

Modelos de cuidados para o paciente expert com doença renal crônica: revisão de escopo

Models of care for expert patients with chronic kidney disease: scoping review

Modelos de cuidados para el paciente experto con enfermedad renal crónica: revisión de alcance

 Renilly de Melo Paiva¹

 Marianny Nayara de Paiva Dantas²

 Larissa Arielly Cunha da Silva³

 Daniele Vieira Dantas⁴

 Isabel Morales Moreno⁵

 Daniel Guillén Martínez⁶

 Viviane Euzébia Pereira Santos⁷

^{1,2,3,4,7}Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal (RN), Brasil.

^{5,6}Universidade Católica Santo António de Múrcia. Guadalupe (MU), Espanha.

Editor de Seção

 Valesca Patriota de Souza

Submetido: 20/04/2023

Aceito: 20/11/2024

Autor Correspondente

Nome: Larissa Arielly Cunha da Silva
E-mail: larissarielly@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: mapear os modelos de cuidado desenvolvidos para o paciente *expert* com a doença renal crônica. **Método:** trata-se de uma revisão de escopo desenvolvida e estruturada com base no guia internacional PRISMA Extension for Scoping Reviews e no manual Joanna Briggs Institute Reviewers. A busca dos estudos deu-se nas bases de dados e nos portais de teses e dissertações nacionais e internacionais. A amostra final totalizou dez publicações, a partir da análise dos achados sobre os modelos de cuidado utilizados com o paciente *expert* com a doença renal crônica. **Resultados:** os modelos de cuidado para os pacientes *experts* com doença renal crônica baseiam-se, particularmente, em capacitações/atualizações mediadas por profissionais de saúde treinados com o apoio de recursos tecnológicos. **Conclusão:** os modelos de cuidado mapeados facilitam a comunicação entre os participantes do cuidado, além de promover a autogestão do paciente e habilitá-lo para um papel ativo em seu tratamento e em outros cuidados de saúde.

Descritores: Doença Renal Crônica; Cuidado; Hemodiálise; Autocuidado; Literatura de Revisão como Assunto.

ABSTRACT

Objective: to map the care models developed for expert patients with chronic kidney disease. **Method:** this is a scoping review developed and structured based on the international guide PRISMA Extension for Scoping Reviews and the Joanna Briggs Institute Reviewers manual. Studies were searched in national and international databases and thesis and dissertation portals. The final sample totaled ten publications, based on an analysis of the findings on the models of care used with expert patients with chronic kidney disease. **Results:** the models of care for expert patients with chronic kidney disease are based, in particular, on training/updates mediated by trained health professionals with the support of technological resources. **Conclusion:** the mapped care models facilitate communication among care participants, while also promoting patient self-management and enabling them to take an active role in their treatment and other healthcare processes.

Descriptors: Kidney Disease Chronic; Care; Hemodialysis; Self care; Review Literature as a Subject.

RESUMEN

Objetivo: mapear los modelos de cuidado desarrollados para el paciente experto con enfermedad renal crónica. **Método:** se trata de una revisión de alcance desarrollada y estructurada con base en la guía internacional PRISMA Extension for Scoping Reviews y el manual Joanna Briggs Institute Reviewers. La búsqueda de los estudios se realizó en bases de datos y en portales de tesis y disertaciones nacionales e internacionales. La muestra final totalizó diez publicaciones, a partir del análisis de los hallazgos sobre los modelos de cuidado utilizados con el paciente experto con enfermedad renal crónica. **Resultados:** los modelos de cuidado para los pacientes expertos con enfermedad renal crónica se basan, particularmente, en capacitaciones/actualizaciones mediadas por profesionales de salud entrenados con el apoyo de recursos tecnológicos. **Conclusión:** los modelos de cuidado mapeados facilitan la comunicación entre los participantes del cuidado, además de promover la autogestión del paciente y capacitarlo para un rol activo en su tratamiento y en otros cuidados de salud.

Descriptores: Enfermedad Renal Crónica; Cuidado; Hemodiálisis; Autocuidado; Literatura de Revisión como Asunto.

Como citar este artigo:

Paiva RM, Dantas MNP, Silva LAC, Dantas DV, Moreno IM, Martínez DG, Santos VEP. Modelos de cuidados para o paciente expert com doença renal crônica: revisão de escopo. Rev. enferm. UFPE on line. 2025;19(1):e258265 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2025.258265>

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) tornou-se um importante problema de saúde pública. Estima-se que 850 milhões de pessoas no mundo convivem com a doença e 2,4 milhões morrem anualmente em decorrência dela. Ademais, a prevalência global de pessoas nesta condição, que recebe o tratamento de substituição renal, excede 2,5 milhões, com a estimativa de chegar a 5,4 milhões em 2030.¹⁻³

Esta patologia é caracterizada pela perda das funções renais e pela redução da filtração glomerular por um período maior que três meses. A DRC é associada a outras doenças crônicas, a exemplo da diabetes e da hipertensão. Além disso, tem a capacidade de gerar os diversos prejuízos à saúde, como a necessidade do tratamento específico mediante a Terapia Renal Substitutiva (TRS), com o objetivo de assumir a função dos rins por meio de técnicas invasivas, como a Hemodiálise (HD).¹⁻³

