

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Analisar o autocuidado com a fístula arteriovenosa

Analysis of self-care behaviors in patients with arteriovenous fistula
Análisis del autocuidado de una fístula arteriovenosa

Matilde Delmina da Silva Martins^{1,3} <https://orcid.org/0000-0003-2656-5897>Sandra Moura² <https://orcid.org/0000-0001-7306-5401>

¹ Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, Ciências de
Enfermagem, Bragança, Portugal

² Unidade Local de Saúde do Nordeste,
Serviço de Urgência Básica, Mogadouro,
Portugal

³ Unidade de Investigação em Ciências da
Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra,
Coimbra, Portugal

Resumo

Enquadramento: A hemodiálise constitui uma forma de tratamento da doença renal crónica, exigindo a construção de fístula arteriovenosa. Esta requer cuidados por parte do doente, devendo o enfermeiro capacitar para comportamentos de autocuidado.

Objetivo: Analisar os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa da pessoa em programa de hemodiálise.

Metodologia: Estudo transversal analítico, realizado em 131 doentes de três clínicas de hemodiálise do norte de Portugal. Para tal recorreu-se à Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa.

Resultados: Os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa obtiveram uma média de 74,5 pontos, a gestão de sinais e sintomas 85,27 e a prevenção de complicações 68,26 num máximo de 100 pontos. O grau académico e o agente de ensino associaram-se com os comportamentos de autocuidado. A idade e grau académico relacionaram-se com a prevenção de complicações.

Conclusão: O autocuidado à fístula arteriovenosa ficou abaixo do pretendido. Sugerimos sessões de educação para o autocuidado em função da idade e das habilitações literárias por uma equipa multidisciplinar.

Palavras-chave: fístula arteriovenosa; diálise renal; autocuidado; cuidados de enfermagem

Abstract

Background: Hemodialysis is a form of treatment for chronic kidney disease that requires arteriovenous fistula creation. Given that patients are required to care for their arteriovenous fistulae, nurses should teach them these self-care behaviors.

Objective: To analyze the self-care behaviors of patients with arteriovenous fistula undergoing hemodialysis.

Methodology: Analytical cross-sectional study with 131 patients from three hemodialysis clinics in the north of Portugal using of Assessment of Self-Care Behaviors with Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Scale.

Results: Arteriovenous fistula-related self-care behaviors scored an average of 74.5 points, the Management of signs and symptoms subscale scored 85.27 points, and the Prevention of complications 68.26 points out of a maximum of 100 points. Education level and teaching agent were associated with self-care behaviors. Age and education level were related to the prevention of complications.

Conclusion: The self-care behaviors of patients with arteriovenous fistula were below expected levels. We suggest that a multidisciplinary team should provide self-care training to these patients adjusted to their age and education level.

Keywords: arteriovenous fistula; renal dialysis; self-care; nursing care

Resumen

Marco contextual: La hemodiálisis es una forma de tratamiento de la enfermedad renal crónica que requiere la realización de una fístula arteriovenosa. Esto implica cuidados por parte del paciente, y los enfermeros deben formarlos en conductas de autocuidado.

Objetivo: Analizar las conductas de autocuidado de las personas sometidas a hemodiálisis por fístulas arteriovenosas.

Metodología: Estudio transversal analítico de 131 pacientes de tres clínicas de hemodiálisis del norte de Portugal. Para ello, se utilizó la Escala de Evaluación de Conductas de Autocuidado con Fístula Arteriovenosa.

Resultados: Las conductas de autocuidado de la fístula arteriovenosa obtuvieron una media de 74,5 puntos, la gestión de signos y síntomas 85,27 y la prevención de complicaciones 68,26 sobre un máximo de 100 puntos. El nivel académico y el agente docente se asociaron a las conductas de autocuidado. La edad y el nivel académico se asociaron a la prevención de complicaciones.

Conclusión: El autocuidado de la fístula arteriovenosa estuvo por debajo del objetivo. Proponemos sesiones de educación para el autocuidado según la edad y el nivel educativo a cargo de un equipo multidisciplinar.

Palabras clave: fístula arteriovenosa; diálisis renal; autocuidados; cuidados de enfermería

Autor de correspondência

Sandra Moura

E-mail: mmoura.sandra@gmail.com

Recebido: 12.01.23

Aceite: 28.09.23

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbrafct
Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Como citar este artigo: Martins, M. D., & Moura, S. (2023). Analisar o autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e 231129211. <https://doi.org/10.12707/RV123.11.29211>



Introdução

A doença renal crónica (DRC) é, hoje, um assunto de elevada importância. É uma doença que provoca a perda lenta, progressiva e irreversível da função dos rins. Para além de um problema médico é também e simultaneamente um problema de saúde pública (Nolasco et al., 2017). Em estágio avançado da DRC, o doente fica dependente de um tratamento de substituição da função renal. A hemodiálise é o tratamento de eleição e o mais frequente, para tal, os doentes renais crónicos têm de realizar um acesso vascular e a construção de fístula arteriovenosa (FAV) é o acesso vascular preferencial, porque é o seguro e o mais duradouro para a realização da hemodiálise (Pereira, 2018). A FAV requer cuidados de enfermagem diretos, mas também cuidados a adotar por parte do doente, nomeadamente ao nível da prevenção da infeção e trombose do acesso vascular (Clementino et al., 2018). É, da responsabilidade do enfermeiro do doente renal crónico, em hemodiálise, capacitar o mesmo para comportamentos de autocuidado, informando-o e ensinando-o sobre os cuidados a ter com a FAV, por forma a que esta funcione eficazmente (Sousa et al., 2015). Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa da pessoa em programa de hemodiálise.

