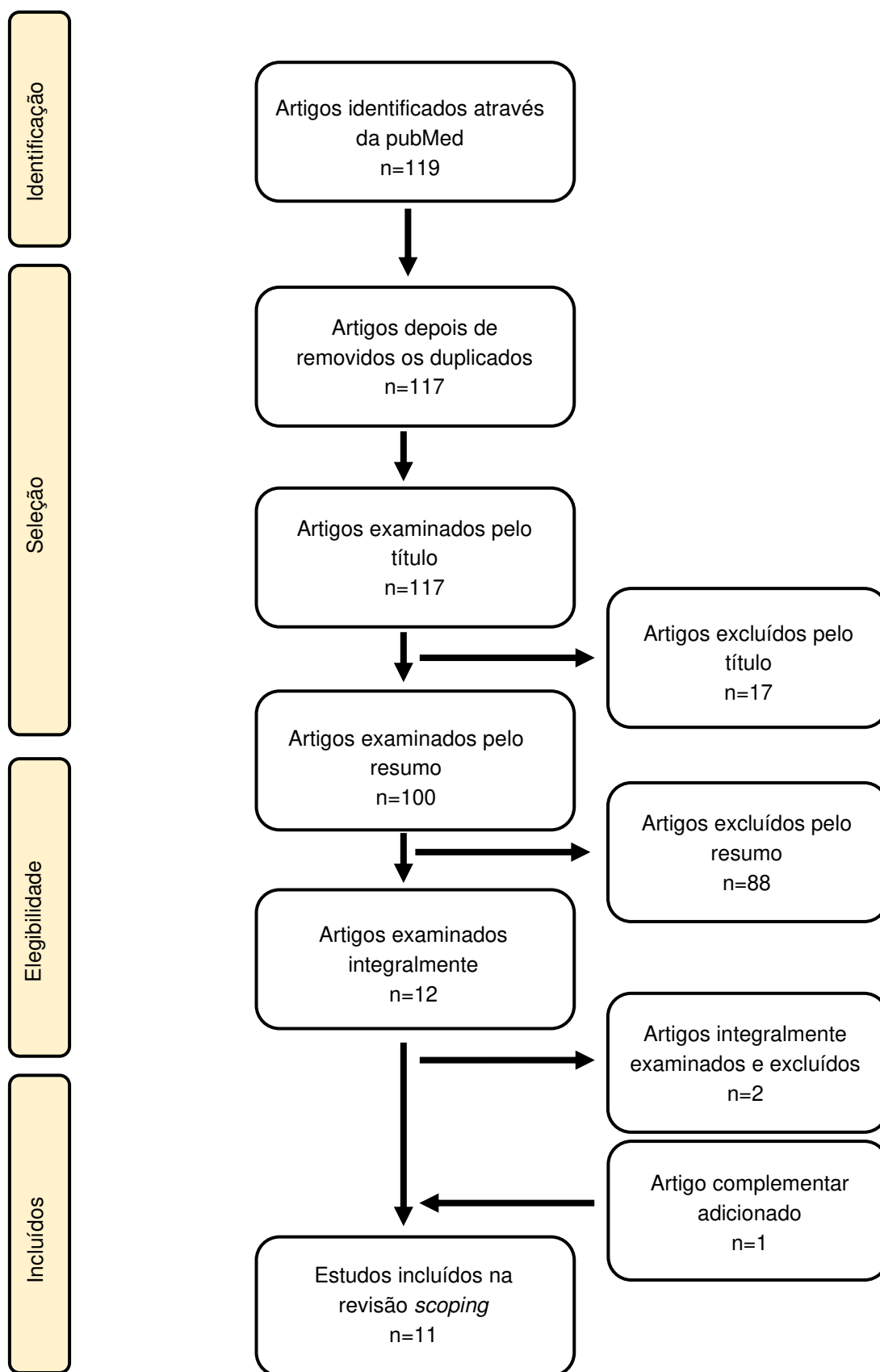
A pesquisa foi realizada com base na seguinte frase-chave: "surgical safety checklist" AND "operating room". Incluímos artigos originais quantitativos e qualitativos, escritos em inglês. Seleccionámos os artigos com base nos títulos e resumos que mencionavam a lista de verificação e diversos tipos de cirurgia. Em casos de dúvidas sobre a relevância dos estudos com base nos resumos, analisámos os artigos na íntegra.

Excluámos resumos de conferências, artigos de revisão (de modo a garantir a validade e a relevância do estudo, limitando a duplicação de resultados e redundância),

estudos focados exclusivamente na percepção dos profissionais de saúde relativos às listas de verificação pré-cirúrgicas e aqueles que se concentravam na adesão/aceitação da sua implementação. Adicionamos um artigo suplementar que não foi encontrado através da pesquisa na PubMed, uma vez que este abordava a lista de verificação no contexto de emergência, dados estes que não eram abordados por nenhum outro artigo (59). A inclusão deste artigo permitiu fornecer uma visão mais alargada e completa sobre o uso de listas de verificação, considerando diferentes cenários e aplicações. Extraímos os dados dos artigos selecionados e organizamos estas informações numa tabela (Tabela 1) de acordo com os objetivos e a pergunta da revisão, seguindo a metodologia de revisões *scoping* do JBI, conforme Peters et al. (2015). Essa tabela de extração inclui detalhes sobre os autores e o ano de publicação, país de origem, título, objetivos, população estudada, métodos utilizados e principais resultados encontrados.

## Resultados

A pesquisa realizada na base de dados PubMed resultou na identificação de um total de 119 artigos (conforme apresentado na Figura 1). Após a verificação de artigos duplicados (n=2), optamos por incluir 117 estudos na nossa análise. Inicialmente, com base na análise dos títulos e resumos, identificamos 12 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Posteriormente, procedemos à leitura integral e análise desses 12 artigos, dos quais apenas 10 preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. Tendo encontrado um artigo referente à utilização da lista de verificação no contexto de emergência numa pesquisa paralela, este foi incluído no estudo (GlobalSurg Collaborative, 2019). Os dados provenientes destes artigos foram resumidos na Tabela 1, que inclui informações como o nome do primeiro autor e o ano de publicação, país de origem, título, objetivo, população estudada, métodos utilizados e os principais resultados obtidos.



**Figura 1.** Diagrama PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

## Discussão

A presente revisão *scoping* teve como objetivo avaliar o impacto da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS na segurança dos pacientes e custos associados. De modo a responder a esta questão foram incluídos 11 estudos originais relativos ao impacto da lista de verificação nos riscos cirúrgicos e complicações.

A lista de verificação tem desempenhado um papel fundamental na melhoria da qualidade de internamento e na promoção da saúde dos pacientes em contextos cirúrgicos. De acordo com Haugen, Wæhle (60) a implementação de uma lista de verificação de alta qualidade está associada a benefícios substanciais. Particularmente, o uso da mesma está associado a uma redução notável na administração de antibióticos pós-incisão de 12,5% para 9,8% (60). Esta diminuição é um sinal claro de que a lista de verificação ajuda a evitar o uso desnecessário de antibióticos, promovendo uma abordagem mais criteriosa à prescrição destes medicamentos, o que é importante na prevenção da resistência antimicrobiana e na redução de riscos relacionados com alergias e efeitos colaterais. Outro resultado importante foi a diminuição das taxas de infeções cirúrgicas de 7,4% para 3,6% (60). O mesmo foi relatado por Kwok, Funk (61), com uma diminuição de 17,7% para 6,7%. Esta redução demonstra que a lista de verificação desempenha um papel fundamental na melhoria das práticas de assepsia e esterilização, contribuindo para a prevenção de infeções pós-operatórias. Estas infeções podem ser graves e prolongar o tempo de internamento, pelo que a redução das mesmas é fundamental para a saúde dos pacientes. Além disso, a implementação da lista de verificação resultou numa diminuição substancial de transfusões de sangue (60). A redução na necessidade de transfusões é um indicador claro de que a lista de verificação contribuiu para a prevenção de complicações que normalmente exigem este procedimento, resultando numa maior segurança para o paciente. As complicações associadas a feridas também apresentaram uma diminuição significativa de 19% para 8% após a implementação da lista de verificação (Lepänluoma et al., 2014). A melhoria na segurança do período pós-cirurgia associada à implementação da lista de verificação foi também verificada por um estudo realizado por Kwok, Funk (61). Particularmente, o estudo demonstrou que a implementação desta estava associada a uma diminuição das complicações gerais de 21,5% para 8,8%. Para além disso, o número de episódios hipoxémicos com duração de 2 min ou de mais de 100 horas de oximetria diminuiu de 11,5% para 6,4% (61). Também um estudo conduzido por Bellora

and Falzoni (62) num centro cirúrgico pediátrico corroborou o facto da implementação da lista de verificação conduzir a uma redução, prevenção e proteção contra eventos adversos com lesão do paciente em 88,89% dos casos. Do mesmo modo, Kocher et al. (2020) verificou também uma redução no número de eventos adversos (uma diminuição de 0,51% para 0,26%), o que é um indicador claro de que a lista de verificação contribui para a prevenção de erros e complicações. Lübbecke et al. (2013) reforça a importância da lista de verificação na redução de eventos indesejados, como novas cirurgias e admissões não planeadas em unidades de terapia intensiva. Além disso, Lepänluoma, Takala (63) também relataram uma diminuição notável nas readmissões não planeadas de 25% para 10% após a implementação da lista de verificação. Esta redução indica que a lista de verificação contribui para a deteção precoce e a prevenção de problemas pós-operatórios que, de outra forma, poderiam levar a readmissões, aumentando tanto o custo do tratamento quanto o desconforto do paciente. Ao reduzir o número de complicações associadas à cirurgia, a implementação da lista de verificação cirúrgica tem demonstrado ter um impacto significativo na redução dos custos hospitalares (60, 64, 65).

No contexto de cirurgia de urgência, um estudo realizado por GlobalSurg Collaborative (59) demonstrou que, no geral, o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS está associado a uma menor taxa de mortalidade ao fim de 30 dias (5,3%) em comparação com a não utilização (7,1%). A associação da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS a esta redução na taxa de mortalidade ao fim de 30 dias é particularmente relevante, pois sugere que a lista de verificação desempenha um papel crucial na melhoria dos resultados clínicos e na segurança dos pacientes submetidos a cirurgias de urgência. A redução de 30 dias na taxa de mortalidade é um resultado que não pode ser subestimado, uma vez que a mortalidade é um dos indicadores mais críticos de sucesso em procedimentos cirúrgicos. Por outro lado, Zingiryan, Paruch (66) demonstrou que a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica não resultou numa diminuição significativa da morbidade e mortalidade perioperatória no seu estudo. Esta distinção entre estudos pode ser resultado do contexto e das práticas específicas de cada instituição de saúde. Contudo, os autores deste estudo reconheceram que a apesar destes resultados, a perceção geral de uma melhoria na cultura de segurança por parte do pessoal da sala de cirurgia foi um aspeto positivo, pois sugere uma maior conscientização e atenção à segurança do paciente.

Um estudo conduzido por Thomasson et al. (2016) apresentou também resultados surpreendentes ao constatar que, apesar do preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica, 33% dos casos de cirurgias ortopédicas ainda enfrentaram falhas no equipamento. Este resultado pode levantar questões sobre a eficácia do uso da lista de verificação específica para este propósito. Contudo, é importante destacar que a prontidão do equipamento ortopédico é um processo multidisciplinar e intrincado, que envolve diversos profissionais de saúde e departamentos. Embora o estudo tenha identificado esta lacuna na utilização da lista de verificação com este objetivo em particular, reconheceu também os benefícios gerais das recomendações da utilização da lista de verificação da OMS na qualidade dos cuidados de saúde. Na verdade, os resultados deste estudo incentivaram a equipa a avançar com um projeto colaborativo para melhorar os processos relacionados com a avaliação da prontidão do equipamento ortopédico e eliminar falhas intraoperatórias. Este projeto pode ajudar a compreender melhor o papel da lista de verificação na gestão eficaz da prontidão do equipamento ortopédico e fornecer dados valiosos para futuras melhorias na segurança cirúrgica.