Outrossim, a complexidade da DRC, especialmente em fases avançadas, implica em múltiplas dificuldades para o paciente, para os cuidadores e para os profissionais de saúde, as quais podem decorrer da evidência dos sintomas, das complicações biopsicossociais, dos entraves na construção das habilidades e do autoconhecimento do paciente para gerir a sua condição de saúde, o seu tratamento e as mudanças no estilo de vida decorrentes destas circunstâncias.⁴

Salienta-se a necessidade de modelos de cuidado que corroborem com o enfrentamento dos problemas expostos no contexto da DRC e que contribuam para a aquisição de conhecimentos significativos ao paciente; para o desenvolvimento de habilidades comportamentais e cognitivas para a autogestão da condição de saúde; além da promoção de ações terapêuticas, bem como das mudanças coletivas e estruturais que propiciem a qualidade de vida e os melhores resultados na assistência destes pacientes.⁴⁻

5

Consonante a esta realidade, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propõe o Modelo de Cuidados Crônicos, um esquema abrangente para organizar a atenção às doenças crônicas com evidências científicas comprovadas para promover a atenção de alta qualidade e a melhoria centrada no usuário⁶. Nessa perspectiva, a formação de pacientes *experts* mostra-se como uma estratégia para suscitar estas capacidades, além de propiciar a autoconfiança e oportunizar ao indivíduo a autogestão de sua condição de saúde de modo ativo.⁷

Constata-se que a primeira iniciativa para a formação de pacientes *experts* deu-se a partir do “Programa de Autogestão de Doenças Crônicas”, criado em 1990, pela Universidade de Stanford, o qual buscou viabilizar a transferência das habilidades e dos

conhecimentos relacionados ao cuidado específico de diversas condições crônicas de saúde, com vistas à promoção do autocuidado.⁸

As estratégias mais recentes orientadas por esta concepção compreendem que o envolvimento do paciente pode ser ampliado para além do contexto de atendimento individual em um *continuum* de aplicações multiníveis no sistema de saúde.⁹

O estudo de análise conceitual do termo Paciente *Expert* realizado, definiu-o como aquele indivíduo que assume uma postura ativa/autônoma no seu processo saúde-doença, alicerçado na autogestão do seu cuidado e capaz de aprimorar as habilidades necessárias ao gerenciamento de sua condição clínica. Por ser um nativo digital, esse paciente busca as informações sobre o melhor tratamento, no intuito de promover um cuidado compartilhado e auxiliar os outros que estão em situação semelhante.¹⁰

Logo, atualmente o paciente *expert* apresenta-se como o componente-chave para a melhoria não apenas do seu próprio cuidado e desenvolvimento, mas também para a qualidade de vida de seus pares e dos cuidados ofertados pelo sistema de saúde.⁹

Nesse ínterim, intermediado por profissionais de saúde, o paciente *expert* desenvolve um perfil com capacidade para aprimorar a busca por informações a respeito da doença, dos medicamentos, dos tratamentos e do próprio funcionamento do sistema de saúde que utiliza.¹¹

Diante desse panorama, torna-se pertinente investigar os modelos assistenciais e os formativos utilizados para o paciente *expert* com DRC, de modo que sejam desveladas as características da sua realização, dos seus desafios e das contribuições para o desenvolvimento eficaz do perfil deste paciente. Além disso, realça-se que a apropriação destas estratégias permitirá demonstrar as ações e os processos que corroboram com as transformações individuais e coletivas relativas a esta enfermidade e ao cuidado em saúde.

Do exposto, objetiva-se mapear os modelos de cuidado desenvolvidos para o paciente *expert* com DRC.

Método

Trata-se de uma revisão de escopo desenvolvida e estruturada com base no guia internacional PRISMA-Scr. Para nortear a revisão, utilizou-se o manual do *Joanna Briggs Institute Reviewers*, de acordo com o quadro teórico de Arksey e O'Malley, com os aprimoramentos propostos por Peters *et al.*,¹²⁻¹⁴. O protocolo foi registrado no *Open Science Framework* (<https://osf.io/wydf2/>).

Este estudo norteou-se por uma revisão exploratória descrita em nove etapas: definir e alinhar a questão e os objetivos; desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com o

objetivo e a pergunta; descrever a abordagem planejada para as evidências da pesquisa, a seleção, a extração dos dados e a apresentação; procurar as evidências; selecionar a evidência; extrair a evidência; analisá-la; apresentar os resultados; e resumir as evidências em relação ao objetivo da revisão.¹²

A questão de pesquisa: “Quais os modelos de cuidado utilizados com o paciente *expert* com DRC?” - foi elucidada mediante a combinação mnemônica PCC: P = *Population* – Modelos de cuidado; C = *Concept* – Paciente *expert*; C = *Context* – DRC.