Enquadramento

A DRC traduz-se numa lesão renal que origina uma perda progressiva e irreversível da função renal, glomerular, tubular e endócrina, evoluindo ao longo de estádios (Mira et al., 2017; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016). O rim é um órgão vital e essencial na homeostase corporal e na manutenção do estado do equilíbrio do ambiente celular interno (Mira et al., 2017). Quando este deixa de funcionar, e é incapaz de manter a homeostasia interna, exige, na maioria dos casos, um tratamento de substituição da função renal sendo a hemodiálise o tratamento de eleição e o mais frequente (Fielding, 2019). Atualmente, a FAV é o acesso vascular mais indicado para a realização de hemodiálise, sendo considerado, pelas guidelines internacionais, como seja a National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (NKF-DOQUI), o tratamento gold standard (Iglesias et al., 2016). A sua criação ocorre através de intervenção cirúrgica, onde se realiza a anastomose subcutânea de uma artéria a uma veia de grande calibre (OE, 2016). Construir uma FAV, que funcione bem, não é tarefa fácil, e deve ser construída com antecedência, de preferência, seis meses antes da primeira utilização (Iglesias et al., 2016). As complicações da FAV constituem uma das mais importantes causas de morbilidade dos doentes em programa de hemodiálise, sendo responsáveis por elevados custos do tratamento da DRC. São várias as complicações relacionadas com a FAV, nomeadamente: a estenose; a trombose do acesso vascular e o aneurisma, complicações cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, e a síndrome de roubo (Iglesias et al., 2016). O enfermeiro que acompanha o doente renal em programa de hemodiálise tem uma ação essencial na prestação de cui-

dados, de enfermagem, específicos em relação às técnicas dialíticas. Para além destas técnicas, o enfermeiro deve ser capaz de, simultaneamente, implementar e desenvolver com o doente renal crónico, em hemodiálise, mecanismos que o capacitem comportamentos de autocuidado à FAV, otimizando-a e prevenindo complicações como a infeção e a trombose (Clementino et al., 2018; Sousa et al., 2015). Este autocuidado, traduz-se em comportamentos espontâneos e propositados por parte do doente e que tem como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar e o bom funcionamento do acesso vascular. Pelo que é de todo importante que o doente renal crónico saiba os comportamentos que deve ter para manter o acesso vascular otimizado e em bom estado (Sousa, et al., 2015). É evidente e emergente a necessidade de implementar medidas ou estratégias capazes de promover comportamentos de autocuidado com a FAV, de modo a impedir e/ou identificar precocemente complicações com a FAV e aumentar a qualidade de vida do doente (Sousa, 2012).

Questão de investigação

Quais os comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenosa da pessoa em programa de hemodiálise?

Metodologia

Realizámos um estudo transversal analítico. A população foi constituída por 218 doentes renais crónicos em programa de hemodiálise. Para a obtenção da amostra definimos como critérios de inclusão: ser doente renal crónico em programa de hemodiálise; possuir FAV e possuir capacidade cognitiva de compreensão das perguntas do questionário, avaliada através da aplicação de um Teste de Diminuição Cognitiva de Cinco Itens. Após a aplicação destes critérios, obtivemos uma amostra de 131 participantes. Como instrumento de recolha de dados, recorremos ao formulário, constituído por três partes: a primeira diz respeito à caracterização sociodemográfica dos participantes, sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional, rendimento mensal; a segunda à caracterização clínica, causa da doença renal crónica, tempo de realização de hemodiálise, duração da sessão de hemodiálise, tempo de construção de FAV atual, FAV anteriores e agente de ensinamento; a terceira parte inclui a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise (ECAHD-FAV) de Sousa et al., (2015), validada para a população portuguesa, com resposta pontuada numa escala tipo Likert de cinco valores, em que 1 = *Nunca*, 2 = *Raramente*, 3 = *Às vezes*, 4 = *Muitas vezes* e 5 = *Sempre*, entendendo-se por sempre o melhor cuidado, de Sousa et. Al. (2015). A ECAHD-FAV é composta por dois domínios ou subescalas: A subescala Gestão de Sinais e Sintomas avalia os comportamentos de autocuidado que a pessoa desempenha para reconhecer alterações no funcionamento da FAV. É constituída pelos itens 1, 3, 6, 11, 13 e 16. A subescala Prevenção de Complicações agrupa itens associados aos comportamentos de autocuidado para prevenir ou



detetar complicações da FAV, incluindo infeção, trombose e síndrome de roubo. É constituída pelos itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12*, 14 e 15. O item 12 é recodificado. Quanto mais elevada for a soma da pontuação das respostas dadas, mais comportamentos adequados de autocuidado a pessoa terá com a FAV. Um *score* global sobre comportamentos de autocuidado com a FAV é produzido a partir do conjunto de 16 itens distribuídos pelos seus dois domínios. Os resultados estão organizados de modo a permitirem

gerar um *score* global da ECAHD-FAV e por domínios. Para possibilitar a comparabilidade entre as mesmas, tendo em atenção que o número de itens é diferente nas duas subescalas, os *scores* foram linearmente transformados em intervalos entre 1 e 100 pontos. Nesta medida, a valores médios mais elevados corresponde uma melhor perceção sobre o autocuidado da FAV seguindo o mesmo sentido as suas subescalas, que serão calculados através das fórmulas que em seguida se apresentam.

