

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
NA CAPACITAÇÃO PARA A ADESÃO TERAPÊUTICA
DA PESSOA EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE**

REALIZADO POR:
SÓNIA MARIA MONTEIRO FERREIRA

Barcarena, 2026



**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÓNICA**

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA CAPACITAÇÃO PARA A ADESÃO
TERAPÊUTICA DA PESSOA EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE**

Elaborado por:

Sónia Ferreira nº 202490024

Orientado por:

Professora Doutora Helena José

Professora Doutora Isabel Rabiais

Barcarena, março de 2026

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório”.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

“Ser Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica é assumir a responsabilidade de cuidar na complexidade, sem nunca perder de vista a pessoa.”

Sónia Ferreira

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

AGRADECIMENTO

À minha família, pilares essenciais deste percurso, pela presença constante, pelo apoio incondicional e pela serenidade com que sempre ajudaram a relativizar os obstáculos. Com o vosso suporte, os desafios tornaram-se mais leves e possíveis de superar.

Ao meu companheiro, pelo apoio inabalável, pela compreensão demonstrada e sobretudo, pela paciência e disponibilidade ao longo de todo este processo.

Às minhas amigas, pela amizade constante, pela escuta atenta e pelo apoio sempre presente ao longo deste percurso. A vossa presença, traduzida em palavras de incentivo, compreensão nos momentos de maior exigência e confiança nos momentos de dúvida, foi fundamental para manter o equilíbrio, a motivação e a perseverança necessários à concretização deste objetivo.

Às Professoras Doutoradas Helena José e Isabel Rabiais, pela orientação douta e pelos ensinamentos transmitidos, que promoveram o meu crescimento pessoal e profissional.

Às Enfermeiras Ana Filipa Gabirra e Elsa Moura, um profundo agradecimento pela orientação clínica, pelos saberes partilhados e pela disponibilidade e apoio constantes ao longo da realização dos estágios. Levo comigo, destes contextos formativos, contributos que importantes para o meu percurso de aprendizagem e evolução profissional.

A todos os colegas, pela partilha de experiências, pelo apoio mútuo e pela ajuda nos momentos mais exigentes deste percurso, tornando esta etapa mais significativa e enriquecedora.

À minha chefe, Enfermeira Regina, pelas palavras sábias, pelo incentivo constante e pela disponibilidade demonstrada na facilitação da conciliação entre a vida profissional e académica.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

RESUMO

Enquadramento: A doença renal crónica em estadio G5 tem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e nos sistemas de saúde. Em Portugal, a hemodiálise é a principal modalidade de substituição da função renal, exigindo a gestão contínua de um regime terapêutico complexo, que envolve medicação, restrições alimentares e hídricas, cuidados com o acesso vascular e mudanças no estilo de vida. Neste contexto, a adesão terapêutica é um fator determinante para a qualidade de vida e a prevenção de complicações.

A evidência científica e a prática clínica mostram que a não adesão é frequente e multifatorial, destacando a necessidade de intervenções de enfermagem especializadas, centradas na pessoa e orientadas para a capacitação e integração sustentada do regime terapêutico no quotidiano.

Objetivos: Descrever, analisar e refletir criticamente o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, bem como das competências de Mestre, adquiridas ao longo dos estágios, com especial enfoque na temática mais abordada no último estágio, a capacitação para a adesão terapêutica.

Metodologia: Adotou-se uma metodologia descritivo-reflexiva, alicerçada na análise crítica da prática em estágio e numa revisão rápida da literatura sobre intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica. O enquadramento teórico-conceitual é suportado pela teoria das transições de Meleis e pelo Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa.

Conclusão: As intervenções de enfermagem centradas na capacitação da pessoa em hemodiálise — nomeadamente a educação terapêutica individualizada, o apoio psicossocial, o acompanhamento contínuo e a promoção da decisão partilhada — revelam-se eficazes na promoção da adesão terapêutica e na adaptação à condição crónica. Neste contexto, a capacitação assume-se como eixo central da prática do enfermeiro especialista, favorecendo transições mais seguras, maior autonomia e a integração sustentada do regime terapêutico da pessoa com doença renal crónica.