A segunda etapa correspondeu a dois momentos: no primeiro, realizou-se a busca nas bases de dados *National Library of Medicine* (MEDLINE via PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), com o objetivo de selecionar os descritores mais adequados para a pesquisa em estudos já publicados e disponíveis, conforme frisadas pelo manual.¹³ No segundo, os descritores foram indexados no vocabulário controlado do *Medical Subject Heading Terms* (MeSH): *Educational Technology; Technology; Nursing Process; Teaching e Health Services*.

Após a seleção dos descritores e das equivalências, realizou-se a pesquisa eletrônica dos estudos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, COCHRANE, WEB OF SCIENCE, PSYCHINFO, LILACS, ERIC, Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *The National Library of Australia's Trobe* (Trove), *Academic Archive Online* (DIVA), *DART-Europe E-Theses Portal*, *Electronic Theses Online Service* (Ethos), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), *National ETD Portal*, *Theses Canada*, teses e dissertações da América Latina. A partir da identificação mediante a Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), padronizou-se a coleta nessas bases, no primeiro semestre de 2022, aos pares de coletadores.

Na seleção dos artigos, utilizou-se o recurso dos operadores booleanos AND e OR, conforme descrito na estratégia elaborada pelas autoras: *Healthcare Models OR (Patient-Centered Care OR Health Care OR Continuity of Patient Care) AND Patient Participation OR (Physician-Patient Relations OR Patient Acceptance of Health Care OR Patient Compliance OR Self-Management OR Self Care OR Patient Generated Health Data OR Expert Patient) AND Chronic Disease OR (Progressive Patient Care OR Patient Acuity OR Critical Care)*.

Não houve delimitação de tempo e de idioma. Os editoriais, relatos de experiência, ensaios teóricos, estudos de reflexão, livros, e as outras revisões e pesquisas que não se apresentavam na íntegra foram excluídos. Para a análise, foram excluídos os artigos que não estavam de acordo com a questão de pesquisa.

A amostra final foi composta com base na leitura dos materiais na íntegra, analisados mediante os indicadores de coleta de dados como: o ano de publicação do estudo, o país de origem, o tipo de estudo, a classificação do estudo, o objetivo, o método, o nível de evidência, o ambiente do cuidado, as estratégias utilizadas para o cuidado, os sujeitos envolvidos e os principais resultados/conclusões.

Os resultados foram digitados em planilhas eletrônicas disponíveis no programa *Microsoft Office Excel* 2010, e analisados pela estatística descritiva simples. Salienta-se que o estudo foi realizado com os dados de domínio público, portanto, a apreciação ética não foi necessária.

Resultados

A partir da análise das buscas nas bases de dados, 1.438.892 estudos foram identificados na busca inicial e, mediante os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de dez publicações (Figura 1).