$$\text{Score da Escala geral} = \frac{\text{pontos obtidos} - 16}{64} \times 100$$

$$\text{Score da Subescala Gestão de Sinais e Sintomas} = \frac{\text{pontos obtidos} - 6}{24} \times 100$$

(1; 3; 6; 11; 13; 16)

$$\text{Score da Subescala Prevenção de Complicações} = \frac{\text{pontos obtidos} - 10}{40} \times 100$$

(2; 4; 5; 7; 8; 9; 10; 12; 14; 15)

Para a realização do estudo, foi solicitada autorização ao autor da escala e o estudo foi submetido à apreciação e autorização da comissão de ética, obtendo parecer favorável com o nº 56/2021. A recolha de dados foi realizada pela investigadora, que se deslocou, a cada uma das clínicas, após planificação, previamente agendada e acordada, com os responsáveis. Esta iniciou-se 1 hora e 30 minutos após o início do ciclo dialítico e terminou 30 minutos antes de fecho, de forma a não interferir com período de maiores cuidados ao doente em hemodiálise, início e fim de ciclo. Antes de iniciar a recolha de dados, era dado conhecimento do estudo aos participantes e solicitada a sua colaboração, bem como avaliada a capacidade cognitiva para a sua participação, através de questões simples, como: em que ano estamos? em que mês estamos? que horas são? contar na ordem inversa de 20 para 1 e diga os meses na ordem inversa. Posteriormente foi assinado o consentimento informado e iniciada a recolha de dados com o preenchimento, pela investigadora do IRD, demorando aproximadamente 10 minutos cada. Cada IRD foi codificado com um número, por ordem sequencial. Após a recolha, estes foram inseridos e analisados, no *software* IBM SPSS, versão 26.0, pelo número de codificação, por forma a manter o sigilo e anonimato dos participantes. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas e média e

desvio padrão para as variáveis contínuas. Para avaliar a distribuição das variáveis, recorreremos ao teste de *Shapiro-Wilk* e/ao *Kolmogorov-Smirnov*. Para a comparação de médias utilizámos o teste t, ou em alternativa o teste não paramétrico *U-Mann-Whitney*. Para comparação de três ou mais grupos, utilizou-se o teste Anova e em alternativa, o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Recorreu-se à correlação de *Spearman* para analisar a correlação entre as variáveis. O valor de significância é de 0,05%.

Resultados

Participaram no estudo 131 DRC distribuídos por 3 clínicas de hemodiálise do norte de Portugal com maior frequência na clínica 3, (39,7%). A maioria, 59,5%, dos inquiridos é do sexo masculino, 58,8% tem idade compreendida entre os 50 e 75 anos de zonas rurais (61,8%), casados/união de facto (63,4 %), a viver com o companheiro ou cônjuge (47,3 %), com o 1º ciclo (55,7%), não ativos (77,1%), rendimentos > 250€ ≤ 530€ (42,0%), a diabetes foi a causa de DRC mais frequente, (29,0%). Fazem hemodiálise entre ≥ 2 > 6 anos (38,2 %), com duração dos ciclos ≥ 240 minutos (85,5%), até 2 anos de construção de FAV (35,9%), sem FVA anterior (69,5%) e FAV perdida por trombose (45,3%; Tabela 1).

Tabela 1*Distribuição das características sociodemográficas e clínicas*

Variável		<i>n</i>	%
Local do tratamento	Clínica 1	44	33,6
	Clínica 2	35	26,7
	Clínica 3	52	39,7
Sexo	Feminino	53	40,5
	Masculino	78	59,5
Idade	Até 50 anos	18	13,7
	De 50 a 65 anos	30	22,9
	De 65 a 75 anos	47	35,9
	Mais de 75 anos	34	26,0
	Não respondeu	2	1,5
Proveniência	Rural	81	61,8
	Urbano	50	38,2
Estado Civil	Solteiro	21	16,0
	Casado/União de facto	83	63,4
	Divorciado	10	7,6
	Viúvo	17	13,0
Com quem vive	Sozinho	24	18,3
	Cônjuge/companheiro	62	47,3
	Cônjuge e filhos	25	19,1
	Pais	8	6,1
	Outros	12	9,2
Grau de escolaridade	Nenhum	14	10,7
	1º Ciclo	73	55,7
	2º ou 3º Ciclo	23	17,7
	Secundário ou Superior	21	16
Situação Profissional	Ativo	30	22,9
	Não ativo	101	77,1
Rendimento Mensal	≤ 250€	18	13,7
	> 250€ ≤ 530€	55	42,0
	> 530€ ≤ 1000€	36	27,5
	> 1000€	22	16,7
Causa da doença renal crónica	Diabetes	38	29,0
	Hipertensão arterial	22	16,8
	Inflamação das células renais	8	6,1
	Rins Poliquísticos	11	8,4
	Doença Autoimune	7	5,3
	Causa Infeciosa	4	3,1
	Outras	39	29,8
	Não respondeu	2	1,5
Tempo de realização de hemodiálise	< 2 anos	46	35,1
	≥ 2 > 6 anos	50	38,2
	≥ 6 anos	34	26,0
	Não respondeu	1	0,8
		$\bar{X} = 5,51; s \pm 5,794$	