PALAVRAS-CHAVE: adesão terapêutica; capacitação; doença renal crónica; hemodiálise; intervenção do enfermeiro.

ABSTRACT

Background: Stage G5 chronic kidney disease has a significant impact on people's quality of life and on healthcare systems. In Portugal, haemodialysis is the main form of renal replacement therapy, requiring continuous management of a complex therapeutic regimen involving medication, dietary and fluid restrictions, vascular access care and lifestyle changes. In this context, therapeutic adherence is a determining factor for quality of life and the prevention of complications.

Scientific evidence and clinical practice show that non-adherence is frequent and multifactorial, highlighting the need for specialised nursing interventions that are person-centred and oriented towards empowerment and the sustained integration of the therapeutic regimen into daily life.

Objectives: To describe, analyse and critically reflect on the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Chronic Situations, as well as the skills of the Master's degree, acquired throughout the internships, with a special focus on the topic most addressed in the last internship, training for therapeutic adherence.

Methodology: A descriptive-reflective methodology was adopted, based on a critical analysis of internship practice and a rapid review of the literature on nursing interventions that promote therapeutic adherence. The theoretical-conceptual framework is supported by Meleis' theory of transitions and the Person-Centred Care Model.

Conclusion: Nursing interventions focused on empowering people on haemodialysis — namely individualised therapeutic education, psychosocial support, continuous monitoring and the promotion of shared decision-making — prove to be effective in promoting therapeutic adherence and adaptation to chronic conditions. In this context, empowerment is central to the practice of specialist nursing, promoting safer transitions, greater autonomy and sustained integration of the therapeutic regimen of people with chronic kidney disease.

KEYWORDS: Chronic Kidney Disease; empowerment; nursing care; renal dialysis; treatment adherence and compliance.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	23
1.1. Estágio I – Serviço de internamento de nefrologia	23
1.2. Estágio II - Caracterização da Unidade de Hemodiálise	26
2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	31
2.1. A doença crónica e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	31
2.2. A doença renal crónica	32
2.3. Hemodiálise.....	35
2.4. Capacitação da pessoa em programa de hemodiálise	36
2.5. Adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise	38
2.6. Intervenção do Enfermeiro Especialista na capacitação para a adesão terapêutica	42
2.7. Teoria das Transições e Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa	44
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DA FUTURA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA	53
3.1. Análise crítico- reflexiva das competências comuns	56
3.2. Análise crítico-reflexiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.....	66
3.2.1. Cuida com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	66
3.2.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	73
3.3. Análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências de Mestre.....	77
4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO FORMATIVO E DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	81
5. SÍNTESE FINAL.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS.....	i
ANEXO I - Webinar de lançamento do White paper “Material de penso de ação.....	ii
ANEXO II - Webinar “Prevenção da infeção do local cirúrgico”	iv

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

ANEXO III - Certificado de participação no congresso Cascais International Health Forum	vi
ANEXO IV - Certificado de participação no workshop prático - wound hygiene.....	viii
ANEXO V - Certificado de participação no Fórum ELCOS “Feridas complexas: uma Prioridade Nacional em Investigação, Inovação e Cuidados”	x
ANEXO VI - Certificado de participação no “XVI Fórum Internacional de Feridas e Úlceras” - ELCOS	xiii
ANEXO VII - Sessão de formação Idoneidade Formativa.....	xvi
ANEXO VIII - Certificado de apresentação de comunicação oral	xviii
ANEXO IX - Publicação em revista científica	xx
ANEXO X - Certificado Webinar wounds week	xxii
ANEXO XI – Certificado de formação online Ferida cirúrgica	xxiv
ANEXO XII – Certificado de formação online “Material de penso de ação terapêutica para a gestão da inflamação e da infeção”	xxvi
ANEXO XIII - Certificado de formação online “Feridas agudas não cirúrgicas, mas complexas”	xxviii
ANEXO XIV - Certificado de participação no 1º Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULSLO	xxx
ANEXO XV - Certificado de participação em Formação em serviço de acessos vasculares para hemodiálise da ULSLO.....	xxxii
APÊNDICES	xxxiv
APÊNDICE I - Folheto informativo cuidados à FAV	xxxv
APÊNDICE II - Folheto informativo cuidados ao CLD	xxxviii
APÊNDICE III - QR code de acesso ao folheto informativo sobre cuidados à FAV	xxxix
APÊNDICE IV - QR code de acesso ao folheto informativo sobre cuidados ao CLD.....	xli
APÊNDICE V - QR code de acesso ao folheto Hiperfosfatemia.....	xliii
APÊNDICE VI - Folheto informativo adesão terapêutica na hiperfosfatemia com prurido associado.....	xliv