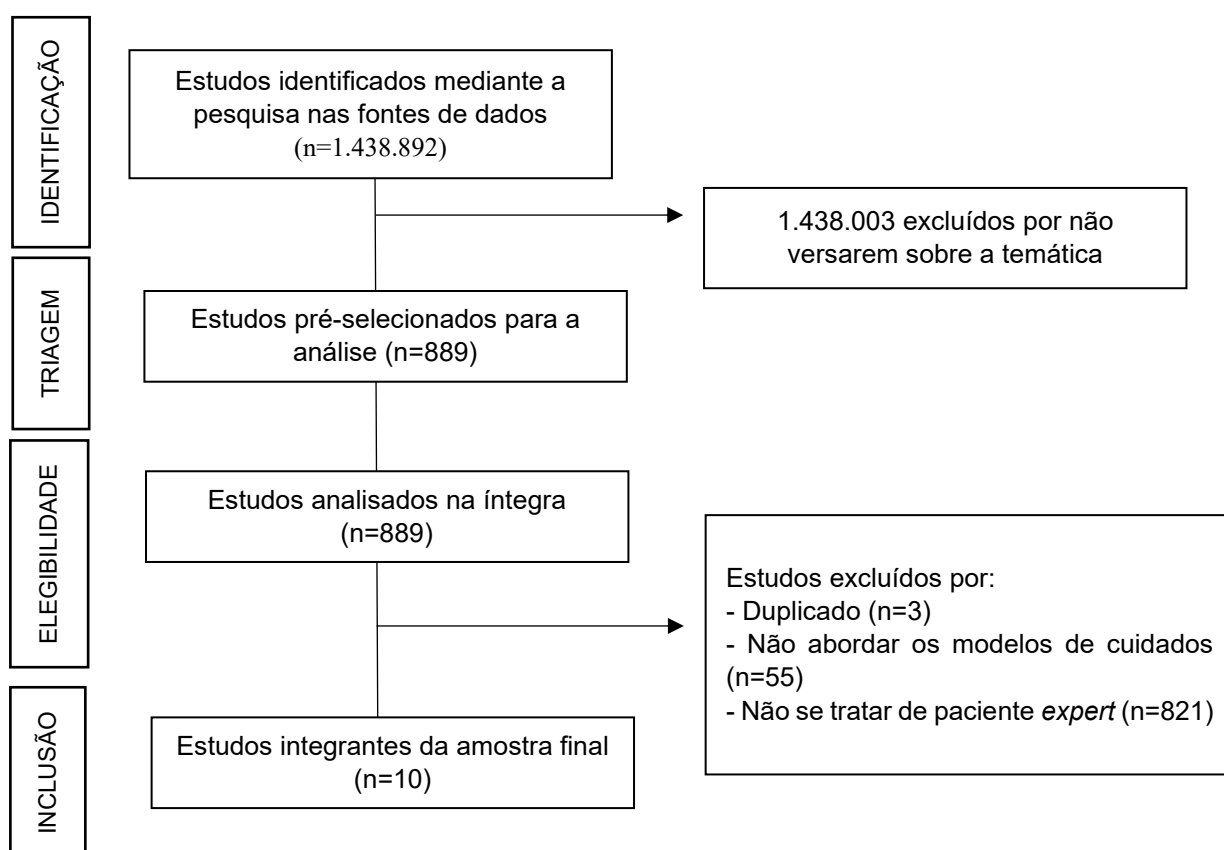


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos (n=10). Natal (RN), Brasil, 2022.

Quanto ao ano de publicação, 2016, 2019 e 2021 sobressaíram-se dentre os demais com duas (20%) publicações cada (Figura 2).

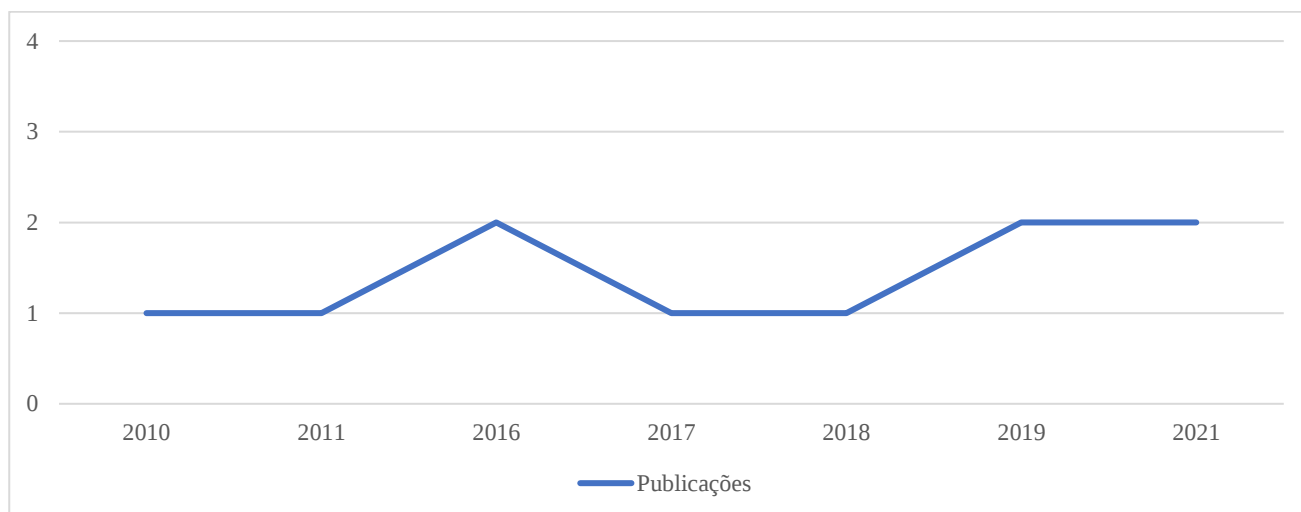


Figura 2 - Ano de publicação dos artigos em números absolutos. Natal (RN), Brasil, 2022 (n=10).

Todas as publicações foram provenientes de artigos. No que se refere ao país de origem, o Irã (30%) foi o mais prevalente, seguido do Canadá (20%).

Os principais achados sobre os tipos de estudos, do nível de evidência, do ambiente do cuidado, das estratégias utilizadas e dos sujeitos envolvidos estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Quadro síntese dos indicadores de coleta e dos principais achados dos tipos de estudos, do nível de evidência, do ambiente do cuidado, das estratégias utilizadas e dos sujeitos envolvidos no processo (n=10). Natal (RN), Brasil, 2022.

INDICADORES DE COLETA	PRINCIPAIS ACHADOS
Tipo de estudo	- Ensaio clínico randomizado (n=2) (20%) - Ensaio clínico controlado (n=2) (20%) - Estudo misto (n=1) (10%) - Estudo qualitativo (n=1) (10%) - Quase experimental (n=1) (10%) - Revisão sistemática (n=1) (10%) - Descritivo exploratório (n=1) (10%) - Experimental (n=1) (10%)
Nível de evidência ¹³	- Nível I (n= 4) (40%) - Nível II (n= 2) (20%) - Nível III (n= 1) (10%) - Nível IV (n= 1) (10%) - Nível V (n= 2) (20%)
Ambiente do cuidado	- Clínica/Centro de HD (n=2) (16,6%) - Domicílio (n=4) (33,3%) - Atenção Primária à Saúde (n=2) (16,6%) - Ambulatório (n=3) (25%) - Hospital (n=1) (8,3%)
Estratégias utilizadas	- Entrevistas (n=1) (10%) - Recursos/aplicativos eletrônicos (n=3) (30%) - Intervenções educativas (n=6) (60%)

Sujeitos envolvidos	- Pacientes (n=3) (25%) - Profissionais da saúde (n=5) (41,6%) - Não citado (n=4) (33,3%)
----------------------------	---

O quadro 2 sintetiza os principais resultados e conclusões relacionados aos modelos de cuidados utilizados nos estudos.