Duração da sessão de hemodiálise	< 240 minutos	17	13,0
	≥240 minutos	112	85,5
	Não respondeu	1	1,5
Tempo de construção de FAV atual	< 2 anos	47	35,9
	≥ 2 >6 anos	39	29,8
	≥6 anos	31	23,7
	Não respondeu	14	10,7
$\bar{X} = 5,17; s \pm 5,346$			
Teve alguma FAV anterior	Sim	40	19,1
	Não	91	69,5
	Uma	25	62,5
	Duas ou mais	15	37,5
FAV perdidas por:	Trombose	24	45,3
	Síndrome de roubo	1	1,9
	Infeção	1	1,9
	Hemorragia	1	1,9
	Aneurismas	1	1,9
	Estenose	13	24,5
	Outras	12	22,6

Nota. *n* = Frequência absoluta; % = Frequência relativa; \bar{X} = Média; *s* = Desvio-padrão; FAV = Fístula arteriovenosa.

Observou-se elevada frequência em vários comportamentos de autocuidado, registrando *score* médios acima de 4, ou

seja, bom autocuidado, porque se aproxima da *score* máximo que é 5 (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição dos itens da Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise (ECAHD-FAV)

Itens da escala	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre		$\bar{X} \pm s$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Aviso o enfermeiro quando tenho caibras durante a hemodiálise.	3	2,3	5	3,8	19	14,5	5	3,8	99	75,6	4,47 ± 1,025
2. Faço compressão no local das picadas com os dedos.	22	16,8	7	5,3	12	9,2	7	5,3	83	63,4	3,93 ± 1,570
3. Aviso o enfermeiro quando tenho dor de cabeça ou no peito durante a hemodiálise.	5	3,8	2	1,5	14	10,7	10	7,6	100	76,3	4,51 ± 1,010
4. Coloco pomada no local dos hematomas.	17	13,0	19	14,5	26	19,8	11	8,4	58	44,3	3,56 ± 1,489
5. Sinto o frémito no local da fístula duas vezes ao dia.	11	8,4	20	15,3	35	26,7	26	19,8	39	29,8	3,47 ± 1,291
6. Faço compressão do local das picadas da fístula com os dedos em caso de sangramento.	10	7,6	13	9,9	13	9,9	10	7,6	85	64,9	4,12 ± 1,353
7. Verifico todos os dias se a mão do braço da fístula arrefece.	13	9,9	26	19,8	29	22,1	18	13,7	45	34,4	3,43 ± 1,392
8. Observo sinais de vermelhidão ou inchaço nos locais das picadas.	10	7,6	23	17,6	32	24,4	17	13,0	49	37,4	3,55 ± 1,349
9. Protejo o braço da fístula de arranhões, cortes ou picadas.	3	2,3	8	6,1	16	12,2	15	11,5	89	67,9	4,37 ± 1,326
10. Verifico todos os dias se a cor da mão do braço da fístula se altera.	10	7,6	29	22,1	34	26,0	18	13,7	40	30,5	3,37 ± 1,326
11. Protejo o braço da fístula de pancadas e choques.	5	3,8	9	6,9	11	8,4	16	12,2	90	68,7	4,35 ± 1,129
12. Permito colheitas de sangue no braço da fístula.*	122	93,1	2	1,5	6	4,6	0	0,0	1	0,8	1,14 ± 0,551
13. Aviso o enfermeiro se me começar a doer a mão do braço da fístula.	2	1,5	8	6,1	14	10,7	6	4,6	101	77,1	4,50 ± 1,011
14. Evito entrar em locais com diferentes temperaturas.	32	24,4	39	29,8	31	23,7	8	6,1	21	16,0	2,60 ± 1,352
15. Vou imediatamente ao hospital/clínica caso o local da fístula não tenha frémito.	14	10,7	9	6,9	9	6,9	9	6,9	90	68,7	4,16 ± 1,408
16. Aviso o enfermeiro se me aparecer feridas na mão do braço da fístula.	3	2,3	9	6,9	11	8,4	2	1,5	106	80,9	4,52 ± 1,055

Nota. n = Frequência absoluta; % = frequência relativa; \bar{X} = média; s = Desvio-padrão; * = Item a inverter.

Foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, da escala de autocuidado e do domínio gestão de sinais e sintomas, com o grau académico e o agente de

ensinamento ($p > 0,005$). E diferenças, estatisticamente significativas, entre o domínio, prevenção de complicações com a idade e o grau académico ($p < 0,005$) (Tabela 3).