A evidência científica acumulada reforça consistentemente os benefícios da implementação da lista de verificação cirúrgica na melhoria da qualidade do atendimento e na segurança dos pacientes. De acordo com Kocher et al. (2020), a lista de verificação tem também um impacto significativo na melhoria da eficiência operacional. Também Lepänluoma, Takala (63) aferiu que a utilização da lista de verificação promove melhorias significativas na comunicação entre os membros da equipa cirúrgica, especialmente entre cirurgiões e anestesistas, o que é fundamental para garantir um ambiente de trabalho colaborativo e seguro durante as intervenções cirúrgicas, minimizando potenciais erros de comunicação que poderiam resultar em complicações.

**Tabela 1.** Informação relativa aos artigos selecionados para revisão *scoping*.

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Bellora & Falzoni, 2013	Itália	<i>Surgery checklist implementation to reduce clinical risk in the pediatric operating room.</i>	Determinar o efeito que a lista de verificação tem na redução, prevenção e proteção contra riscos clínicos.	Crianças sujeitas a cirurgia	O uso de listas de verificação conduz à redução, prevenção e proteção contra eventos adversos.
Kwok et al., 2013	EUA	<i>Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist, including introduction of pulse oximetry, in a resource-limited setting</i>	Medir o impacto da implementação de uma lista de verificação nos riscos cirúrgicos e complicações.	Pacientes sujeitos a cirurgia	O uso de listas de verificação pode reduzir significativamente os riscos e complicações cirúrgicas.
Lübbecke et al., 2013	Suíça	<i>Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment</i>	Avaliar a eficácia de uma lista de verificação intraoperatória em pacientes cirúrgicos de alto risco	Pacientes sujeitos a cirurgia	Tendência de redução nas taxas de reoperação para infeções do local cirúrgico após a implementação da lista de verificação.
Papaconstantinou et al., 2013	EUA	<i>Surgical safety checklist and operating room efficiency: results from a large multispecialty tertiary care hospital</i>	Determinar o efeito da implementação da lista de verificação cirúrgica na eficiência da sala de cirurgia.	Pacientes sujeitos a cirurgia	A implementação da lista de verificação não afetou negativamente a eficiência da sala de cirurgia.  A sua implementação pode reduzir o custo geral por procedimento cirúrgico.
Lepänluoma et al., 2014	Finlândia	<i>Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and</i>	Avaliar o impacto da implementação da lista de verificação na segurança na sala de cirurgia e nos eventos adversos pós-operatórios em neurocirurgia.	Pacientes submetidos a neurocirurgia	O uso da lista de verificação melhorou o desempenho relacionado com a segurança e diminuiu o número de

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
		<i>unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery</i>			complicações na ferida e readmissões.
Thomasson et al., 2016	EUA	<i>Efficacy of surgical safety checklist: Assessing orthopaedic surgical implant readiness</i>	Aferir a eficácia da lista de verificação pré-operatória na avaliação da prontidão de equipamentos ortopédicos antes da cirurgia e a sua capacidade de prevenir falhas nos equipamentos ortopédicos.	Pacientes submetidos a cirurgia ortopédica	A implementação da lista de verificação não consegue evitar falhas nos equipamentos ortopédicos.  Estas falhas na verificação e deficiências nos equipamentos durante a cirurgia têm implicações na segurança do paciente e nos custos institucionais.
Zingiryan et al., 2017	EUA	<i>Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes</i>	Determinar se a lista de verificação diminui as complicações e avaliar os comportamentos dos membros da equipa cirúrgica após a implementação da mesma.	Pacientes sujeitos a cirurgia	A implementação da lista de verificação cirúrgica não resulta numa diminuição significativa na morbidade ou mortalidade perioperatória. No entanto, melhora a percepção da cultura de segurança por parte da equipa da sala de cirurgia.
GlobalSurg Collaborative, 2019	76 países	<i>Pooled analysis of WHO Surgical Safety Checklist use and mortality after emergency laparotomy</i>	Avaliar o uso de listas de verificação em cenários de emergência e examinar a relação com a mortalidade perioperatória em pacientes submetidos a laparotomia de emergência.	Pacientes submetidos a laparotomia de emergência	O uso de listas de verificação na laparotomia de emergência foi associado a uma taxa significativamente menor de mortalidade perioperatória.
Haugen et al., 2019	Noruega	<i>Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes: Secondary Analysis From a Large Stepped</i>	Avaliar se a implementação de listas de verificação pode conduzir a uma redução de complicações peri- e pós-operatórias.	Pacientes sujeitos a cirurgia	A implementação da lista de verificação melhorou os processos de cuidados na sala de cirurgia.

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
		<i>Wedge Cluster Randomized Controlled Trial in Norway</i>			
Kocher et al., 2020	EUA	<i>Impact of a Preoperative Safety Checklist on Perioperative Quality Outcomes and Operative Efficiency</i>	Avaliar se a implementação da lista de verificação afeta os eventos adversos associados à segurança do paciente e os indicadores de desempenho da sala de cirurgia institucional.	Pacientes sujeitos a cirurgia	Uma lista de verificação de segurança no dia da cirurgia reduz o número de eventos adversos.
Healey et al., 2022	Inglaterra e Noruega	<i>A Health Economic Evaluation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Single Center Assessment.</i>	Avaliar a relação custo-efetividade da lista de verificação da OMS.	Pacientes sujeitos a cirurgia	A implementação da lista de verificação da OMS é uma estratégia custo-efetiva para melhorar a segurança cirúrgica.

## Conclusão

A implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica tem tido um impacto notável na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança dos pacientes em contextos cirúrgicos. Os estudos analisados fornecem evidências consistentes de que a utilização da lista de verificação está associada a diversos benefícios, destacando a redução significativa na administração de antibióticos pós-incisão, taxas de infeções cirúrgicas e a necessidade de transfusões de sangue. Estas melhorias contribuem para uma recuperação mais rápida dos pacientes, redução dos riscos de complicações e, conseqüentemente, uma melhoria na saúde geral dos pacientes.

Para além disso, a implementação da lista de verificação cirúrgica também demonstrou reduzir custos hospitalares significativamente. A diminuição das complicações cirúrgicas, a otimização do tempo de sala de cirurgia e a redução de erros médicos resultam numa economia substancial para as instituições de saúde. A longo prazo, o investimento em treino e educação da equipa de saúde para a utilização eficaz da lista de verificação pode conduzir a melhorias na economia financeira, melhor satisfação do paciente e conformidade com padrões regulatórios.

A lista de verificação de segurança cirúrgica não melhora apenas a segurança do paciente, mas também a qualidade dos cuidados de saúde prestados por enfermeiros e outros membros da equipa de saúde. Esta promove uma cultura de segurança, enfatiza a comunicação eficaz e contribui para melhores resultados clínicos, tornando-se uma ferramenta valiosa na área da enfermagem. Esta revisão *scoping* pretende contribuir para um aumento da implementação da lista de verificação cirúrgica da OMS, assim como motivar a realização de mais estudos que permitam aprofundar os conhecimentos na área.

Devido à natureza específica do tema, que aborda o impacto da implementação da lista de verificação cirúrgica da OMS, e à escassez de evidências científicas disponíveis, é importante notar que uma das limitações deste estudo foi a análise de apenas 11 artigos.

## Referências

1. Jackson M, Cairns T. Care of the critically ill patient. *Surgery (Oxf)*. 2021;39(1):29-36.
2. Regulamento nº 429/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica., (2018).
3. Makris K, Spanou L. Acute Kidney Injury: Definition, Pathophysiology and Clinical Phenotypes. *Clin Biochem Rev*. 2016;37(2):85-98.
4. Pickering JW, Endre ZH. Back-calculating baseline creatinine with MDRD misclassifies acute kidney injury in the intensive care unit. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(7):1165-73.
5. Masià-Plana A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Sitjar-Suñer M, Casals-Alonso C, Mantas-Jiménez S. Pain, Anxiety, and Depression in Patients Undergoing Chronic Hemodialysis Treatment: A Multicentre Cohort Study. *Pain Management Nursing*. 2022;23(5):632-9.
6. Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P, et al. Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(5):712-20.
7. Nordness MF, Hayhurst CJ, Pandharipande P. Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *J Pain Res*. 2021;14:1733-44.
8. Giannerini D, Rossi F, Bocci Benucci S, Pertici M, Troiani S, Sanchez Pisfil J, et al. [The specialist skills of the nurse in hemodialysis: report of an explorative survey. A challenge for professional recognition]. *G Ital Nefrol*. 2020;37(5).
9. Gabbard ER, Klein D, Vollman K, Chamblee TB, Soltis LM, Zellinger M. Clinical Nurse Specialist: A Critical Member of the ICU Team. *Crit Care Med*. 2021;49(6):e634-e41.
10. Silva R, Luz M, Fernandes J, Silva L, Cordeiro A, Mota L. Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018;4(16):147-54.
11. Mthiyane GN, Habedi DS. The experiences of nurse educators in implementing evidence-based practice in teaching and learning. *Health SA*. 2018;23:1177.
12. Regulamento 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (2019).

13. Suleyman G, Alangaden G, Bardossy AC. The Role of Environmental Contamination in the Transmission of Nosocomial Pathogens and Healthcare-Associated Infections. *Current Infectious Disease Reports*. 2018;20(6):12.
14. Munoz-Price LS, Banach DB, Bearman G, Gould JM, Leekha S, Morgan DJ, et al. Isolation Precautions for Visitors. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2015;36(7):747-58.
15. Bonadonna L, Briancesco R, Coccia AM. Analysis of Microorganisms in Hospital Environments and Potential Risks. *Indoor Air Quality in Healthcare Facilities*. 2017.
16. Serrano M. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*. 2011;3(3):15-23.
17. Silva M. Educação, valores e filosofia: orientações pedagógicas para o ensino dos valores no âmbito da filosofia. 2011.
18. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
19. White D, Oelke ND, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2008;21(1):44-57.
20. Huber E, Kleinknecht-Dolf M, Kugler C, Spirig R. Patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals - an updated concept. *Scand J Caring Sci*. 2021;35(1):178-95.
21. Kentischer F, Kleinknecht-Dolf M, Spirig R, Frei IA, Huber E. Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses - a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(1):204-12.
22. Sahakyan S, Akopyan K, Petrosyan V. Nurses role, importance and status in Armenia: A mixed method study. *J Nurs Manag*. 2020;28(7):1561-9.
23. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LC. The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):645-61.
24. Johansen H, Helgesen AK. Palliative care in the community - the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):157.

25. Halcomb E, Williams A, Ashley C, McInnes S, Stephen C, Calma K, et al. The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1553-60.
26. Nunes MVF. Das competências especializadas em doente crítico às competências de mestre em contexto de neurotrauma cerebral 2018.
27. Regulamento n.º 429/2018. Regulamento das 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 periop. 16 de Julho de 2018. Vol. 2ª série, 135, (2018).
28. Porto IdCdSdUCP. Ser mestre em enfermagem - que Competências? . 2022 Outubro de 2022.
29. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico - Cirúrgica, (2017).
30. Benner P. De Iniciado a Perito. 2 ed. Coimbra: Quarteto; 2002.
31. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018;73(4):433-50.
32. Branco MJC, Lucas APM, Marques RMD, Sousa PP. The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190031.
33. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, et al. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care.* 2021;21(1):16.
34. Santos MTD, Halberstadt BMK, Trindade C, Lima M, Aued GK. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20220100.
35. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing.* 2021;20(1):158.
36. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed.* 2014;26(1):65-7.
37. Schreiber PW, Sax H, Wolfensberger A, Clack L, Kuster SP. The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2018;39(11):1277-95.