Quadro 2 - Resultados e conclusões relacionados aos benefícios e à dificuldade dos modelos de cuidados empregados aos pacientes *experts* com DRC. Natal (RN), Brasil, 2022.

RESULTADOS E CONCLUSÕES DOS ESTUDOS ENCONTRADOS
No cuidado em diálise, a participação do paciente conota o compartilhamento de informações e conhecimentos, o aprendizado e o planejamento do cuidado, como a participação em decisões compartilhadas em relação ao tratamento e ao gerenciamento, e o envolvimento no gerenciamento dos próprios cuidados de saúde, das atividades de tratamento e/ou autocuidado. ¹⁵
A entrega de serviços individualizados, o apoio de autogestão, baseado em teoria e centrado na pessoa, tem potencial para ajudar os pacientes com DRC a atingir as metas clínicas e a melhorar os resultados de saúde e a qualidade de vida. ¹⁶
Um programa de autogestão e monitoramento de sintomas, baseado na <i>Internet</i> e integrado à atenção primária, tem o potencial de aumentar o atendimento aos pacientes com a multimorbidade. ¹⁷
O sistema de autogestão baseado em <i>smartphone</i> pareceu ser clinicamente útil para melhorar os cuidados com a DRC, pois teve um alto nível de aceitação por parte dos pacientes, e forneceu as informações oportunas e confiáveis para a equipe de atendimento clínico, sem interromper o seu padrão de fluxo de trabalho. ¹⁸
A intervenção de autogestão forneceu os benefícios adicionais, para os resultados renais e para a mortalidade por todas as causas, quando comparado ao tratamento padrão durante um seguimento de 13,44 meses, em pacientes com DRC sem a diálise. ¹⁹
Confirmaram os efeitos da intervenção educacional <i>e-learning</i> sobre a melhora da função renal e o tratamento da DRC. Os indivíduos do grupo de autocuidado vivenciaram as hospitalizações menos frequentes. ²⁰
Melhoria do manejo da DRC e da qualidade de vida dos pacientes; intervenções educativas por médicos e pacientes devem ser adotadas concomitantemente, e podem ajudar a controlar o enorme e crescente problema da Doença Renal Terminal (DRT). ²¹
A implementação do programa de treinamento para o autocuidado, de acordo com os achados desta pesquisa, é eficaz para aumentar as dimensões da qualidade de vida em pacientes em HD. ²²
Os participantes solicitaram um <i>Electronic Personal Health Record</i> (ePHR) ou Registro Eletrônico de Saúde Pessoal que fornece o acesso às informações atualizadas do paciente, facilita a comunicação paciente-profissional e aumenta a conscientização sobre as condições individualizadas do paciente. A função de mensagens, o conteúdo educacional adaptado às condições individuais dos pacientes e o acesso controlado às informações foram altos. ²³
As múltiplas facetas do Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (fornecimento de informações de saúde, educação do paciente, suporte por telefone e ajuda de um grupo de apoio) aumentaram de forma notória a capacidade do paciente de cumprir os regimes de medicação. Para melhorar os resultados dos pacientes, precisa-se de uma abordagem mais holística para o tratamento da DRC, que incluía SMS e a abordagem farmacológica tradicional. ²⁴

Discussão

A análise dos dados evidenciou a ocorrência de pesquisas a partir de 2010, com a maior prevalência nos anos de 2016, 2019 e 2021. Identificou-se que apesar do termo “paciente *expert*” ter emergido em 1990, por iniciativa da Universidade de Stanford, no contexto avaliado por este estudo, emerge após 20 anos, tempo próximo do estimado para

as práticas baseadas em evidências a serem incorporadas à rotina da prática geral na assistência à saúde.^{8,25}

Além disso, o aumento de produções, a partir de 2016, relaciona-se ao crescimento progressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais a DRC, precipitada pelo envelhecimento populacional nas últimas décadas.²⁻³

Em consonância a este perfil de morbimortalidade, em 2015, a OMS publicou o “Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde”, o qual incentivou a produção de ações de saúde direcionadas aos adultos longevos, com ênfase em sua autonomia, capacidade funcional, prevenção e controle das DCNT o que, conseqüentemente, influenciou a produção de estudos científicos sobre o paciente *expert* com DRC.²⁶

O quantitativo discreto de produções que constituíram a amostra final permite inferir que as discussões sobre o paciente *expert* com DRC ainda são incipientes, fato que pode estar correlacionado à pouca difusão do termo, às suas múltiplas interpretações, assim como às diferenças resultantes da tradução/adaptação em diversos países, com a diversidade de culturas e de sistemas de saúde.¹⁰

Salienta-se que, apesar do volume reduzido de publicações, a sua maior prevalência nos níveis de evidência I e II revela a disponibilidade de estudos científicos com a elevada qualidade metodológica, passíveis de replicação e contribuições para a prática em saúde nesta área.