Tabela 3

Relação entre os comportamentos de autocuidado com a FAV e as características sociodemográficas, clínicas e agente de ensinamento

		ECAHD-FAV		Gestão de Sinais e Sintomas		Prevenção de Complicações	
		$\bar{X} \pm s$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm s$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm s$	<i>p</i>
Sexo	Feminino	77,24 ± 18,005	1,480 ^a	86,08 ± 16,585	0,464 ^a	71,93 ± 20,625	1,822 ^a
	Masculino	72,88 ± 14,180	(0,142)	84,72 ± 16,458	(0,644)	65,77 ± 16,343	(0,072)
Idade (anos)	Até 50	75,78 ± 10,016		89,35 ± 11,630		67,63 ± 11,196	
	De 50 a 65	77,97 ± 17,888	5,279 ^c	85,14 ± 18,135	0,645 ^c	73,67 ± 20,769	8,975 ^c
	De 65 a 75	76,36 ± 15,370	(0,152)	85,82 ± 15,727	(0,886)	70,69 ± 17,874	(0,030)
	Mais de 75	69,99 ± 16,232		83,82 ± 17,878		61,69 ± 17,930	
Estado Civil	Solteiro	70,31 ± 19,295		82,14 ± 23,253		63,21 ± 19,214	
	Casado/União de facto	76,26 ± 14,892	2,336 ^c	85,24 ± 15,403	1,346 ^c	70,87 ± 17,034	1,595 ^b
	Divorciado	75,63 ± 15,680	(0,506)	92,08 ± 7,204	(0,718)	65,75 ± 22,362	(0,94)
	Viúvo	71,51 ± 16,411		85,29 ± 15,247		63,24 ± 20,325	
Grau académico	Nenhum	61,94 ± 20,393		72,92 ± 23,098		55,36 ± 20,682	
	1º Ciclo	76,73 ± 16,115	8,629 ^c	86,82 ± 15,544	11,112 ^c	70,68 ± 18,793	7,987 ^c
	2º ou 3º Ciclo	76,77 ± 11,921	(0,035)	92,21 ± 9,510	(0,011)	67,50 ± 16,272	(0,046)
	Secundário ou Superior	73,51 ± 12,416		80,56 ± 15,830		69,29 ± 14,343	
Situação profissional	Ativo	75,57 ± 12,776	-0,115 ^d	87,22 ± 13,967	-0,318 ^d	68,58 ± 14,734	-0,088 ^d
	Não ativo	74,37 ± 16,785	(0,908)	84,69 ± 17,150	(0,751)	68,17 ± 19,387	(0,930)
Rendimento mensal	Até 250€	69,53 ± 15,774		85,19 ± 13,116		60,14 ± 19,145	
	De 250€ a 530€	72,73 ± 17,685	1,755 ^b	81,89 ± 20,018	2,761 ^c	67,23 ± 19,309	1,943 ^b
	De 530€ a 1000€	78,17 ± 14,318	(0,159)	88,31 ± 13,056	(0,430)	72,08 ± 17,964	(0,126)
	Superior a 1000€	77,89 ± 13,164		88,96 ± 13,401		71,25 ± 15,055	
Tempo da hemodialise (anos)	Até 2 anos	73,85 ± 16,406		83,24 ± 16,976		68,21 ± 18,609	
	De 2 a 6	74,38 ± 16,068	0,386 ^c	85,83 ± 15,793	1,947 ^c	67,50 ± 19,046	0,166 ^b
	Mais de 6	76,06 ± 15,643	(0,824)	87,01 ± 17,126	(0,378)	69,49 ± 17,793	(0,891)
Duração da sessão de hemodialise	< 240 minutos	79,41 ± 18,605	-1,679 ^d	89,71 ± 18,288	-1,709 ^d	73,24 ± 21,319	-1,440 ^d
	≥240 minutos	73,70 ± 15,428	(0,093)	84,41 ± 16,217	(0,088)	67,28 ± 17,85	(0,150)
Tempo de construção FAV atual	Até 2 anos	74,10 ± 16,957		83,16 ± 17,527		68,67 ± 18,895	
	De 2 a 6	73,68 ± 15,665	0,131 ^c	86,11 ± 15,600	0,661 ^c	66,22 ± 19,338	0,286 ^c
	Mais de 6	75,35 ± 15,324	(0,937)	87,37 ± 17,196	(0,519)	68,15 ± 17,102	(0,867)
FAV anterior	Sim	71,13 ± 15,653	-1,685 ^a	81,98 ± 17,561	-1,527 ^a	64,63 ± 17,251	-1,510 ^a
			(0,094)		(0,129)		(0,129)
Agente de ensinamento							
Médico residente	Sim	74,88 ± 15,671	0,114 ^a	86,35 ± 13,410	0,552 ^a	68,00 ± 18,778	-0,108 ^a
	Não	74,54 ± 16,111	(0,909)	84,80 ± 17,681	(0,582)	68,38 ± 18,297	(0,914)
Médico nefrologista	Sim	75,30 ± 13,738	0,482 ^a	88,67 ± 12,922	2,593 ^a	67,16 ± 16,479	-0,696 ^a
	Não	73,95 ± 18,006	(0,631)	81,51 ± 18,867	(0,011)	69,41 ± 20,235	(0,488)
Enfermeiro	Sim	73,30 ± 15,869	-1,514 ^a	83,78 ± 16,818	-1,634 ^a	67,02 ± 18,242	-1,218 ^a
	Não	77,92 ± 15,769	(0,133)	88,93 ± 15,141	(0,105)	71,32 ± 18,579	(0,226)
Outros profissionais	Sim	79,19 ± 12,720	2,242 ^a	90,65 ± 12,104	2,953 ^a	72,32 ± 16,624	1,717 ^a
	Não	72,57 ± 16,839	(0,027)	82,82 ± 17,621	(0,004)	66,42 ± 18,918	(0,088)