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

APÊNDICE VII - Cartaz sensibilização para a promoção da lavagem do braço com acesso arteriovenoso prévia à canulação	xlvii
APÊNDICE VIII – Estudo de caso I	xlix
APÊNDICE IX – Estudo de caso II	lxxx
APÊNDICE X – Projeto de segurança e melhoria continua	cvi
APÊNDICE Xi – Cartaz de Sensibilização.....	cxx

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática da Teoria das Transições	47
Figura 2 - Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa	49

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CLD – Cateter de Longa Duração

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DRC – Doença renal crónica

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

FAV – Fístula Arteriovenosa

GBD – Global Burden of Disease Study

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

IRC – Insuficiência Renal Crónica

ISBAR – Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

JBI – Joanna Briggs Institute

KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes

LDL – Low-Density Lipoprotein

NEPHRUS – Sistema de Registo Clínico em Nefrologia

NPSF – National Patient Safety Foundation

NRS-2002 – Nutritional Risk Screening 2002

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PCC – População, Conceito, Contexto

RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario

SGS – Société Générale de Surveillance

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Terapêutica de Substituição da Função Renal

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

ULPPCIRA – Unidade Local de Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas representam, na atualidade, um dos mais relevantes desafios para os sistemas de saúde, dada a sua natureza prolongada e o impacto multidimensional que exercem sobre a vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Este tipo de condições requer intervenções contínuas e integradas, orientadas para a promoção da qualidade de vida e a prevenção de complicações. Entre as diversas categorias de doenças crónicas, destacam-se as doenças crónicas não transmissíveis, pela sua elevada prevalência, contributo significativo para a morbilidade e mortalidade globais e pelo peso socioeconómico que representam para os sistemas de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define estas condições como sendo de longa duração, de progressão geralmente lenta, resultantes da interação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. A sua crescente prevalência encontra-se estreitamente associada ao envelhecimento populacional e à transição epidemiológica, traduzindo-se num aumento significativo da complexidade clínica e organizacional dos cuidados de saúde (OMS, 2023).

Esta realidade impõe a adoção de modelos de cuidados integrados e centrados na pessoa, capazes de ultrapassar abordagens desarticuladas. A OMS sublinha a importância da prevenção, da capacitação para a autogestão e da adaptação à evolução da doença como elementos determinantes para a obtenção de melhores resultados e sustentabilidade dos sistemas de saúde (OMS, 2020).

Entre as doenças crónicas, a doença renal crónica (DRC) assume particular relevância pelo seu impacto crescente a nível global. De acordo com dados do *Global Burden of Disease Study*, em 2023 cerca de 788 milhões de adultos viviam com esta condição de saúde, em todo o mundo, correspondendo a aproximadamente 14,2% da população adulta, posicionando-a entre as principais causas de morbilidade e incapacidade a nível mundial. A progressão da doença renal crónica associa-se a repercussões físicas, emocionais e sociais significativas, com impacto direto na qualidade de vida da pessoa e família/cuidadores, exigindo cuidados de enfermagem capazes de responder à complexidade clínica e às necessidades biopsicossociais inerentes (Costa Macedo et al., 2025; Piedade et al., 2024).

A pessoa em programa de hemodiálise enfrenta um plano terapêutico particularmente complexo e exigente, que integra dimensões farmacológicas, dietéticas, de restrição hídrica, autocuidados ao acesso vascular e alterações no estilo de vida. Neste contexto, a adesão terapêutica constitui um fator decisivo para a estabilidade clínica, a prevenção de complicações e a qualidade de vida. Importa, porém, sublinhar que a adesão não se reduz a um comportamento isolado, configurando-se como um fenómeno multidimensional e dinâmico, influenciado por determinantes clínicos, psicossociais e organizacionais, o que torna frequentemente insuficientes abordagens pontuais e fragmentadas (OMS, 2003).

A Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) destaca que a eficácia do tratamento dialítico depende, em grande medida, da adesão consistente e integrada às múltiplas componentes do plano terapêutico, que se estendem além da realização das sessões de diálise (KDIGO, 2024).

Neste contexto, a vivência da doença renal crónica em estadio G5 e do tratamento dialítico configura-se como uma transição complexa, exigindo um processo contínuo de adaptação e reorganização do quotidiano, marcado por alterações nos papéis, nas relações interpessoais, na perceção de si e do mundo (Meleis, 2010).

Perante esta realidade, os cuidados de enfermagem assumem uma relevância central na resposta às necessidades da pessoa com doença crónica, ao reconhecê-la como foco do cuidado e ao promoverem uma relação de parceria ao longo de todo o processo de cuidados. Neste âmbito, o enfermeiro especialista distingue-se pela responsabilidade na conceção, implementação e avaliação de intervenções diferenciadas, sustentadas na evidência científica e ajustadas às necessidades, valores e contexto de vida da pessoa (OE, 2017, 2018).

Os cuidados de enfermagem enquadram-se no paradigma da transformação, que concebe a pessoa como um ser unitário, dinâmico e em permanente interação com os contextos interno e externo, entendendo a saúde como uma experiência vivida e subjetivamente interpretada. Neste quadro de complexidade, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica orienta-se para a facilitação dos processos adaptativos e para a integração da condição de

saúde no projeto de vida de cada pessoa.

Sustentado em competências de avaliação multidimensional e promoção do autocuidado o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica concebe e implementa intervenções ajustadas às necessidades, valores e contexto de vida da pessoa e família/cuidadores, promovendo a tomada de decisão informada, a prevenção de complicações e a vivência de transições mais saudáveis ao longo do curso da doença crónica (OE, 2018).

A experiência clínica vivenciada em contexto de estágio despertou a atenção para a presença frequente de comportamentos de não adesão terapêutica em pessoas em programa de hemodiálise, manifestados por ganhos ponderais interdialíticos excessivos, absentismo às sessões, alterações persistentes dos parâmetros analíticos, designadamente hiperfosfatemia e hipercalemia, bem como por cuidados inadequados com os acessos vasculares e estilos de vida pouco saudáveis. Esta constatação constituiu como o elemento mobilizador da intervenção desenvolvida, orientando a prática clínica para a capacitação da pessoa para a adesão terapêutica, numa perspetiva centrada na pessoa e sustentada no conhecimento científico atual. A literatura confirma que a não adesão terapêutica nesta população, constitui um fenómeno prevalente e multifatorial, associado a maior risco de hospitalizações, aumento da mortalidade e maior utilização dos recursos de saúde, reforçando a necessidade de intervenções de enfermagem estruturadas e orientadas para a sua promoção (Win et al., 2025).

A literatura aponta para a eficácia de intervenções de enfermagem centradas na pessoa, designadamente programas de educação terapêutica individualizados, associados a suporte psicossocial e acompanhamento sistemático, na melhoria dos comportamentos de adesão e da qualidade de vida das pessoas em programa de hemodiálise (Ferreira & Magalhães, 2023; Win et al., 2025). À luz destes contributos, a capacitação da pessoa para a adesão terapêutica afirma-se como um eixo estruturante da intervenção do enfermeiro especialista, ao sustentar processos de adaptação progressiva à condição de saúde e favorecer a integração consciente e contextualizada das recomendações terapêuticas no quotidiano.

Ancorada no modelo de aquisição de competências de Patricia Benner, que reconhece a experiência e a aprendizagem em contexto clínico como determinantes do desenvolvimento da perícia profissional, a realização de uma revisão rápida da literatura constituiu uma estratégia deliberada para aprofundar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise. Esta permitiu articular o conhecimento científico mais recente com a experiência clínica vivida, sustentando uma prática reflexiva e informada, orientada para a tomada de decisão clínica fundamentada (Benner, 2001).