Constatou-se que o Irã e o Canadá foram os países com o maior quantitativo de produções relativas ao paciente *expert* com DRC. Apesar de não haver clareza sobre os motivos que dão destaque ao primeiro país, verifica-se que no Canadá o “Programa de Autogerenciamento de Doenças Crônicas de Stanford” está presente em muitas províncias e jurisdições do país, direcionado às estratégias de enfrentamento às múltiplas doenças crônicas.²⁷

Destaca-se que a maior parte dos estudos ocorreu nos ambientes domiciliares, ambulatoriais e em outros ambientes de menor densidade tecnológica; logo, entende-se que o sujeito está inserido em seu contexto social, familiar e nos espaços em que realiza suas atividades diárias.

Essas premissas apresentam-se como os conseqüentes estimados e desejados nos modelos de atenção direcionados aos pacientes *experts*, uma vez que propiciam a capacitação do sujeito e estimulam a autonomia para gerenciar a sua condição clínica e retornar aos espaços de sua vivência.¹⁰

Além da autogestão da condição de saúde, os modelos de cuidado direcionados ao paciente *expert* capacitam este paciente para ser a referência e compartilhar as suas

experiências frente ao seu processo de saúde-doença. Também, permite-lhes participar da formação e da comunicação com os profissionais e os demais pacientes, além de atuar como o representante de seus pares em pesquisas, junto às instituições, comitês, serviços e autoridades de saúde.^{9,10}

O desenvolvimento de habilidades no paciente *expert* com DRC, conforme evidenciado nos resultados, ocorre principalmente mediante a realização de intervenções educativas e o uso de recursos/aplicativos eletrônicos.

Compreende-se que as capacitações/atualizações mediadas por profissionais são essenciais para os modelos de cuidados direcionados ao paciente *expert*.⁹ Porquanto, no contexto atual da revolução tecnológica, a equipe de saúde habilitada facilita a condução destes pacientes na busca e na elaboração de conhecimentos consistentes, confiáveis e seguros.^{9,10,11}

Desse modo, o contato com profissionais capacitados propicia verificar a validade da informação obtida pelo paciente *expert*, dirimir as suas dúvidas e elaborar os novos conhecimentos qualificados e seguros que orientarão a sua autogestão e a de seus pares. Além disso, favorece aos profissionais de saúde reconhecer o papel dos pacientes como os parceiros e o eixo central do cuidado.^{9,10}

Outra estratégia utilizada junto aos pacientes *experts* com DRC, destacada nos estudos, versa sobre o uso de recursos/aplicativos eletrônicos. A disponibilidade destas tecnologias pode facilitar a consolidação de saberes e aptidões essenciais à condição de vida dos pacientes, uma vez que grande parte destes pacientes possui, além da *expertise* sobre sua saúde-doença, uma ampla alfabetização digital.^{10,11}

Tais ferramentas otimizam a comunicação entre os envolvidos no cuidado, pois permitem o esclarecimento de dúvidas e a conscientização sobre as situações individualizadas do paciente de forma rápida, sem a necessidade de ele sair de seu domicílio ou de estar na presença do profissional de saúde.²³

Destarte, corroboram a abordagem mais holística no tratamento da pessoa com DRC, além de subsidiar o cumprimento de metas terapêuticas, ao confluir para melhorar os seus resultados de saúde e a qualidade de vida.²⁴

O uso de outras possíveis estratégias direcionadas ao paciente *expert* com DRC proporciona reconhecer as suas próprias habilidades, dificuldades; desenvolver sua resiliência, conexões sociais; aperfeiçoar a consciência e o conhecimento. Além de facilitar o acesso às redes de apoio, estabelecer a confiança e o controle na autogestão, permite uma participação ativa e o fortalecimento nos cuidados desse sujeito.⁴

Nota-se que as ações realizadas para aprimorar a autogestão direcionam-se às necessidades dos pacientes e às suas particularidades, o que pode permitir o desenvolvimento de ferramentas que o coloquem como o foco de todo o processo de cuidado.