38. Doyle JS, Buising KL, Thursky KA, Worth LJ, Richards MJ, editors. *Epidemiology of infections acquired in intensive care units. Seminars in respiratory and critical care medicine*; 2011: © Thieme Medical Publishers.
39. Nicolò A, Massaroni C, Schena E, Sacchetti M. The Importance of Respiratory Rate Monitoring: From Healthcare to Sport and Exercise. *Sensors (Basel)*. 2020;20(21).
40. Silva PL, Rocco PRM. The basics of respiratory mechanics: ventilator-derived parameters. *Annals of Translational Medicine*. 2018;6(19):376.
41. Naylor M, Keating SA. Transitional care. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Suppl):58-63; quiz
42. Price S, Reichert C. The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. *Administrative Sciences*. 2017;7(2):17.
43. Santana HT, Rodrigues MC, do Socorro Nantua Evangelista M. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. *BMC Res Notes*. 2016;9:276.
44. Borgmann H, Helbig S, Reiter MA, Hüscher T, Schilling D, Tsaur I, et al. Utilization of surgical safety checklists by urological surgeons in Germany: a nationwide prospective survey. *Patient Saf Surg*. 2015;9:37.
45. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. [Incidence and preventability of adverse events in patients hospitalised in three Colombian hospitals during 2006]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2008;10(2):215-26.
46. Ramos AP, de Anton R, Guidi E, Delor SM, Lupica L, Fraiz VB, et al. Nursing preoperative checklist for safe surgery. *Archives of Nursing Practice and Care*. 2019;5(1):023-9.
47. OMS WHO. *Safe Surgery Saves Lives. Global Alliance for Patient Safety. Second global challenge for patient safety 2008* [Available from: <http://bit.ly/2PEcWgz>].
48. OMS WHO. *Manual of application of the WHO list of verification of the safety of surgery. Safe surgery saves lives 2009* [Available from: <http://bit.ly/2PHdK43>].
49. Wani MM, Gilbert JHV, Mohammed CA, Madaan S. Factors Causing Variation in World Health Organization Surgical Safety Checklist Effectiveness-A Rapid Scoping Review. *J Patient Saf*. 2022;18(8):e1150-e9.

50. Sotto KT, Burian BK, Brindle ME. Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *J Am Coll Surg*. 2021;233(6):794-809.e8.
51. Armstrong BA, Dutescu IA, Nemoy L, Bhavsar E, Carter DN, Ng KD, et al. Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2022;31(6):463-78.
52. Collins SJ, Newhouse R, Porter J, Talsma A. Effectiveness of the surgical safety checklist in correcting errors: a literature review applying Reason's Swiss cheese model. *Aorn j*. 2014;100(1):65-79.e5.
53. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355(26):2725-32.
54. Dixon-Woods M, Leslie M, Tarrant C, Bion J. Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of a patient safety program. *Implement Sci*. 2013;8:70.
55. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-23.
56. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Aniel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*. 2010;363(20):1928-37.
57. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
58. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-6.
59. GlobalSurg Collaborative. Pooled analysis of WHO Surgical Safety Checklist use and mortality after emergency laparotomy. *Br J Surg*. 2019;106(2):e103-e12.
60. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes: Secondary Analysis From a Large Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial in Norway. *Ann Surg*. 2019;269(2):283-90.
61. Kwok AC, Funk LM, Baltaga R, Lipsitz SR, Merry AF, Dziekan G, et al. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist, including

- introduction of pulse oximetry, in a resource-limited setting. *Ann Surg.* 2013;257(4):633-9.
62. Bellora E, Falzoni M. Surgery checklist implementation to reduce clinical risk in the pediatric operating room. *Minerva Pediatr.* 2013;65(6):617-30.
63. Lepänluoma M, Takala R, Kotkansalo A, Rahi M, Ikonen TS. Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery. *Scand J Surg.* 2014;103(1):66-72.
64. Healey A, Søfteland E, Harthug S, Haaverstad R, Mahesparan R, Hjallen BM, et al. A Health Economic Evaluation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Single Center Assessment. *Annals of Surgery.* 2022;275(4).
65. Papaconstantinou HT, Smythe WR, Reznik SI, Sibbitt S, Wehbe-Janek H. Surgical safety checklist and operating room efficiency: results from a large multispecialty tertiary care hospital. *Am J Surg.* 2013;206(6):853-9; discussion 9-60.
66. Zingiryan A, Paruch JL, Osler TM, Hyman NH. Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes. *Am J Surg.* 2017;214(2):193-7.

## Apêndice II

### Apresentação de Mestrado em Enfermagem - A Importância da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica





CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

# A IMPORTÂNCIA DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Sofia Gomes /Nº 396422004

ORIENTAÇÃO: Professor Doutor Vasco Neves

Curso de Mestrado em Enfermagem /2023

## Índice

- 01 Lista de Verificação
- 02 Importância
- 03 Etapas
- 04 Diretrizes e Melhores Práticas
- 05 Melhoria Contínua
- 06 Take-Home Messages



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA·PORTO

centro hospitalar de Braga  
**Lista de Verificação Pré Operatória**  
 Pág. 1 de 2

Serviço: \_\_\_\_\_  
 Intervenção Proposta: \_\_\_\_\_

Identificação do Doente: \_\_\_\_\_

	No Serviço			No Bloco		
	SIM	NÃO	N/A	SIM	NÃO	N/A
1 - Consentimento informado para cirurgia assinado						
2 - Protocolo de avaliação pré anestésica efetuado						
3 - Perfil de biótipo sanguíneo efetuado						
4 - Perfil de tipo em Casuário Intervenção/Intervenção						
5 - Prescrição de profilaxia antibiótica						
6 - Utilização e identificação do local cirúrgico assinado						
7 - Alergias conhecidas						
8 - Dispositivos médicos implantados (ex. CDI, outros)						

Médico: \_\_\_\_\_ NP Cod. Prof. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	No Serviço			No Bloco		
	SIM	NÃO	N/A	SIM	NÃO	N/A
9 - Identificação positiva do doente, confirmada						
10 - Pulsoira de identificação colocada						
11 - Consentimento informado para cirurgia assinado						
12 - Localização e identificação do local cirúrgico assinada						
13 - Alergias conhecidas						
14 - Ausência de aderências, massalagens ou venas nas veias						
15 - Prófenas desatadas / antídotos retirados						
16 - Limite de contacto ou dactos retirados						
17 - Sítio pré-operatório confirmado						
18 - Rutina pré-operatória realizada (línea de intervenção)*						
19 - Protocolos específicos de preparação cirúrgica cumprido						
20 - Urina antes de ir para o Bloco Operatório						
21 - Processo clínico do doente, confirmado e completo						
22 - Confirmação positiva da intervenção proposta e local						
23 - Cama do Doente - identificada						
Grades colocadas						
Supor de soro colocado						

Dieta: \_\_\_\_\_  
 \*Temp. Central antes do acesso ao S.O. (°C): \_\_\_\_\_ Glicemia capilar: \_\_\_\_\_ (mg/dl)

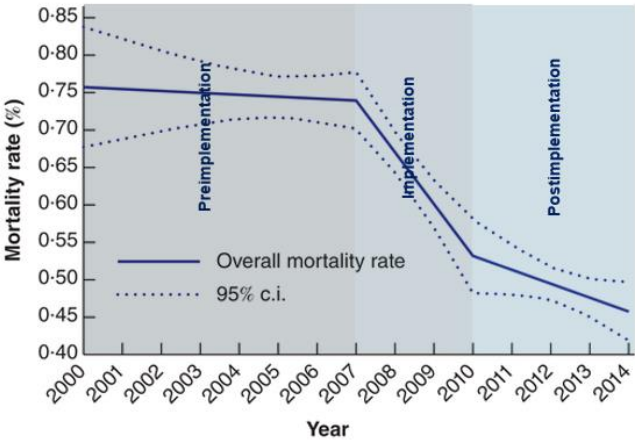
Enf. Serviço: \_\_\_\_\_ NP Cod. Prof. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_h \_\_\_\_min.  
 Enf. BO: \_\_\_\_\_ NP Cod. Prof. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_h \_\_\_\_min.  
 Abreviaturas: N/A - Não Aplicável

# Lista de Verificação

Uma ferramenta que ajuda a padronizar processos, reduzir a probabilidade de erros e melhorar a segurança do cliente.



## O impacto da Lista de Verificação



(Ramsay et al, 2019)



# Importância

02



## Reduzir Erros

Através de verificações rigorosas, os profissionais de saúde podem identificar e corrigir erros potenciais antes que estes causem danos ao cliente.



## Padronizar Procedimentos

Garante que os procedimentos críticos sejam realizados da mesma forma, seguindo diretrizes e melhores práticas.



## Aumentar a Eficiência

As listas de verificação podem melhorar a eficiência dos processos, permitindo que as equipas trabalhem de forma mais organizada e coordenada.



## Facilitar a Comunicação

Ajuda a equipa a comunicar-se de forma mais clara, partilhando informações essenciais para o cuidado do cliente.

(OMS, 2009)

# Etapas

03



## Pré-operatório

Esta etapa ocorre antes do início da cirurgia e envolve a preparação do cliente, da equipa cirúrgica e da sala de cirurgia.



## Intraoperatório

Esta etapa ocorre durante a cirurgia e é crucial para garantir a segurança do cliente durante o procedimento.



## Pós-operatório

Esta etapa ocorre após a cirurgia e envolve a transição do cliente da sala de cirurgia para a sala de recuperação.

(Despacho n.º 1400-A/2015; OMS, 2009)

# Exemplo:

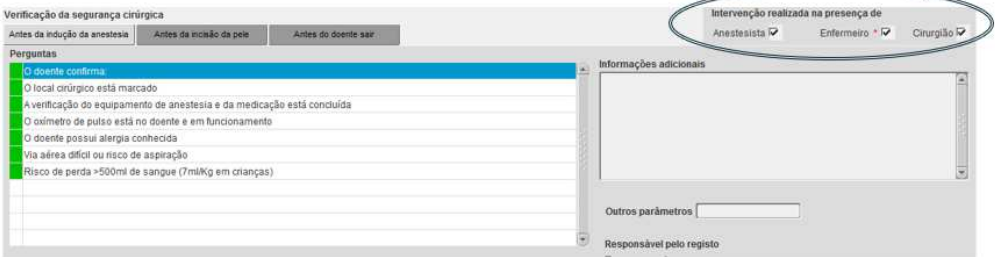
03

Cliente Cirúrgico		Cliente Cirúrgico Emergente	
Identificação	Joaquim Oliveira	Identificação	Maria Oliveira
Pulseira	Sim   Não	Pulseira	Sim   Não
Consentimento	Sim   Não	Consentimento	Sim   Não
Alergias	Sim   Não	Alergias	Sim   Não   N/A
Jejum	Sim   Não	Jejum	Sim   Não   N/A
Adornos/Próteses	Sim   Não	Adornos/Próteses	Sim   Não

# Software Intraoperatório

03

## Cirurgia Segura



# Diretrizes

04

- A OMS fornece orientações globais para a segurança cirúrgica, que incluem a implementação de listas de verificação cirúrgicas.
- A equipa deve utilizar a lista de verificação de segurança cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão na pele e antes do cliente sair da sala de operações.

(Despacho n.º 1400-A/2015;  
OMS, 2009)

# Melhores Práticas

04

## Envolvimento

O processo de criação da lista de verificação deve ser colaborativo, incluindo todos os membros da equipa.