Nota. média; *s* = Desvio-padrão; *p* = Valor de prova; a = Teste t; b = Teste Anova; c = Teste Kruskal-Wallis; d = Teste Mann-Whitney.

Observamos um *score* médio de autocuidado de 74,64 \pm 15,919. O domínio gestão de sinais e sintomas apresenta o valor mais elevado de autocuidado (85,27 \pm 16,459). Verificamos correlação positiva, moderada, estatisticamente significativa, entre o domínio preven-

ção de complicações e o domínio gestão de sintomas (0,600; $p < 0,05$) e uma correlação forte, positiva, estatisticamente significativa, entre a escala geral e o domínio da prevenção de complicações (0,953; $p = 0,05$; Tabela 4).

Tabela 4

Caracterização dos domínios da escala e geral (n = 131)

Domínios	Coeficientes de correlação ρ (vp)			Alfa de Cronbach	Medidas descritivas	
	Gestão de Sinais e Sintomas	Prevenção de Complicações	Escala Geral	α	Min-Max	$\bar{X} \pm s$
Gestão de Sinais e Sintomas	1	0,600** (0,000)	0,799** (0,000)	0,638	29,17-100	85,27 \pm 16,459
Prevenção de Complicações		1	0,953** (0,000)	0,759	20,00-100	68,26 \pm 18,374
Escala Geral			1	0,816	23,44-100	74,64 \pm 15,919

Nota. ρ (vp) = Coeficiente de correlação de *Spearman* (valor de prova); α = Alpha de Cronbach; Min-Max = Mínimo-Máximo; \bar{X} = média; s = Desvio-padrão.

Discussão

A amostra deste estudo foi maioritariamente composta por indivíduos do sexo masculino, com idade entre os 50 e os 75 anos, com o primeiro ciclo e não são profissionalmente ativos. Dados recentes, de 2020, revelam que a DRC afeta mais as pessoas do sexo masculino e com idades mais avançadas. Dos 12 495 doentes em tratamento de hemodiálise, em Portugal, 38,74% tinham mais de 75 anos (Autoridade da Concorrência, 2020). Também a Sociedade Portuguesa de Nefrologia, revelou que em 2018, os doentes renais crónicos tinham, em média, 68 anos de idade e 59,51% eram homens (Autoridade da Concorrência, 2020), dados corroborados, também pelos estudos de Sousa et al. (2018) e Sousa et al. (2017). Quase metade da amostra auferiu rendimentos mensais baixos, entre os 250€ e os 530€. Isto pode dever-se ao facto de Portugal ter uma população com um elevado envelhecimento, principalmente nas zonas rurais e com baixos rendimentos nestas zonas (EAPN Portugal, 2018; Instituto Nacional de Estatística, 2021). A principal causa da DRC, foi a diabetes e a hipertensão arterial. Portugal, é o país com maior prevalência de diabetes e o terceiro com maior prevalência de hipertensão arterial, na Europa, patologias estas, que estão frequentemente na origem da DRC (Nolasco et al., 2017). Na amostra em estudo, constatou-se que vários participantes tiveram FAV anterior e destes 37,5% tiveram pelo menos duas, perdas, essas, provocadas por trombose e estenose das mesmas. A FAV exige cuidados de enfermagem e autocuidados, principalmente em relação à prevenção da infeção e da trombose (Clementino et al., 2018). Convergindo com a literatura que versa sobre o tema, a trombose e a estenose são as principais complicações que levam a falência da FAV (Iglesias et al., 2016). O enfermeiro foi o agente de ensinamento mais frequente. A ação do enfermeiro no acompanhamento e monitorização do doente renal crónico com FAV em hemodiálise é de extrema importân-