Para mais, a autogestão se destaca como um direcionamento para auxiliar no aprimoramento das habilidades e das técnicas de melhoria do autocuidado dos pacientes. Tal compreensão evidencia a autogestão como uma das estratégias mais benéficas ao paciente com DRC, por proporcionar a alteração dos fatores de risco para a progressão da doença.¹⁹

Diante os resultados, o treinamento para o autocuidado aparece como um modelo de cuidado eficaz para a qualidade de vida em pacientes com DRC submetidos à HD. Esta atividade pode propiciar o restabelecimento da função física e melhorar a saúde mental mediante a sensibilização dos pacientes.²²

Todavia, as dificuldades são evidenciadas nos estudos, com o realce para o déficit de conhecimento relativo à HD, ao autocuidado relacionado a esse tratamento. Assim, sugerem-se as ações educativas que envolvam os cuidados com esse procedimento e os seus dispositivos, por meio de treinamento e do uso de ferramentas que auxiliem os pacientes a compreenderem, identificarem e colocarem em prática as suas habilidades.^{1,22,28} Estas práticas promovem o envolvimento dos pacientes e torna-os protagonistas no controle sobre as decisões ou as ações que afetam o seu bem-estar.

Os modelos de cuidados, ora apresentados, se mostraram úteis por proporcionar a realização de atividades preventivas e educativas ao sensibilizar os pacientes no manejo de seu autocuidado, além da adesão ao tratamento de forma adequada com a contribuição para a redução da morbimortalidade em relação à DRC.²⁸

Identificam-se como limitações do estudo os procedimentos de extração dos dados, em virtude da multiplicidade de termos adotados para o objeto em análise. Visto, o vocábulo paciente *expert* ainda não ser difundido largamente, o que pode ter afetado os achados desta pesquisa.

Conclusão

Os modelos de cuidado para os pacientes *experts* com DRC baseiam-se, particularmente, em capacitações/atualizações mediadas por profissionais de saúde treinados com o apoio de recursos tecnológicos.

Estas estratégias facilitam a comunicação entre os participantes do cuidado (profissionais, pacientes e familiares), promovem a autogestão destes pacientes, a fim de habilitá-los para um papel ativo em seu tratamento e em outros cuidados de saúde.

Compreende-se que este estudo contribuiu para a sumarização dos principais modelos de cuidado direcionados aos pacientes *experts* com DRC, bem como auxiliou na produção de evidências que possibilitam esclarecer, organizar e planejar as melhores ações que qualifiquem a assistência para este público.

Para mais, salienta-se a necessidade de elaborar as estratégias direcionadas aos pacientes *experts* com DRC que explorem outras habilidades, e que resultem em mais benefícios aos pacientes com esta condição, ao cuidado em saúde e ao sistema de saúde.

Contribuições dos autores

Concepção do estudo: Renilly de Melo Paiva, Marianny Nayara de Paiva Dantas, Larissa Arielly Cunha da Silva, Daniele Vieira Dantas, Isabel Morales Moreno, Daniel Guillén Martínez, Viviane Euzébia Pereira Santos. **Coleta de dados:** Renilly de Melo Paiva, Marianny Nayara de Paiva Dantas, Larissa Arielly Cunha da Silva, Daniele Vieira Dantas, Isabel Morales Moreno, Daniel Guillén Martínez, Viviane Euzébia Pereira Santos. **Análise e interpretação dos dados:** Renilly de Melo Paiva, Marianny Nayara de Paiva Dantas, Larissa Arielly Cunha da Silva, Daniele Vieira Dantas, Isabel Morales Moreno, Daniel Guillén Martínez, Viviane Euzébia Pereira Santos. **Redação do manuscrito:** Renilly de Melo Paiva, Marianny Nayara de Paiva Dantas, Viviane Euzébia Pereira Santos. **Revisão crítica do manuscrito:** Renilly de Melo Paiva, Marianny Nayara de Paiva Dantas, Larissa Arielly Cunha da Silva, Daniele Vieira Dantas, Isabel Morales Moreno, Daniel Guillén Martínez, Viviane Euzébia Pereira Santos. **Aprovação da versão final do texto:** Renilly de Melo Paiva, Marianny Nayara de Paiva Dantas, Larissa Arielly Cunha da Silva, Daniele Vieira Dantas, Isabel Morales Moreno, Daniel Guillén Martínez, Viviane Euzébia Pereira Santos.

Conflito de interesse

Os autores declararam que não há conflito de interesse.

Referências

1. Benites GO, Figueiredo PP, Canuso LDS, Francioni FF. Construção de tecnologia educativa para o autocuidado de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. Research, Society and development. 2022. [cited 2022 July 13] 11(2):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.22269>

2. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, *et al.* Global, regional and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2017. *Lancet*. 2020. [cited 2022 July 13] 395(10225), p.709-733. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Dia Mundial do rim - 2020. Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2020. [cited 2022 July 13] Available from: <https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/dia-mundial-do-rim/>
4. Kalantar-Zadeh K, Li PK, Tantisattamo E, Kumaraswami L, Liakopoulos V, Lui S, *et al.* Viver bem com doença renal através da capacitação do paciente e do cuidador: saúde dos rins para todos em todos os lugares. *J Bras Nefrol*. 2021. [cited 2022 July 13]. 43(2):142-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0241>
5. Lima CLS, Rodrigues PP, Pinho PTR, Silva JP. Cuidados de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica na unidade de hemodiálise: Revisão integrativa. *Revista interdisciplinar encontro das ciências*. [cited 2022 July 13]. 2021;4(3):399-408. Available from: <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/229>
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde. OPAS, 2012. [cited 2024 Sept 10]. Available from: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-improving-chronic-ill-2012-port.pdf>
7. Contel JC. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enferm Clin*. 2018. [cited 2022 July 13]. 28(1):1-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.002>
8. Achury-Saldaña DM, Restrepo L, Munar MK, Rodríguez I, Cely MC, Abril N, *et al.* Efecto de un programa de paciente experto en insuficiencia cardíaca. *Enferm. glob*. 2020. [cited 2022 July 13] 19(57) :479-92. DOI: <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.361801>
9. Malloggi L, Leclère B, Le Glatin C, Moret L. Patient involvement in healthcare workers' practices: how does it operate? A mixed-methods study in a French university hospital. *BMC Health Serv*. 2020;[cited 2022 July 13]20(391) :1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>
10. Bezerril MS, Moreno IL, Ayllón FS, Lira ALBC, Cogo ALP, Santos VEP. Análise do conceito de paciente expert segundo o modelo de Walker e Avant. *Texto contexto - enferm*. 2022;[cited 2022 July 23]31(1)e20210167:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0167pt>
11. Knorst GRS, Jesus VM, Menezes Junior AS. A relação com o médico na era do paciente expert: Uma análise epistemológica. *Interface (Botucatu)*. 2019;[cited 2022 July 13] 23(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180308>
12. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIC Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. [cited 2024 Sept 10]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
13. Peters MDJ, Godfrey C, Mcinerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, *et al.* Reviewer's manual: 2020 edition/supplement. Joanna Briggs Institute. The University of Adelaide,

- Austrália: JBI, 2020. [cited 2022 july 15] Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;[cited 2022 july 15]169(7):467–73. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 15. Arestedt L, Martinsson C, Hjelm C, Uhlin F, Eldh AC. Patient participation in dialysis care- A qualitative study of patients' and health professionals' perspectives. *Wiley Online Library.* 2019; [cited 2022 july 15]22(1):1285–93. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12966>
 16. Havas K, Douglas C, Bonner A. Meeting patients where they are: improving outcomes in early chronic kidney disease with tailored self-management support (the CKD-SMS study). *BMC Nephrol.* 2018; [cited 2022 july 19]19(279):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1075-2>
 17. Lear SA, Norena M, Banner D, Whitehurst DGT, Gill S, Burns J, *et al.* Assessment of an Interactive Digital Health–Based Self-management Program to Reduce Hospitalizations Among Patients With Multiple Chronic Diseases A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open.* 2021[cited 2022 july 19];4(12):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40591>
 18. Ong SW, Jassal SV, Miller JA, Porter EC, Cafazzo JA, Seto E, *et al.* Integrating a Smartphone-Based Self-Management System into Usual Care of Advanced CKD. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016[cited 2022 july 19];11(6):1054-62. DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.10681015>
 19. Peng S, He J, Huang J, Lun L, Zeng J, Zeng S, *et al.* Self-management interventions for chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrol.* 2019. [cited 2022 july 19];20(1):42-55. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1309-y>
 20. Barahimi H, Zolfaghari M, Abolhassani F, Foroushani AR, Mohammadi A, Rajaei F. E-Learning Model in Chronic Kidney Disease Management: a Controlled Clinical Trial. *Iran J Kidney Dis.* 2017. [cited 2022 july 19];11(4):280-5. Available from: <http://www.ijkd.org/index.php/ijkd/article/view/3005/934>
 21. Cueto-Manzano AM, Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. *Clin Nephrol.* 2010 [cited 2022 july 19];74(1):S99-104. DOI: <https://doi.org/10.5414/cnp74s099>
 22. Ghadam MS, Poorgholami F, Jahromi ZB, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (*Relying on Ferrans and Powers Questionnaire*). *Glob J Health Sci.* 2016[cited 2022 july 19];8(6):121-7. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p121>
 23. Toni E, Pirnejad H, Makhdoomi K, Mivefroshan A, Niazkhani Z. Patient empowerment through a user-centered design of an electronic personal health record: a qualitative study of user requirements in chronic kidney disease. *BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2021[cited 2022 july 19];21(329):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01689-2>

24. Chen SH, Tsai YF, Sun CY, Wu IW, Lee CC, Wu MS. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*. 2011[cited 2022 july 19];26(11):3560-6. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr047>
25. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*. 2015[cited 2022 july 19];3(1):1-32. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde Genebra: Organização Mundial de Saúde. 2015. [cited 2022 july 23] Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
27. Bartlett SJ, Lambert SD, Mccusker J, Yaffe M, Raad M, Belzile E, *et al*. Self-management across chronic diseases: Targeting education and support needs. *Patient Educ Couns*. 2020[cited 2022 july 23];103(2) :398-404. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.038>
28. Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, Santana PPC, Costa PAFS, Morais MC. Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doença renal crônica. *Revista pró-UniverSUS*. 2018. [cited 2022 july 25] 9(2), p.60-65. Available from: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1378>