## Adaptação

Considere as especificidades da sua instituição, como os tipos de cirurgias realizadas, equipamentos disponíveis e protocolos já existentes.

## Responsabilidades

Indique claramente quem é responsável por cada verificação na lista de verificação.

## Simplicidade

Mantenha a lista de verificação simples e de fácil compreensão.

## Teste e Treino

Antes de implementar a lista de verificação, teste-a e obtenha *feedback* da equipa cirúrgica. Toda a equipa deve ser treinada para a sua utilização.

## Documentação

Garanta que a lista de verificação seja adequadamente documentada e arquivada para fins de registo e auditoria.

## Melhoria Contínua

05

1. Identificação de Problemas e Falhas
2. Adaptação a Mudanças
3. Aprendizagem com Incidentes
4. Melhoria da Eficiência
5. Garantia de Conformidade
6. Promoção de uma Cultura de Segurança
7. Melhoria da Qualidade dos Cuidados

## Take-Home Messages

06

- A lista de verificação cirúrgica é uma ferramenta essencial para prevenir erros, complicações cirúrgicas e mortes.
- A revisão contínua do processo garante a sua eficácia, adaptando-o às mudanças e identificando áreas de melhoria.
- O doente emergente cirúrgico usufrui do “benefício direto”.

Obrigada





## Apêndice III

Revisão *scoping* “A Importância do Auto-  
Cuidado da Fístula Arteriovenosa no Contexto  
da Hemodiálise”





**CATÓLICA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A IMPORTÂNCIA DO AUTO-CUIDADO DA FÍSTULA  
ARTERIOVENOSA NO CONTEXTO DA HEMODIÁLISE**

**Estudante: Sofia Gomes**

Sob a orientação de Professor Doutor Vasco Neves

**Porto, novembro de 2023**

## Resumo

A fístula arteriovenosa (FAV) desempenha uma função crucial ao fornecer um acesso vascular de confiança e de longa duração durante as sessões de hemodiálise. O autocuidado da FAV revela-se como uma prática essencial no quotidiano destes pacientes e tem um impacto direto na eficácia do tratamento. O presente estudo procura identificar quais os fatores que condicionam o autocuidado adequado da FAV no contexto da hemodiálise, bem como entender o seu impacto na saúde e bem-estar dos pacientes.

Este estudo consistiu numa revisão *scoping* detalhada, que envolveu a análise alargada de estudos existentes relacionados com o autocuidado da FAV. Nos resultados desta revisão é evidente a importância do autocuidado. Contudo, verificam-se falhas em práticas fundamentais, como verificar diariamente o *thrill* da FAV e realizar desinfecções antes e depois da hemodiálise. A equipa de enfermagem desempenhando um papel central no suporte destes pacientes, demonstra que programas educativos têm o potencial para resultarem em melhorias significativas no conhecimento dos pacientes, incentivo ao autocuidado e aumento da qualidade de vida. De facto, é possível melhorar a conscientização dos pacientes e promover práticas de autocuidado através da utilização estratégica de abordagens individualizadas, bem como através da aplicação de recursos visuais, tais quais os vídeos educativos.

A análise dos fatores que apresentam impacto no cuidado pessoal da FAV transcende a gestão adequada das sessões de hemodiálise e pode trazer benefícios significativos à qualidade de vida dos pacientes com doença renal crónica.

## **Abstract**

The arteriovenous fistula (AVF) plays a crucial role in providing reliable and long-lasting vascular access during hemodialysis sessions. Self-care of the AVF proves to be an essential practice in the daily lives of these patients and directly impacts the effectiveness of the treatment. This study aims to identify the factors that influence proper self-care of the AVF in the context of hemodialysis, as well as to understand its impact on the health and well-being of patients.

This study consisted of a detailed scoping review, involving an extensive analysis of existing studies related to AVF self-care. The results of this review highlight the importance of self-care. However, there are shortcomings in fundamental practices, such as daily checking of the AVF thrill and proper disinfection before and after hemodialysis. The nursing team, playing a central role in supporting these patients, demonstrates that educational programs have the potential to result in significant improvements in patient knowledge, encouragement of self-care, and an increase in quality of life. Indeed, it is possible to enhance patient awareness and promote self-care practices through the strategic use of individualized approaches and the application of visual resources, such as educational videos.

The analysis of factors impacting personal care of the AVF goes beyond the proper management of hemodialysis sessions and can bring significant benefits to the quality of life of patients with chronic kidney disease.

# Índice

<b>Resumo.....</b>	<b>1356</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>137</b>
<b>1. Introdução.....</b>	<b>139</b>
<b>2. Metodologia.....</b>	<b>142</b>
<b>3. Resultados e Discussão .....</b>	<b>144</b>
<b>3.1. Autocuidado da fistula .....</b>	<b>146</b>
<b>3.2. Fatores que condicionam o autocuidado do paciente com FAV .....</b>	<b>147</b>
<b>3.3. Programas de intervenção para a promoção do autocuidado .....</b>	<b>149</b>
<b>4. Conclusão.....</b>	<b>151</b>
<b>5. Referências .....</b>	<b>153</b>
<b>Apêndice .....</b>	<b>160</b>

# 1. Introdução

A doença renal crónica representa um processo que induz alterações na estrutura e/ou função dos rins. Esta condição é caracterizada pela irreversibilidade das alterações ocorridas e por uma progressão gradual (Ammirati, 2020; Charles & Ferris, 2020). Os indivíduos diagnosticados com esta doença apresentam uma taxa de filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> por um período igual ou superior a 3 meses, ou uma TFG superior a 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (Ammirati, 2020).

A insuficiência renal crónica em fase terminal representa uma enorme dificuldade para a saúde pública global, transpondo fronteiras geográficas e económico-sociais (Levey et al., 2007). Esta condição afeta cerca de 800 milhões de indivíduos por todo o mundo (Ammirati, 2020) e está muitas vezes associada a países como os Estados Unidos da América e à Europa (Clementi et al., 2021). No entanto, está a aumentar de forma preocupante também nos países em desenvolvimento como Índia, México, Chile, Brasil, diversos países asiáticos, entre outros (Neves et al., 2020). Assim, torna-se fundamental, a adoção de uma abordagem holística e flexível de modo a ultrapassar as dificuldades que surgem na área da patologia renal (Clementi et al., 2021).

Esta doença crónica exige um regime terapêutico complexo, fundamentado nas constantes alterações metabólicas, hidroelectrolíticas e endócrinas às quais o indivíduo está sujeito (Ammirati, 2020; Dąbek et al., 2023). A complexidade das restrições terapêuticas tem um impacto direto na capacidade de gestão da doença, influenciando vários aspetos das atividades diárias dos indivíduos diagnosticados com esta condição, incluindo a vida profissional, as atividades de lazer, o desempenho de papéis familiares e as interações sociais (Baker et al., 2022).

Os indivíduos com insuficiência renal crónica têm a necessidade de adotar uma dieta restritiva, manter um rigoroso controlo hídrico e dedicar atenção especial ao acesso vascular, estando associado a desconfortos físicos e restrições sociais (Dąbek et al., 2023). Além disso, desenvolvem capacidades para a execução de tratamentos como diálise peritoneal, autodiálise ou hemodiálise domiciliária (Honkanen et al., 2002; Meers et al., 1996; Moran, 2007; Pagels et al., 2008).

Na hemodiálise, a seleção adequada do acesso vascular torna-se fundamental para pacientes com insuficiência renal crónica em fase terminal (Santoro et al., 2014). Quando se trata de escolher um tipo de acesso vascular, a opção mais comum é a fístula arteriovenosa (FAV). Isto porque este tipo de abordagem oferece benefícios consideráveis em relação aos outros dois métodos disponíveis – a prótese arteriovenosa ou cateteres venosos centrais (Santoro et al., 2014). Dentro destas vantagens destacam-se um melhor fluxo sanguíneo, uma maior longevidade do dispositivo utilizado para o tratamento médico intravenoso, para além da menor frequência com que ocorrem problemas associados (Santoro et al., 2014). Contudo, a disfunção da FAV surge como uma característica problemática dessa estratégia de tratamento, tendo um impacto considerável na morbilidade e mortalidade dos indivíduos que fazem hemodiálise (Yap et al., 2021).

Diferentes estudos epidemiológicos revelam que a disfunção da FAV pode representar até um terço das hospitalizações, conduzindo a aumentos dos custos financeiros e de recursos humanos (Ibeas et al., 2017; K. Kukita et al., 2015; Lok et al., 2020). Esta realidade destaca a necessidade premente de compreender, prevenir e gerir eficazmente a disfunção da FAV, transcendendo a esfera clínica para mitigar o impacto negativo nos custos e na qualidade de vida dos pacientes.

O autocuidado tem-se destacado cada vez mais na procura pelo bem-estar individual, especialmente quando consideramos a sua aplicação no tratamento do paciente com insuficiência renal crónica (Pessoa et al., 2020). De acordo com Dorothea Orem (2001), o autocuidado consiste numa série de comportamentos que visam atender às necessidades básicas do indivíduo e promover a sua própria segurança, saúde mental e física, sendo que é fundamental que estas atividades sejam realizadas de forma adequada para garantir que tenham os efeitos desejados (Orem, 2001). Contudo, é comum que diversos pacientes não tenham o conhecimento necessário sobre os cuidados indispensáveis para a manutenção da FAV, acabando por executá-los incorretamente. Por isso é imperativo compreender que o autocuidado não pode ser opcional, uma vez que este frequentemente torna-se imprescindível na melhoria da qualidade de vida do paciente. No contexto do autocuidado, as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro em conjunto com a pessoa com doença renal crónica podem desempenhar um papel fundamental na manutenção dos comportamentos de autocuidado (Ozen et al., 2017; Pessoa et al., 2020).

O enfermeiro tem um papel crucial na gestão da doença renal crónica, pois é responsável por proporcionar um apoio alargado e imprescindível aos utentes em todas as fases da sua vida (Ayat Ali et al., 2021; Sturesson & Ziegert, 2014). Além da prestação de cuidados de enfermagem, o papel do enfermeiro é fulcral no suporte do paciente para a manutenção de comportamentos de autocuidado e o fornecimento de orientações educativas (Ayat Ali et al., 2021). De facto, é importante destacar a centralidade na capacitação dos utentes para a autonomia do seu autocuidado onde o enfermeiro oferece informações relevantes sobre a complexidade inerente à condição de doença (Sousa et al., 2015). Também o conhecimento aprofundado sobre as consequências das alterações metabólicas, hidroeletrólíticas e endócrinas relacionadas com a doença é fundamental para permitir ao paciente uma tomada de decisão consciente em relação à sua saúde. Para além disso, o enfermeiro tem um papel central no incentivo ao autocuidado dos pacientes e capacita-os com as competências necessárias para a realização de técnicas terapêuticas no domicílio, tais como a diálise peritoneal (Honkanen et al., 2002; Moran, 2007; Pagels et al., 2008). O impacto positivo destas capacidades transcende a melhoria na qualidade de vida do paciente, sendo fundamental para garantir uma gestão eficiente e duradoura da doença renal crónica. O papel essencial do enfermeiro na promoção do autocuidado envolve não só a gestão diária eficiente da doença renal crónica, mas também a capacidade de indicar medidas preventivas para evitar problemas futuros e melhorar o bem-estar global dos pacientes (Ayat Ali et al., 2021).

O presente trabalho visa identificar os fatores que condicionam o autocuidado da FAV no contexto da hemodiálise e qual o seu impacto na saúde e bem-estar do paciente.

## 2. Metodologia

Durante esta análise *scoping*, adotamos as diretrizes metodológicas estabelecidas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) para a realização de revisões deste tipo, como descrito por Peters et al. (2015). Esta abordagem visa apresentar uma perspectiva global sobre um tópico específico e compreende três fases fundamentais, nomeadamente formulação de perguntas estruturadas, pesquisa de literatura e avaliação crítica dos resultados.