cia e faz parte do seu exercício profissional (OE, 2016). Este deve envolver o doente no tratamento dialítico, negociando e revendo novas estratégias de intervenção, propondo programas de hemodiálise no domicílio, facilitando e promovendo a articulação entre unidades de tratamento dialítico e fazendo a gestão de recurso humanos e materiais de forma a responder às reais necessidades da pessoa em hemodiálise e realizando educação para a saúde para o autocuidado à FAV (OE, 2016). O enfermeiro que acompanha o doente renal, em programa de hemodiálise, desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados específicos no que respeita às técnicas dialíticas, mas também em relação ao desenvolvimento de estratégias para capacitar o doente renal crónico em programa de hemodiálise para o desenvolvimento de comportamentos do autocuidado (Clementino et al., 2018). A este respeito, o estudo de Sousa et al. (2013) remete para a importância das ações que promovem o autocuidado à FAV, registando maior predomínio, destas, no período pós construção da FAV. Assim, considera-se vital a conceptualização dos cuidados de enfermagem que visem desenvolvimento de elevados padrões de qualidade dos cuidados a estes doentes (Feitoza et al., 2019; OE, 2016). É igualmente importante, a criação de estruturas próprias onde se possam prestar cuidados individualizados e sistematizados facilitadores do desenvolvimento de aprendizagens e obtenção de competências de autocuidado à FAV e, concomitantemente, a identificação, diagnóstico e intervenção precoce de alterações com a mesma, contribuindo para o aumentando longevidade da mesma (Sousa, 2012). Face aos resultados obtidos em relação à ECAH-FAV, foi possível verificar que os inquiridos apresentam comportamentos adequados relativamente à gestão e prevenção de complicações com a FAV, o que indica que estes têm conhecimento dos comportamentos de autocuidado que devem ter para reconhecer as alterações que possam ocorrer no funcionamento da FAV e que sabem os comportamentos de autocuidado que

devem adotar para prevenir ou detetar complicações da FAV. Além disso, constatou-se que os domínios da escala – gestão de sinais e sintomas, prevenção de complicações e escala geral – estão moderadamente correlacionados, positivamente, sendo que a escala geral e o domínio da prevenção de complicações estão fortemente correlacionados. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Pereira (2018), onde identificou bons níveis de conhecimentos e de comportamentos de autocuidado com a FAV, em particular na prevenção, monitorização e identificação de sinais e sintomas de complicações. Contudo, Sousa et al. (2017), que se focaram em avaliar a frequência do autocuidado e os fatores que influenciam a sua frequência, evidenciou uma frequência do autocuidado inferior ao esperado e abaixo de um padrão adequado. Tal como Sousa (2012), Sousa et al. (2017), evidenciam necessidade e a importância de programas de educação que promovam os comportamentos de autocuidado com a FAV. A mesma ideia é reforçada por Sousa et al. (2020), que, ao avaliar a eficácia de uma intervenção estruturada sobre a frequência de comportamentos de autocuidado com a FAV por doentes em hemodiálise, verificaram que os pacientes submetidos a uma intervenção estruturada de autocuidado com a FAV apresentaram melhores comportamentos gerais de autocuidado e melhor autocuidado no que concerne à manutenção de sinais, sintomas e prevenção de complicações. Analisando-se a relação do comportamento do cuidado com a FAV com as características sociodemográficas e clínicas dos inquiridos, assim como com a obtenção dos ensinamentos, constatou-se, para o sexo, que os resultados médios obtidos pelas mulheres para o comportamento global com a FAV, gestão de sinais e sintomas e prevenção de complicações, foi mais elevado. Também no estudo de Sousa et al. (2017), os comportamentos de autocuidado, associaram-se, com o sexo feminino, etiologia da DRC (como a hipertensão, rins policísticos e outras doenças renais) e duração da FAV. Similarmente, Sousa et al. (2018), ao identificarem perfis de comportamento de autocuidado clinicamente significativos em doentes em hemodiálise, verificaram que os homens se enquadram no perfil de autocuidado moderado, enquanto que as mulheres se enquadram no perfil de autocuidado elevado, apresentando comportamentos de autocuidado elevados ao nível da prevenção de complicações. As mulheres têm resultados mais elevados de comportamento global com a FAV, gestão de sinais e sintomas e prevenção de complicações. As mulheres estão intrinsecamente ligadas ao cuidar, preocupando-se mais com as questões de saúde em comparação com os homens que assumem um papel social de invulnerável o que os expõe mais a situações de risco (Sousa et al., 2017). Os participantes com sessão de hemodiálise inferior a 240 minutos apresentaram melhores resultados comportamentais no autocuidado com a FAV. Isto pode dever-se a uma maior adesão às medidas preventivas das complicações renais, como a alimentação, o exercício e mesmo o autocuidado com a FAV, evidenciando maior preocupação e consequentemente melhor função renal necessitando de tempos de diálise mais reduzidos (Sousa et al., 2018). Como limitações deste estudo temos a amostra

reduzida e concentrada em zonas, predominantemente rurais, do interior Portugal continental e realizado em três clínicas privadas o que não permite inferir para a população em geral.