Com o propósito de sustentar a prática clínica especializada e a tomada de decisão informada na evidência, elaborou-se uma revisão rápida da literatura, estruturada pela estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) e conduzida de acordo com as orientações metodológicas da Cochrane para revisões rápidas da literatura. A seleção e apreciação dos resultados foram apoiadas pelos instrumentos padronizados para a avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos do JBI (Joanna Briggs Institute), recorrendo a uma síntese narrativa. Em termos globais, a evidência sugere maior potencial de efetividade quando as intervenções privilegiam a continuidade de cuidados, a educação estruturada e personalizada, a inclusão dos recursos tecnológicos e a articulação multidisciplinar, sendo a relação terapêutica apontada como um elemento transversal na capacitação para a autogestão.

No contexto do percurso formativo conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, o projeto de estágio foi concebido como uma oportunidade de articular a prática clínica especializada com a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências avançadas. Neste sentido, este foi delineado tendo com a temática central “A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise”, orientando a consolidação de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais inerentes ao perfil do enfermeiro especialista.

Apresentam-se de seguida os objetivos do presente relatório.

Definiu-se como objetivo geral:

-Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica nos domínios científico, técnico, ético e relacional, na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise.

De forma articulada, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores com doença renal crónica em estadio G5 na pessoa em programa de hemodiálise;
- Maximizar o ambiente terapêutico na gestão das complicações associadas à doença renal crónica em estadio G5 na pessoa em programa de hemodiálise.

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio II com Relatório – Unidades de Tratamento Ambulatório e Estruturas de Apoio na Comunidade, integrado no I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Este constitui o culminar do percurso formativo, refletindo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, conforme os Regulamentos n.º 140/2019(b) e n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, bem como das competências de Mestre estabelecidas no Decreto-Lei n.º 65/2018, através da análise crítico-reflexiva das atividades e intervenções de enfermagem implementadas no decurso dos estágios.

Em termos estruturais, este relatório organiza-se a partir da introdução, seguindo-se, no Capítulo I, a caracterização dos locais de estágio. O Capítulo II apresenta o enquadramento conceitual, no qual são analisados os principais conceitos abordados ao longo do relatório, bem como os referenciais teóricos que sustentaram a prática desenvolvida, integrando ainda a contextualização da problemática identificada durante o estágio. O Capítulo III contempla uma análise crítico-reflexiva das competências comuns, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e das competências de Mestre, desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

No Capítulo IV, é apresentada uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) do processo formativo realizado em contexto de estágio. O relatório conclui com uma síntese final, na qual se refletem os principais contributos e aprendizagens decorrentes do percurso formativo.

Os Apêndices e Anexos, apresentados no final do relatório, integram os documentos que complementam e fundamentam o caminho percorrido, permitindo aprofundar a informação descrita no corpo do texto.

A sua elaboração seguiu as normas da *American Psychological Association (APA)* 7.^a edição, assegurando o rigor e a integridade científica inerentes à produção académica. A estrutura do trabalho respeita as “Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista” (Ordem dos Enfermeiros, 2021), articulando-se igualmente com as recomendações institucionais constantes no documento *Orientações Para a Elaboração do Relatório (ESSATLA, 2025)*.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A informação relativa à caracterização, organização e recursos dos contextos de estágio foi obtida a partir do Manual de integração de enfermeiros da instituição e de informação institucional disponibilizada no sítio da internet oficial da entidade.

Os estágios clínicos desenvolveram-se em dois contextos clínicos distintos e complementares, integrados no serviço de nefrologia de uma instituição hospitalar de referência nacional no atendimento à pessoa com doença renal crónica. Esta organização possibilitou uma abordagem integrada e contínua ao longo dos diferentes estádios de evolução da doença, favorecendo a compreensão e a integração do circuito assistencial entre os diversos níveis de cuidados.

1.1. Estágio I – Serviço de internamento de nefrologia

O Estágio I, correspondente às Unidades de Internamento, integrou o plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, tendo decorrido no 1.º ano, 2.º semestre, ao longo de um período de 10 semanas, compreendido entre 12 de maio e 19 de julho de 2025. Este estágio foi realizado no serviço de internamento de nefrologia, unidade que assegura a prestação de cuidados de saúde a pessoas com doença renal crónica em diferentes fases de evolução da doença.