Na perspectiva dos cuidados de enfermagem, estes estudos desempenham um papel fundamental para aumentar o conhecimento, identificar áreas que carecem de mais investigação e destacar a necessidade de futuras avaliações sistematizadas. Os benefícios para a saúde dos utentes podem ser alcançados através deste tipo de análises de modo a melhorar continuamente os cuidados de enfermagem com base em evidências. De facto, estas são fontes preciosas para os profissionais da área da enfermagem, permitindo que tomem decisões fundamentadas cientificamente.

A questão central desta revisão foi formulada com base na estratégia PCC que inclui os seguintes elementos: População (P), os pacientes em hemodiálise; Conceito (C), referente autocuidado; e Contexto (C), que diz respeito à hemodiálise. Assim, a pergunta de pesquisa que orientou o estudo foi: "Quais os fatores que condicionam o autocuidado da fistula arteriovenosa no contexto da hemodiálise e qual o seu impacto na saúde do paciente?" De modo a responder a esta questão, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos seguintes motores de busca: PubMed, Scopus e Web of Science. Todos os artigos publicados entre janeiro de 2013 a novembro de 2023 foram considerados para análise. Ao focar nos últimos 10 anos de estudos, a revisão procura incluir os estudos mais recentes e relevantes, tendo em conta os avanços e as alterações ocorridos na área de investigação. A seleção deste período específico oferece um panorama contemporâneo, permitindo identificar tendências, desenvolvimentos e lacunas no conhecimento científico relacionado com a questão de pesquisa em análise.

A pesquisa foi realizada com base na seguinte frase booleana: Self-Care AND Hemodialysis AND Arteriovenous Fistula. Os artigos que incluímos são originais e apresentam uma abordagem quantitativa ou qualitativa. Todos eles estão escritos em inglês. A seleção dos artigos foi realizada considerando os títulos e resumos que abordavam o conceito de autocuidados à FAV. Na incerteza quanto à importância dos

estudos apenas pelo resumo, realizamos uma análise alargada à totalidade dos artigos incluídos.

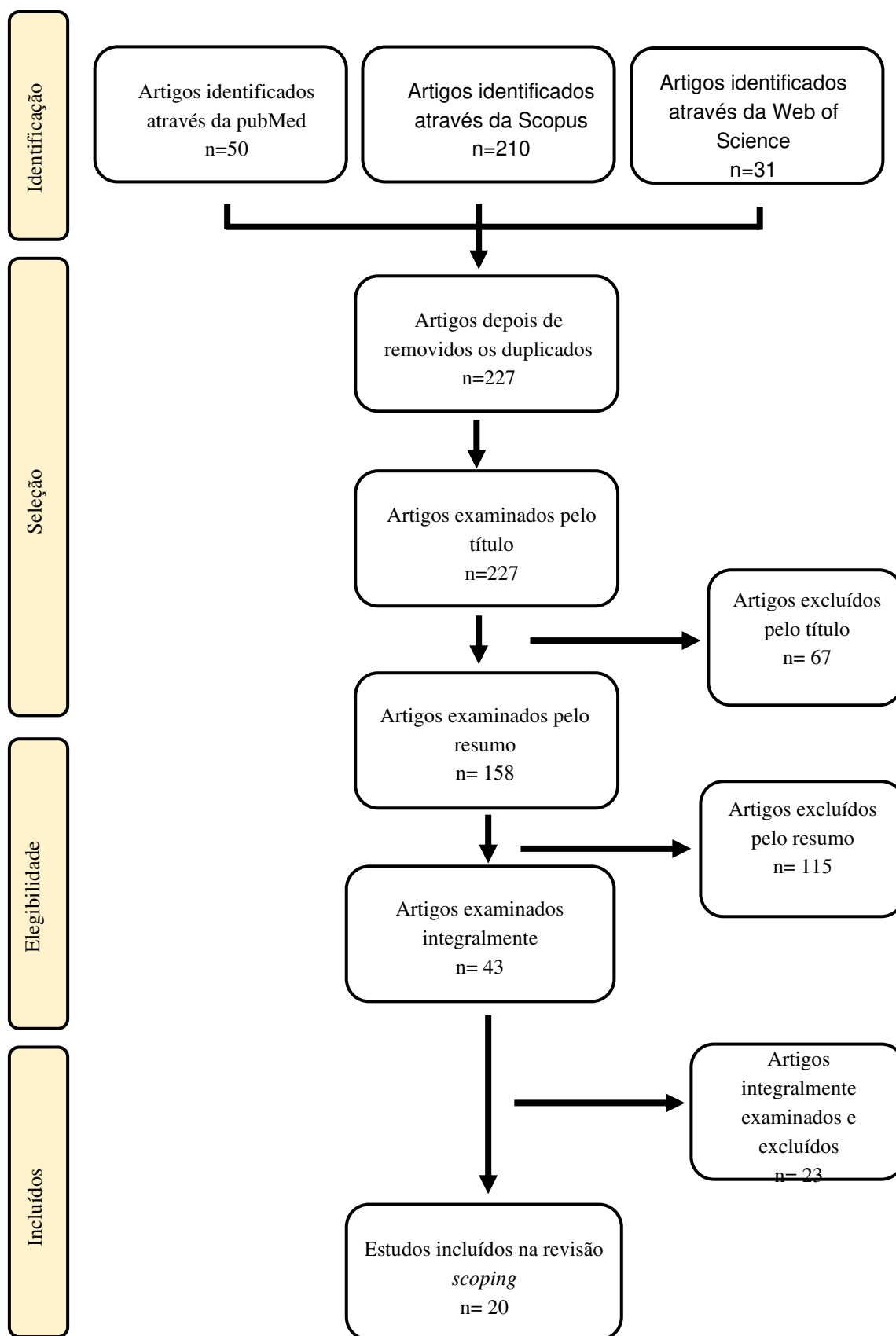
Com o objetivo principal de manter a validade do estudo e evitar repetição desnecessária nos resultados, eliminamos os resumos das conferências e os artigos científicos analíticos (revisões bibliográficas).

As informações relevantes dos artigos foram compiladas no Apêndice 1, onde estão classificadas de acordo com os objetivos propostos pela questão de partida. Nesta tabela é possível verificar quais os autores dos vários artigos assim como seu ano de publicação. Também estão disponíveis informações adicionais como país onde ocorreu a pesquisa objeto do trabalho científico; além disso toda essa informação está acompanhada pelos títulos escolhidos pelos investigadores, metodologia de trabalho, assim como os seus objetivos clarificados nas descrições dadas. Para além disso, são apresentados a população alvo de estudo e os principais resultados.

### 3. Resultados e Discussão

A fístula arteriovenosa é reconhecida como a melhor via de acesso vascular para hemodiálise. O desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenosa permite a manutenção da integridade do acesso e prevenir complicações associadas ao acesso vascular (Hogg et al., 2003; Kazutaka Kukita et al., 2015; Tordoir et al., 2007). Os pacientes com doença renal em estado terminal devem ser educados e treinados para cuidar da sua própria fístula arteriovenosa, com o objetivo de desenvolver comportamentos de autocuidado ao acesso vascular (Sousa et al., 2014; Sousa et al., 2017). Estes pacientes que apresentam comportamentos de autocuidado adequados com a FAV têm uma maior probabilidade de identificar complicações e informar os profissionais de saúde, de modo a realizar um tratamento prontamente.

A presente revisão *scoping* teve como objetivo estudar as práticas de autocuidado na FAV, analisando as suas implicações para o bem-estar individual e organizacional, enquanto identifica e avalia a eficácia das estratégias implementadas pela FAV na promoção de uma cultura de autocuidado. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e Wef of Science e resultou na identificação de um total de 291 artigos (conforme apresentado na Figura 1). Após a verificação de artigos duplicados (n=64), optamos por incluir 227 estudos na nossa análise. Inicialmente, com base na análise dos títulos e resumos, identificamos 43 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Posteriormente, procedemos à leitura integral e análise desses 43 artigos, dos quais apenas 20 preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. Os dados provenientes destes artigos foram resumidos na Tabela 1, que inclui informações como o nome do primeiro autor e o ano de publicação, país de origem, título, tipo de estudo, objetivo, população estudada e os principais resultados obtidos.



**Figura 1.** Diagrama PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

### **3.1. Autocuidado da fistula**

O autocuidado e as atividades humanas estão relacionadas de forma intrínseca, independentemente do indivíduo ser saudável ou com problemas de saúde. Contudo, no que concerne ao paciente, cuidar e gerir a sua condição torna-se fundamental. Particularmente, quanto às doenças crônicas, torna-se ainda mais importante destacar a relevância da prática adequada do autocuidado. Neste contexto, é imprescindível que o paciente participe ativamente deste processo para garantir um melhor controlo e gestão da sua própria condição de saúde Riegel et al. (2012). Alguns estudos têm avaliado se as práticas de autocuidado são comuns entre os pacientes com FAV. De acordo com Rashid et al. (2018), 94% dos pacientes com FAV apresentam um bom conhecimento sobre o autocuidado, sendo que o mesmo foi verificado por Javaid et al. (2018).

No entanto, apesar da importância destas práticas pelos pacientes crônicos, vários estudos têm demonstrado práticas deficitárias ou insuficientes de autocuidado nos indivíduos com patologia renal (Sousa et al., 2020; Sousa et al., 2017; Yang et al., 2019).

De acordo com Sousa et al. (2017, 2020), aproximadamente 71% dos pacientes têm hábitos de autocuidado com a FAV. Um outro estudo constatou que aproximadamente 70% dos pacientes apresentavam comportamentos de autocuidado baixos ou moderados relativos à FAV (Yang et al., 2019). Por outro lado, um estudo conduzido por Bulbul et al. (2022) apresentou uma taxa de 83,96% de bons de comportamentos de autocuidado relacionados com a FAV. Do mesmo modo, Rashid et al. (2018) também aferiu que 99% dos pacientes demonstraram boas práticas em relação ao cuidado do acesso vascular. Estas diferenças entre estudos realizados em instituições distintas destaca a complexidade desta dinâmica. Estas diferenças podem ser o reflexo das diferenças nas amostras estudadas, métodos de avaliação do autocuidado, e variações nas práticas de assistência dos profissionais de saúde nas diferentes instituições.

Segundo Yang et al. (2019), os comportamentos de autocuidado mais frequentemente identificados são a proteção do braço do lado da fístula contra impactos (91,2% dos pacientes). Por outro lado, alguns dos comportamentos menos frequentemente realizados indicados pelo estudo de Yang et al. (2019) incluem a verificação diária da coloração da pele e das unhas no lado da fístula, se a mão do braço da fístula se apresenta fria, manter o braço da fístula aquecido, aplicar pomada se um hematoma surgisse e observar se os

locais de punção ficavam vermelhos e inchados. Segundo o estudo de Rashid et al. (2018), as práticas de autocuidado, como a verificação diária do *thrill* da FAV, a lavagem do local da FAV antes da hemodiálise e a desinfecção pré- e pós-hemodiálise, são alguns dos autocuidados menos praticados dentro do grupo de estudo destes autores (Rashid et al., 2018). O mesmo foi verificado por um trabalho conduzido por (Javaid et al., 2018). As razões subjacentes a estes comportamentos menos frequentes podem estar relacionadas com a falha da comunicação dos profissionais de saúde e os utentes, ou pela falta de entendimento das complicações que podem surgir associadas aos baixos níveis de autocuidado. Assim, é evidente a necessidade constante dos profissionais da área de saúde conscientizarem os pacientes sobre a importância destas práticas de modo a evitar as complicações relacionadas com a FAV.