Conclusão

O autocuidado com a FAV foi em média $74,64 \pm 15,919$ em 100 pontos. No domínio da escala da gestão de sinais e sintomas, verificámos uma média mais levada e mais baixa para o domínio prevenção de complicações. As mulheres, o grupo etário ente 50 a 65, o casado/união de facto, com o 2º ou 3º Ciclo, ativos, com 530€ a 1000€, com tempo de hemodiálise superior a 6 anos, com tempos de hemodiálise inferior a 240 min e com tempo de realização de FAV superior a 6 anos, apresentam médias de autocuidado mais elevadas. Os comportamentos de autocuidado e o domínio da gestão de sintomas relacionaram-se, com o grau académico e o agente de ensinamento. O domínio da prevenção de complicações, associou-se, à idade e ao grau académico. Assim, sugerimos a implementação e o reforço de intervenções de promoção de comportamentos de autocuidado, adequados, à idade dos doentes, bem como ao género e às habilitações literárias, com maior investimento na educação de pessoas com idades avançadas e do género masculino. Estes programas de educação direcionados para a promoção do autocuidado com a FAV devem existir desde o início do processo, pois denota-se que os resultados de comportamento global com o cuidado da FAV, da gestão de sinais e sintomas e da prevenção de complicações, foram mais expressivos nos indivíduos que realizam hemodiálise há mais de seis anos. É igualmente importante, reforçar a sensibilização dos enfermeiros para esta problemática, bem como a realização de outros estudos com amostras maiores, capazes de produzir generalização para a população em geral.

Contribuição de autores

Conceptualização: Martins, M. D., Moura, S.

Tratamento de dados: Moura, S.

Análise formal: Martins, M. D., Moura, S.

Investigação: Martins, M. D., Moura, S.

Metodologia: Martins, M. D., Moura, S.

Supervisão: Martins, M. D.,

Validação: Martins, M. D.,

Visualização: Martins, M. D.,

Recursos: Moura, S.

Redação – rascunho original: Moura, S.

Redação – análise e edição: Martins, M. D., Moura, S.

Referências bibliográficas

Autoridade da Concorrência. (2020). *Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal: Versão preliminar para consulta pública*. <https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/imported-media/Análise%20às%20condições%20de%20concorrência%20na%20prestação%20de%20cuidados%20de%20hemodiálise%20em%20Portugal.pdf>



- Clementino, D., Souza, A., Barros, D., Carvalho, D., Santos, C., & Fraga, S. (2018). Pacientes em hemodiálise: Importância do autocuidado com a fistula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(7), 1841-1852. <http://doi.org.10.5205/1981-8963-v12i7a234970p1841-1852-2018>
- Feitoza, S. N., Noleto, N. V., & Teixeira, L. L. (2019). Autocuidado com fistula arteriovenosa em terapia renal substitutiva. *Revista Recien: Revista Científica de Enfermagem*, 9(26), 60-67. <http://doi.org.10.24276/rrecien2358-088.2019.9.26.60-67>
- Fielding, C. (2019). Haemodialysis. In N. Thomas (Ed.), *Renal nursing: Care and management of people with kidney disease* (pp. 179-233). Wiley Blackwell.
- Freitas, E., Bassoli, F., & Vanelli, C. (2013). Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais. *HU Revista*, 39(1-2), 20.
- Iglesias, A., Mirinunis, C., Pelliccia, F., Morris, I., Romach, I., Matos, J., Preda, M., Ward, N., Beltrandi, R., Peralta, R., & Kafkia, T. (2016). *Acesso vascular: Canulação e cuidados: Manual de boas práticas de enfermagem para a fistula arteriovenosa*. EDTNA/ERCA.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2
- Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de nutrição e doença renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Sá, H., Sampaio, S., & Matias, A. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Nefrologia*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise: Guia orientador de boa prática*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodiálise_vf_site.pdf
- Patat, C., Stumm, E., Kirchner, R., Guido, L., & Barbosa, D. (2012). Análise da qualidade de vida de usuários em hemodiálise. *Enfermeria Global*, 27, 66-76. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_clinica4.pdf
- Pereira, H. (2018). *Autocuidado com a fistula arteriovenosa da pessoa em programa regular de hemodiálise* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2017/1/Helena_Pereira.pdf
- Rede Europeia Anti-Pobreza. (2018). *Pobreza exclusão social em Portugal: 2016-2017*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Pobreza-e-Exclusão-Social-em-Portugal-2016-2017.pdf>
- Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fistula arteriovenosa: Modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17. <http://doi.org.10.1016/j.rpsp.2011.11.001>
- Sousa, C., Apóstolo, J., Figueiredo, M., Martins, M., & Dias, V. (2013). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1796-1802. <http://doi.org.10.1111/jocn.12207>
- Sousa, C., Apóstolo, J., Figueiredo, M., Dias, V., Teles, P., & Martins, M. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodialysis International*, 19(2), 306-313. <http://doi.org.1111/hemodiálisei.12249>
- Sousa, C., Marujo, P., Teles, P., & Lira, M. (2018). Self-care behavior profiles with arteriovenous fistula in hemodialysis patients. *Clinical Nursing Research*, 29(6), 363-367. <http://doi.org.10.1177/1054773818787110>
- Sousa, C., Marujo, P., Teles, P., Lira, M., & Novais, M. (2017). Self-care on hemodialysis: Behaviors with the arteriovenous fistula. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 21(2), 195-199. <http://doi.org.10.1111/1744-9987.12522>
- Sousa, C., Paquete, A., Teles, P., Pinto, C., Dias, V., Ribeiro, O., Manzini, C., Nicole, A., Souza, L., & Ozen, N. (2020). Investigating the effect of a structured intervention on the development of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis patients. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 866-874. <http://doi.org.10.1177/1054773820974834>