### **3.2. Fatores que condicionam o autocuidado do paciente com FAV**

A qualidade de vida dos pacientes com falência renal pode ser afetada por várias condicionantes impostas na sua vida, nomeadamente restrições hídricas e alimentares, limitações impostas pelo tratamento, tempo dedicado ao tratamento, alteração da imagem corporal relacionada com o acesso vascular e o seu crescimento, o estigma associado aos tratamentos, o autocuidado e a esperança do transplante renal (Abreu et al., 2014). A compreensão destes desafios é fundamental, especialmente quando se tem em conta que estas restrições podem influenciar a adesão às práticas de autocuidado. No contexto dos grupos mais jovens, como os adolescentes, a prática de hemodialise pode estar associada frequentemente a um sentimento de escravidão da mesma (Morales Viana & Castillo-Espitia, 2023). Contudo, este mesmo grupo etário também compreende que a diálise é a sua única opção de permanecerem vivos, pelo que tentam seguir as várias recomendações dos profissionais de saúde, inclusive as práticas de autocuidado (Morales Viana & Castillo-Espitia, 2023). O equilíbrio na aceitação do tratamento de hemodiálise como a única opção vital com os desafios emocionais inerentes a este processo é uma dimensão crítica do cuidado destes jovens pacientes.

O autocuidado dos pacientes com falência renal apresenta um impacto significativo na vida dos mesmos (tanto homens como mulheres). As práticas de autocuidado mais elevadas estão associadas a uma maior qualidade de vida em termos de funcionalidade física e fadiga/energia (Lerma et al., 2021). Para além disso este tipo de práticas são mais frequentes em indivíduos do sexo feminino, com rins poliquísticos, com outras

complicações renais e pela duração da FAV (Sousa et al., 2017). Estas diferenças entre sexos destaca a necessidade de uma abordagem personalizada, reconhecendo as nuances individuais que moldam o autocuidado. Por outro lado, a presença de FAVs anteriores, assim como informações facultadas pelo médico referente à fístula parecem ter um impacto negativo no autocuidado (Sousa et al., 2017), o que sublinha a importância da comunicação eficaz na promoção do autocuidado.

Um estudo mais recente realizado por Sousa et al. (2022) demonstrou que um dos fatores com impacto na gestão de sinais e sintomas no autocuidado é a localização geográfica dos pacientes. Por exemplo, regiões que apresentem uma maior incidência de indivíduos com menor escolaridade e com maiores taxas de abandono escolar, pode justificar a falta de percepção da importância do autocuidado da FAV. A relação entre a localização geográfica e as práticas de autocuidado, destaca a necessidade de estratégias específicas em contextos socioeconómicos distintos. Quanto à prevenção de complicações, os níveis de autocuidado foram negativamente afetados pela idade e estado civil, mas foram positivamente influenciados pelo estado civil, emprego, etiologia da doença renal crónica, duração da FAV e experiência prévia com FAV. De modo semelhante, também um estudo conduzido por Bulbul et al. (2022) demonstrou que a idade, a escolaridade, a alfabetização em saúde e a capacidade de autocuidado são fatores que afetam os comportamentos de autocuidado associados à FAV. O mesmo foi verificado por Kim and Cho (2021), sendo que estes verificaram ainda que o comportamento de autocuidado está positivamente correlacionado com a adesão ao tratamento e o apoio social. Para além disso, também o conhecimento, a depressão e a capacidade física dos pacientes têm impacto nas práticas de autocuidado (Hafezieh et al., 2020; Li et al., 2014). O impacto dos fatores sociodemográficos nas práticas de autocuidado realça a necessidade de intervenções que abordem não só aspetos clínicos, mas também questões sociais e de educação para a promoção do autocuidado.

Um estudo que analisou indivíduos que apresentam "autocuidado moderado" e "autocuidado elevado" demonstrou que o perfil de "autocuidado moderado" é composto principalmente por pacientes do sexo masculino, com nível de educação mais elevado, empregados, com tempo de diálise mais curto, duração de FAV mais curta e que recebem com menor frequência informações sobre o cuidado com a FAV pelo nefrologista (Sousa et al., 2020). Por outro lado, o perfil de "autocuidado elevado" é predominantemente composto por pacientes do sexo feminino, com nível de educação mais baixo,

reformados, com tempo de diálise mais longo, duração de FAV mais prolongada e que recebem informações, com maior frequência, sobre o cuidado com a FAV pelo nefrologista (Sousa et al., 2020). A diferenciação entre os perfis de autocuidado fornece informações valiosas para a criação de estratégias direcionadas. A compreensão de que diferentes grupos de pacientes podem responder de forma distinta ao autocuidado destaca a importância de uma abordagem personalizada e centrada no paciente. Apesar destas informações importantes, são necessários mais estudos de modo a identificar de forma precisa os perfis de comportamento de autocuidado.

### **3.3. Programas de intervenção para a promoção do autocuidado**

As normas europeias para a prática da enfermagem em nefrologia estabelecem que uma das responsabilidades principais do enfermeiro especializado nesta área é prestar assistência ao paciente e à sua família durante todo o processo adaptativo associado à doença renal. Neste sentido, o profissional de saúde tem como função estimular os pacientes no desenvolvimento da sua capacidade de autocuidado enquanto também os apoia a alcançarem um nível ótimo de bem-estar físico e emocional, assim como a sua independência (Woodcock, 1999). De facto, a enfermagem personalizada pode reduzir a incidência de complicações, melhorar a adesão ao tratamento e as capacidades de autocuidado dos pacientes, para praticas de autogestão eficazes, e melhorar a sua qualidade de vida (Chen et al., 2021).

A implementação de programas educativos no contexto da hemodiálise tem demonstrado ter impactos positivos no autocuidado da FAV (Dorough et al., 2021; Fadlalmola & Elkareem, 2020; Hemmati Maslakkpak & Shams, 2015; Liu et al., 2016; Şahan et al., 2023; Sousa et al., 2021). Um programa educativo sobre hemodiálise implementado por Fadlalmola and Elkareem (2020) obteve resultados positivos, aumentando o conhecimento sobre hemodiálise e proporcionando benefícios significativos na saúde e bem-estar dos pacientes. Os principais tópicos abordados incluíram orientações sobre os cuidados necessários no acesso vascular durante as sessões de hemodiálise, potenciais complicações decorrentes desse procedimento, restrições alimentares relacionadas com os recursos oferecidos pela dieta durante o tratamento, controlo adequado da ingestão líquida com base nas necessidades individuais e tipos comuns de medicação prescrita para ajudar na gestão dessa condição específica (Fadlalmola & Elkareem, 2020). Um outro programa de educação conhecimento-atitude-comportamento desenvolvido por Liu et al.

(2016) para pacientes em hemodiálise demonstrou uma melhoria dos comportamentos de autocuidado, após intervenção. Neste estudo foi implementada uma intervenção estruturada com o objetivo de identificar os estilos de aprendizagem dos utentes através do uso de diferentes estratégias como: textos escritos, recurso a meios de audiovisual em que todos apresentaram resultados positivos no auxílio do desenvolvimento de competências específicas para que o utente tenha capacidade no seu autocuidado com a FAV (Sousa et al., 2021). De facto, os resultados deste estudo demonstraram que os pacientes submetidos à intervenção apresentaram melhores comportamentos de autocuidado e, conseqüentemente, tornaram-se mais cuidadosos na identificação de possíveis problemas com a FAV, não tendo sido reportados casos de infeção e trombose associada associados ao grupo intervencionado (Sousa et al., 2021). A abordagem personalizada reconhece a diversidade entre os pacientes e a necessidade de estratégias educativas adaptadas. A associação entre a individualização da intervenção e as melhorias nos comportamentos de autocuidado destaca a importância de considerar não apenas o que é ensinado, mas também como é ensinado, garantindo uma compreensão eficaz e a aplicação prática do conhecimento adquirido pelos pacientes.

Os vídeos educativos têm surgido como uma modalidade promissora, proporcionando uma abordagem visual que pode ser mais memorável e instrutiva do que a educação verbal tradicional (Dorough et al., 2021; Hemmati Maslakpak & Shams, 2015; Şahan et al., 2023). De facto, o desenvolvimento destes materiais parece promissor na melhoria da compreensão do acesso vascular entre os pacientes (Dorough et al., 2021). Para além disso, a educação baseada em vídeo parece ser mais memorável e instrutiva do que a educação verbal, apresentando um maior nível de sucesso no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado (Şahan et al., 2023). Conseqüentemente, este tipo de intervenção está associada a uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise (Hemmati Maslakpak & Shams, 2015).

Assim, estas iniciativas não se limitam apenas à disseminação de informações, mas estão intrinsecamente ligadas à autonomia do paciente e à promoção de uma abordagem centrada na pessoa. Ao capacitar os utentes com conhecimento e capacidades de autocuidado, a enfermagem especializada melhora a qualidade de vida e contribui significativamente para uma experiência de tratamento mais positiva e participativa da pessoa.

## 4. Conclusão

A FAV representa um elemento fundamental no processo de hemodiálise, proporcionando um acesso vascular duradouro para a terapia renal de substituição em pacientes com insuficiência renal crónica. Dada a sua importância para o sucesso da hemodiálise, o autocuidado desta estrutura é imperativo no quotidiano desta população. No entanto, apesar da importância destes cuidados pessoais, alguns estudos indicam que certas práticas fundamentais de autocuidado com a FAV podem não ser tão prevalentes quanto seria desejável. Particularmente, a verificação diária do "thrill" da FAV, a lavagem adequada do local da FAV antes da sessão de hemodiálise, e a desinfeção pré e pós-hemodiálise são identificadas como práticas de autocuidado menos praticadas dentro do grupo de estudo destes autores. Assim, a promoção destas práticas entre os utentes é fundamental para melhorar a eficácia global do tratamento de hemodiálise.

A equipa de enfermagem tem um papel impreterível em nefrologia para fornecer um cuidado personalizado essencial no suporte aos pacientes que sofrem de insuficiência renal. Vários estudos sugerem que a adoção de programas educativos conduz a resultados reais na melhoria do conhecimento dos pacientes, na promoção do autocuidado e no aumento da qualidade de vida. Diferentes estilos de aprendizagem e o uso de intervenções individualizadas são abordagens que podem contribuir para a melhoria do autocuidado dos pacientes com FAV. Além disso, a utilização de recursos visuais no contexto educativo, incluindo vídeos didáticos e informativos, realça o grande potencial para elevar o nível da conscientização dos pacientes e estimular práticas de autocuidado.

O presente estudo identifica diversas restrições que devem ser consideradas. A generalização dos resultados nos diversos estudos pode ser influenciada pela heterogeneidade nas populações de pacientes, nas configurações de cuidados de saúde e, ademais, pelos matizes culturais. Em alguns estudos, a duração do acompanhamento pode não refletir de forma adequada a sustentabilidade duradoura das melhorias nos comportamentos de autocuidado. A qualidade e intensidade das intervenções educativas podem variar, o que pode ter impacto na sua eficácia.

Apesar das limitações, o estudo proporciona fundamentos para possíveis direções futuras na investigação. Primeiramente, é fundamental realizar investigações mais abrangentes que sejam multicêntricas com o intuito de melhorar a generalização e solidez dos

resultados. Como ponto adicional, torna-se indispensável realizar trabalhos de investigação contínuos e extensivos para avaliar o quão estáveis são as melhorias verificadas nos comportamentos autónomos. Outro ponto relevante é que a adoção de tecnologias avançadas e plataformas inovadoras nas intervenções educativas de modo a conduzir a melhorias significativas em termos da participação ativa dos pacientes no processo aprendizagem, nomeadamente a inclusão de aplicações móveis ou até mesmo ambientes virtuais.

## 5. Referências

- Abreu, I. S., Kourrouski, M. F. C., Santos, D. M. d. S. S. d., Bullinger, M., Nascimento, L. C., Lima, R. A. G. d., & Santos, C. B. d. (2014). Children and adolescents on hemodialysis: attributes associated with quality of life. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 602-609. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400005>
- Ammirati, A. L. (2020, Jan 13). Chronic Kidney Disease. *Rev Assoc Med Bras (1992)*, 66Suppl 1(Suppl 1), s03-s09. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.3>
- Ayat Ali, A. S., Lim, S. K., Tang, L. Y., Rashid, A. A., & Chew, B.-H. (2021). The effectiveness of nurse-led self-management support program for people with chronic kidney disease stage 3-4 (CKD-NLSM): Study protocol for a randomized controlled trial. *Science Progress*, 104(2), 00368504211026159. <https://doi.org/10.1177/00368504211026159>
- Baker, L. A., March, D. S., Wilkinson, T. J., Billany, R. E., Bishop, N. C., Castle, E. M., Chilcot, J., Davies, M. D., Graham-Brown, M. P. M., Greenwood, S. A., Junglee, N. A., Kanavaki, A. M., Lightfoot, C. J., Macdonald, J. H., Rossetti, G. M. K., Smith, A. C., & Burton, J. O. (2022, 2022/02/22). Clinical practice guideline exercise and lifestyle in chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, 23(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02618-1>
- Bulbul, E., Yildiz Ayvaz, M., Yeni, T., Turen, S., & Efil, S. (2022). Arteriovenous fistula self-care behaviors in patients receiving hemodialysis treatment: Association with health literacy and self-care agency. *The Journal of Vascular Access*, 0(0), 11297298221086180. <https://doi.org/10.1177/11297298221086180>
- Charles, C., & Ferris, A. H. (2020, Dec). Chronic Kidney Disease. *Prim Care*, 47(4), 585-595. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.08.001>
- Chen, J., Zhou, M., Zeng, K., Zhang, X., Yang, X., He, L., & Pan, X. (2021). The risk factors of autogenous arteriovenous fistula dysfunction in maintenance hemodialysis patients and the curative effect of personalized nursing. *Am J Transl Res*, 13(5), 5107-5116.

- 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/https://doi.org/10.1111/1744-9987.13556>
- Dąbek, B., Dybiec, J., Frąk, W., Fularski, P., Lisińska, W., Radzioch, E., Młynarska, E., Rysz, J., & Franczyk, B. (2023, Oct 11). Novel Therapeutic Approaches in the Management of Chronic Kidney Disease. *Biomedicines*, 11(10). <https://doi.org/10.3390/biomedicines11102746>
- Dorough, A., Narendra, J. H., Wilkie, C., Hegde, A., Swain, K., Chang, E. H., Oliver, T., & Flythe, J. E. (2021, Jul 29). Stakeholder-Guided Development of Dialysis Vascular Access Education Materials. *Kidney360*, 2(7), 1115-1123. <https://doi.org/10.34067/kid.0002382021>
- Fadlalmola, H. A., & Elkareem, E. M. A. (2020, 2020/01/01/). Impact of an educational program on knowledge and quality of life among hemodialysis patients in Khartoum state. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 12, 100205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100205>
- Hafezieh, A., Dehghan, M., Taebi, M., & Iranmanesh, S. (2020, Mar). Self-management, self-efficacy and knowledge among patients under haemodialysis: a case in Iran. *J Res Nurs*, 25(2), 128-138. <https://doi.org/10.1177/1744987120904770>
- Hemmati Maslakpak, M., & Shams, S. (2015, Jul). A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 3(3), 234-243.
- Hogg, R. J., Furth, S., Lemley, K. V., Portman, R., Schwartz, G. J., Coresh, J., Balk, E., Lau, J., Levin, A., & Kausz, A. T. (2003). National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative clinical practice guidelines for chronic kidney disease in children and adolescents: evaluation, classification, and stratification. *Pediatrics*, 111(6), 1416-1421.
- Honkanen, E., Muroma-Karttunen, R., Taponen, R. M., & Grönhagen-Riska, C. (2002). Starting a home hemodialysis program: single center experiences. *Scand J Urol Nephrol*, 36(2), 137-144. <https://doi.org/10.1080/003655902753679445>

- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., del Pozo, J. L., Gruss, E., de Arellano, M. R., Fontseré, N., Arenas, M. D., Merino, J. L., García-Revilla, J., Caro, P., López-Espada, C., Giménez-Gaibar, A., Fernández-Lucas, M., Valdés, P., Fernández-Quesada, F., de la Fuente, N., Hernán, D., Arribas, P., de la Nieta, M. D. S., Martínez, M. T., & Barba, Á. (2017, 2017/01/01/). Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. *Nefrología (English Edition)*, 37, 1-191. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2013-2514\(19\)30100-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2013-2514(19)30100-2)
- Javaid, M., Nusrat, K., & Waseem, B. (2018). A QUANTITATIVE RESEARCH TO ASSESS THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE ABOUT THE SELF-CARE OF ARTERIOVENOUS FISTULA (AVF). *INDO AMERICAN JOURNAL OF PHARMACEUTICAL SCIENCES*, 5(12), 15587-15594. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.2028050>
- Kim, H., & Cho, M.-K. (2021). Factors Influencing Self-Care Behavior and Treatment Adherence in Hemodialysis Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12934. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/12934>
- Kukita, K., Ohira, S., Amano, I., Naito, H., Azuma, N., Ikeda, K., Kanno, Y., Satou, T., Sakai, S., & Sugimoto, T. (2015). 2011 update Japanese society for dialysis therapy guidelines of vascular access construction and repair for chronic hemodialysis. *Therapeutic apheresis and dialysis: official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy*, 19, 1-39.
- Kukita, K., Ohira, S., Amano, I., Naito, H., Azuma, N., Ikeda, K., Kanno, Y., Satou, T., Sakai, S., Sugimoto, T., Takemoto, Y., Haruguchi, H., Minakuchi, J., Miyata, A., Murotani, N., Hirakata, H., Tomo, T., & Akizawa, T. (2015, Mar). 2011 update Japanese Society for Dialysis Therapy Guidelines of Vascular Access Construction and Repair for Chronic Hemodialysis. *Ther Apher Dial*, 19 Suppl 1, 1-39. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12296>
- Lerma, C., Lima-Zapata, L. I., Amaya-Aguilar, J. A., Leonardo-Cruz, I., Lazo-Sánchez, M., Bermúdez, L. A., Pérez-Grovas, H., Lerma, A., & Cadena-Estrada, J. C.

- (2021, Dec 10). Gender-Specific Differences in Self-Care, Treatment-Related Symptoms, and Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Int J Environ Res Public Health*, 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413022>
- Levey, A. S., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E. P., Collins, A. J., Eckardt, K. U., Nahas, M. E., Jaber, B. L., Jadoul, M., Levin, A., Powe, N. R., Rossert, J., Wheeler, D. C., Lameire, N., & Eknoyan, G. (2007, Aug). Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int*, 72(3), 247-259. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002343>
- Li, H., Jiang, Y. F., & Lin, C. C. (2014, Feb). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *Int J Nurs Stud*, 51(2), 208-216. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.012>
- Liu, L., Liu, Y. P., Wang, J., An, L. W., & Jiao, J. M. (2016, Jun). Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial. *J Int Med Res*, 44(3), 557-568. <https://doi.org/10.1177/0300060515604980>
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020, Apr). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis*, 75(4 Suppl 2), S1-s164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Meers, C., Singer, M. A., Toffelmire, E. B., Hopman, W., McMurray, M., Morton, A. R., & MacKenzie, T. A. (1996, Jun). Self-delivery of hemodialysis care: a therapy in itself. *Am J Kidney Dis*, 27(6), 844-847. [https://doi.org/10.1016/s0272-6386\(96\)90522-3](https://doi.org/10.1016/s0272-6386(96)90522-3)
- Morales Viana, L. C., & Castillo-Espitia, E. (2023, Dec). Taking care of myself in a different and broken world: self-care practices of adolescents on dialysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 18(1), 2171562. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2171562>

- Moran, J. (2007, Jul). The resurgence of home dialysis therapies. *Adv Chronic Kidney Dis*, 14(3), 284-289. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.03.005>
- Neves, P., Sesso, R., Thomé, F., Lugon, J., & Nasicmento, M. (2020, May 20). Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *J Bras Nefrol*, 42(2), 191-200. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0234>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6 ed.). Mosby Year Book Inc.
- Ozen, N., Tosun, N., Cinar, F. I., Bagcivan, G., Yilmaz, M. I., Askin, D., Mut, D., Ozen, V., Yenicesu, M., & Zajm, E. (2017, Jan 18). 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>
- Pagels, A. A., Wång, M., & Wengström, Y. (2008, May-Jun). The impact of a nurse-led clinic on self-care ability, disease-specific knowledge, and home dialysis modality. *Nephrol Nurs J*, 35(3), 242-248.
- Pessoa, N. R., Souza Soares Lima, L. H., Santos, G. A., Frazão, C. M. F., Sousa, C. N., & Ramos, V. P. (2020, Jul 10). Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. *Int J Nurs Sci*, 7(3), 369-377. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBIC Evidence Implementation*, 13(3). [https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2015/09000/guidance\\_for\\_conducting\\_systematic\\_scoping\\_reviews.5.aspx](https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2015/09000/guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx)
- Rashid, N., Aamer, M., Malik, U., Arif, N., Akram, M. W., & Irshad, A. (2018). Arteriovenous Fistula (AVF) Self-Care: A Study at a Tertiary Care Hospital in Lahore, Pakistan. *Annals of King Edward Medical University*, 24(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.21649/akemu.v24i1.2344>

- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012, Jul-Sep). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Şahan, S., Yıldız, A., Özdemir, C., & Günay İsmailoğlu, E. (2023, Dec). The effect of video-based fistula care education on hemodialysis patients' self-care behaviors: A randomized controlled study. *Ther Apher Dial*, 27(6), 1095-1102. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.14058>
- Santoro, D., Benedetto, F., Mondello, P., Pipitò, N., Barillà, D., Spinelli, F., Ricciardi, C. A., Cernaro, V., & Buemi, M. (2014). Vascular access for hemodialysis: current perspectives. *Int J Nephrol Renovasc Dis*, 7, 281-294. <https://doi.org/10.2147/ijnrd.S46643>
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Dias, V. F., Teles, P., & Martins, M. M. (2015, Apr). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodial Int*, 19(2), 306-313. <https://doi.org/10.1111/hdi.12249>
- Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., & Dias, V. F. (2014, Jul). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *J Clin Nurs*, 23(13-14), 1796-1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.12207>
- Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N., Dias, V. F. F., & Novais, M. (2020, Jul). Self-Care Behavior Profiles With Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. *Clin Nurs Res*, 29(6), 363-367. <https://doi.org/10.1177/1054773818787110>
- 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. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 21(2), 195-199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1744-9987.12522>
- Sousa, C. N., Paquete, A. R. C., Teles, P., Pinto, C., Dias, V. F. F., Ribeiro, O., Manzini, C. S. S., Nicole, A. G., Souza, L. H., & Ozen, N. (2021, Jul). Investigating the Effect of a Structured Intervention on the Development of Self-Care Behaviors With Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. *Clin Nurs Res*, 30(6), 866-874. <https://doi.org/10.1177/1054773820974834>

- Sousa, C. N., Teles, P., Paquete, A. R. C., Dias, V. F. F., Manzini, C. S. S., Nicole, A. G., Sousa, R., de Souza, L. H., Ribeiro, O., Lira, M. N., de Queiroz Frazão, C. M. F., Ramos, V. P., Leal, L., Ribeiro, R., Magalhães, A. L. P., de Sá Basílio Lins, S. M., Mendonça, A. E. O., Delgado, M. F., Pressi, M. M. T., Pressi, N. T., Campos, L., Campos, T., Gonçalves, D., Ribeiro, E., & Ozen, N. (2022, Oct). Effects of demographic and clinical character on differences in self-care behavior levels with arteriovenous fistula by hemodialysis patients: An ordinal logistic regression approach. *Ther Apher Dial*, 26(5), 992-998. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.13788>
- Sturesson, A., & Ziegert, K. (2014). Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9, 22952. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22952>
- Tordoir, J., Canaud, B., Haage, P., Konner, K., Basci, A., Fouque, D., Kooman, J., Martin-Malo, A., Pedrini, L., & Pizzarelli, F. (2007). EBPG on vascular access. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(suppl\_2), ii88-ii117.
- Woodcock, S. (1999). Por qué se centran las enfermeras que trabajan en centro de HD en temas de cumplimiento. *Journal of Renal Care*, 1, 30-32.
- Yang, M. M., Zhao, H. H., Ding, X. Q., Zhu, G. H., Yang, Z. H., Ding, L., Yang, X. H., Zhao, Y., Chen, L., Yang, R. M., Fang, J., & Sousa, C. N. (2019, Apr). Self-Care Behavior of Hemodialysis Patients With Arteriovenous Fistula in China: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Ther Apher Dial*, 23(2), 167-172. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12770>
- Yap, Y. S., Chi, W. C., Lin, C. H., Liu, Y. C., & Wu, Y. W. (2021, Mar 11). Association of early failure of arteriovenous fistula with mortality in hemodialysis patients. *Sci Rep*, 11(1), 5699. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85267-6>

## Apêndice

**Tabela Suplementar 1.** Tabela de evidências.

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Sousa <i>et al.</i> 2020	Portugal	Perfis de comportamento de autocuidado com fístula arteriovenosa em pacientes em hemodiálise	Estudo prospetivo e estudo observacional	Identificar perfis de comportamento de autocuidado de pacientes em hemodiálise.	Pacientes em hemodiálise com Fístula Arteriovenosa (FAV)	Os perfis de "auto-cuidado moderado" e "auto-cuidado elevado" apresentam diferenças significativas em relação ao género, nível de educação, emprego, tempo de diálise, duração da FAV e práticas de cuidado associadas.
Sousa <i>et al.</i> 2017	Portugal	Autocuidado na hemodiálise: comportamentos com a fístula arteriovenosa	Estudo prospetivo e estudo observacional	Avaliar a frequência do autocuidado da FAV e os fatores que influenciaram essa frequência.	Pacientes com doença renal terminal com FAV	Comportamentos de autocuidado influenciados positivamente pelo sexo (feminino), etiologia da doença renal terminal, duração da FAV e negativamente pela existência de FAV prévia e profissional de saúde (médico).
Yang <i>et al.</i> 2019	China	Comportamento de autocuidado de pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa na China: um estudo multicêntrico transversal	Estudo multicêntrico transversal	Avaliar o comportamento de autocuidado de pacientes chineses em hemodiálise com FAV.	Pacientes em hemodiálise com FAV	Cerca de 69,9% dos pacientes com FAV apresentam níveis baixos ou moderados de comportamentos de autocuidado.
Sousa <i>et al.</i> 2021	Portugal	Investigação do efeito de uma intervenção estruturada no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com fístula arteriovenosa em pacientes em hemodiálise	Estudo observacional	Avaliar a efetividade de uma intervenção estruturada sobre a frequência de comportamentos de autocuidado com FAV.	Pacientes em hemodiálise com FAV	A intervenção estruturada sobre autocuidado com FAV apresentou resultados positivos.
Sousa <i>et al.</i> 2022	Portugal	Efeitos do caráter demográfico e clínico nas diferenças nos níveis de comportamento de autocuidado com fístula arteriovenosa por	Estudo transversal	Identificar os fatores que afetam os níveis de comportamento de autocuidado com FAV.	Pacientes em hemodiálise com FAV	Os níveis de autocuidado foram afetados negativamente pela localização dos pacientes e positivamente afetados pelo estado

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
		pacientes em hemodiálise: uma abordagem de regressão logística ordinal				civil, escolaridade, emprego, duração da FAV e ausência de complicações com a FAV.
Chen <i>et al.</i> 2021	China	Os fatores de risco da disfunção da fístula arteriovenosa autógena em pacientes em hemodiálise de manutenção e o efeito curativo da enfermagem personalizada	Estudo observacional	Explorar o efeito da intervenção de enfermagem individualizada na disfunção da FAV e os fatores de risco que levam a falhas em pacientes em hemodiálise de manutenção.	Pacientes em hemodiálise com FAV	A enfermagem personalizada pode reduzir a incidência de complicações, melhorar a adesão ao tratamento e as capacidades de autocuidado dos pacientes, além de melhorar a sua qualidade de vida.
Dorough <i>et al.</i> 2021	EUA	Desenvolvimento guiado pelas partes interessadas de materiais educativos sobre acesso vascular para diálise.	Estudo observacional	Desenvolver um vídeo de 15 minutos para comunicar informações necessárias ao paciente.	Pacientes em hemodiálise, com transplante ou doença crônica renal	Os materiais são promissores para melhorar a compreensão do acesso vascular entre os pacientes.
Bulbul <i>et al.</i> 2022	Turquia	Comportamentos de autocuidado de fístula arteriovenosa em pacientes em tratamento de hemodiálise: associação com alfabetização em saúde e agência de autocuidado	Estudo descritivo-correlacional	Determinar os comportamentos de autocuidado relacionados com a FAV de pacientes em tratamento crônico de hemodiálise e a relação entre esses comportamentos e os seus níveis de alfabetização em saúde e agência de autocuidado.	Pacientes em hemodiálise com FAV	Idade, escolaridade, alfabetização em saúde e capacidade de autocuidado foram identificados como fatores que afetam os comportamentos de autocuidado relacionados à FAV.
Rashid <i>et al.</i> 2018	Paquistão	Autocuidado de fístula arteriovenosa (FAV): um estudo em um hospital terciário em Lahore, Paquistão	Estudo transversal comparativo	Avaliar o conhecimento, atitude e prática (CAP) sobre o autocuidado do local de acesso da FAV entre pacientes com doença renal terminal em hemodiálise de manutenção.	Pacientes com doença renal terminal em hemodiálise de manutenção	94% dos pacientes tinham bom conhecimento sobre o autocuidado da FAV e 99% tinham boas práticas sobre os cuidados com o acesso à FAV.

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Javaid <i>et al.</i> 2018	Paquistão	Uma investigação quantitativa para avaliar o conhecimento, atitude e prática sobre o autocuidado da fístula arteriovenosa (FAV)	Estudo transversal	Avaliar o conhecimento, comportamentos e prática em relação à autoajuda do centro de FAV em pacientes com doença renal em estágio final em hemodiálise de manutenção.	Pacientes com doença renal terminal em hemodiálise de manutenção	99% dos pacientes tiveram uma boa atitude em relação ao centro de FAV e 94% tiveram informações adequadas sobre a autoajuda da FAV.
Viana e Castillo-Espitia 2023	Colômbia	O meu autocuidado num mundo diferente e fragmentado: práticas de autocuidado de adolescentes em diálise	Estudo de fenomenologia interpretativa	Descrever as práticas de autocuidado dos adolescentes quando estão em diálise	Adolescentes em diálise	Os adolescentes procuraram cuidar de si adequando as suas atividades de cuidado às recomendações da equipa de saúde.
Lerma <i>et al.</i> 2021	México	Diferenças específicas de género no autocuidado, sintomas relacionados com o tratamento e qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise	Estudo descritivo-correlacional	Avaliar as diferenças de género no autocuidado, nos sintomas de hemodiálise e na qualidade de vida	Pacientes com insuficiência renal	As mulheres com insuficiência renal tratadas com hemodiálise relataram menor qualidade de vida do que os homens.
Şahan <i>et al.</i> 2023	Turquia	O efeito da educação sobre cuidados com fístulas baseada em vídeo nos comportamentos de autocuidado de pacientes em hemodiálise: um estudo randomizado e controlado	Estudo randomizado e controlado	Determinar o efeito da educação presencial e baseada em vídeo para o cuidado da fístula nos comportamentos de autocuidado dos pacientes em hemodiálise.	Pacientes em hemodiálise	A educação baseada em vídeo foi mais memorável e instrutiva do que a educação verbal.  Observou-se que a educação baseada em vídeo apresentou maior nível de sucesso no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado.
Kim e Cho 2021	Coreia do Sul	Fatores que influenciam o comportamento de autocuidado e a adesão ao tratamento em pacientes em hemodiálise	Estudo descritivo-correlacional	Identificar os fatores que influenciam o comportamento de autocuidado e a adesão ao tratamento e examinar o efeito mediador da adesão ao tratamento no comportamento de autocuidado.	Pacientes em hemodiálise	O comportamento de autocuidado variou com a escolaridade, a educação sobre o comportamento de autocuidado e o apoio social, tendo sido positivamente correlacionado com a adesão ao tratamento e o apoio social.

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Abreu <i>et al.</i> 2014	Brasil	Crianças e adolescentes em hemodiálise: Atributos associados à qualidade de vida	Estudo exploratório descritivo	Identificar atributos que apresentem impacto na qualidade de vida relacionados com a saúde de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica.	Crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica	Os atributos identificados foram: restrições hídricas e alimentares, limitações impostas pelo tratamento, tempo dedicado ao tratamento, alteração da imagem corporal relacionada com o acesso vascular e crescimento, estigma, autocuidado e esperança do transplante renal.
Li <i>et al.</i> 2014	China	Fatores associados ao autocuidado de pessoas em hemodiálise: um estudo descritivo	Estudo exploratório descritivo	Examinar os níveis de autocuidado e discutir os fatores que influenciam esse mesmo autocuidado.	Pacientes em hemodiálise	Os pacientes apresentaram níveis de autocuidado baixos. O conhecimento dos pacientes, a autoeficácia, a disponibilidade de apoio social e a depressão foram os principais fatores que influenciaram o autocuidado.
Hafezieh <i>et al.</i> 2020	Irão	Autogestão, autoeficácia e conhecimento entre pacientes em hemodiálise: um caso no Irão	Estudo descritivo-correlacional	Examinar o autocuidado e a sua correlação com a autoeficácia e o conhecimento sobre hemodiálise	Pacientes em hemodiálise	O nível de autocuidado foi moderado entre os pacientes em hemodiálise. Houve uma correlação positiva significativa entre autocuidado, conhecimento e autoeficácia.
Liu <i>et al.</i> 2016	China	Uso de um programa de educação conhecimento-atitude-comportamento para adultos chineses em hemodiálise de manutenção: ensaio clínico randomizado	Estudo randomizado e controlado	Investigar os efeitos de um modelo de educação em saúde conhecimento-atitude-comportamento na aquisição de conhecimentos relacionados com a doença e no comportamento de autocuidado.	Pacientes em hemodiálise de manutenção	Após intervenção observou-se uma melhoria dos comportamentos de autocuidado.

<b>Autores e Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Maslakpak e Shams 2015	Irão	Uma comparação entre educação presencial e baseada em vídeo sobre autocuidado na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise	Estudo descritivo-correlacional	Comparar a eficácia da educação para o autocuidado em dois métodos, presencial e vídeo educativo.	Pacientes em hemodiálise	A implementação de métodos de educação presencial e por vídeo melhora a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.
Fadlalmola e Elkareem 2020	Sudão	Impacto de um programa educativo no conhecimento e na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise no estado de Cartum	Estudo descritivo-correlacional	Avaliar a eficácia de um programa educacional sobre o conhecimento e a qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise.	Pacientes em hemodiálise	O programa educativo mostrou-se eficaz na melhoria do conhecimento sobre hemodiálise e na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.