A instituição hospitalar iniciou a sua atividade assistencial em 1980, com o objetivo de colmatar as lacunas então existentes em Portugal na realização de procedimentos especializados nas áreas da nefrologia e cardiologia, que à data, implicavam frequentemente a referenciação para unidades de saúde no estrangeiro.

Desde então, a instituição tem vindo a afirmar-se como uma entidade de referência e de carácter pioneiro nestas especialidades clínicas, destacando-se por marcos históricos relevantes, nomeadamente a realização do primeiro transplante renal em Portugal, em 1985, bem como do primeiro transplante renal com dador vivo. A instituição integrou um centro hospitalar em 2005 e a partir de 1 de janeiro de 2024, passou a integrar a Unidade Local de Saúde (ULS). Este percurso reflete uma cultura organizacional orientada para a diferenciação

assistencial, a inovação tecnológica e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, assente na integração vertical e funcional dos cuidados, com vista ao reforço da acessibilidade, da continuidade dos cuidados, da qualidade e da eficiência do sistema de saúde, conforme preconizado pelo modelo das Unidades Locais de Saúde.

O serviço de internamento de nefrologia dispõe de um total de vinte e sete camas, das quais vinte e duas se encontram distribuídas pela enfermaria e cinco integradas na Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT). Esta unidade destina-se à vigilância de pessoas em situação de instabilidade clínica, encontrando-se equipada com tecnologia avançada que permite a monitorização invasiva e não invasiva, assegurando uma avaliação clínica contínua.

A população internada é maioritariamente constituída por pessoas com doença renal crónica em diferentes estadios de evolução, incluindo aquelas que estão submetidas a terapêuticas de substituição da função renal, como hemodiálise e diálise peritoneal, pessoas transplantadas renais e sob tratamento conservador. O serviço acolhe ainda clientes com patologia nefrológica aguda ou em contexto de agudização, que requerem vigilância clínica diferenciada, frequentemente associada a contextos de multimorbilidade.

A área de influência deste serviço é alargada, abrangendo as unidades hospitalares integradas na respetiva ULS, bem como outras instituições hospitalares da sua área geográfica, servindo uma população estimada em cerca de 450.000 habitantes. Para além disso, o serviço assegura apoio especializado a aproximadamente 800 pessoas em programa de hemodiálise, seguidas em unidades satélite- entendidas como estruturas de hemodiálise extra-hospitalares articuladas com centros hospitalares de referência, recebendo ainda referências de âmbito nacional e provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). O serviço de internamento de nefrologia mantém uma articulação funcional estreita com as restantes áreas da especialidade, assegurando a continuidade e integração dos cuidados no percurso de cuidados da pessoa com doença renal crónica. Esta articulação concretiza-se através da colaboração permanente com a unidade de hemodiálise, a unidade de diálise peritoneal, a unidade de transplantação renal, a unidade de angiografia de intervenção em acessos vasculares e as consultas externas, incluindo consultas de nefrologia clínica, Hipertensão Arterial (HTA), dislipidemia e a consulta de opções terapêuticas, esta última

particularmente relevante na preparação das pessoas com doença renal crónica em estadio avançado para a tomada de decisão informada relativamente à terapêutica de substituição da função renal pela qual querem optar.

Para além da vertente assistencial, integra uma forte componente formativa e científica, participando ativamente na formação académica de profissionais de saúde de diferentes áreas e no desenvolvimento de projetos de investigação clínica. Esta articulação entre prestação de cuidados de saúde, ensino e investigação contribui para a atualização permanente do conhecimento e para a inovação contínua dos cuidados prestados.

A equipa de enfermagem é composta por quarenta e três enfermeiros, dos quais três desempenham funções de gestão e coordenação do serviço. Dos quarenta profissionais em prestação direta de cuidados, sete detêm o título de enfermeiro especialista. A equipa multidisciplinar integra ainda médicos nefrologistas, assistentes operacionais, assistente social, nutricionista e psicólogo, assegurando uma abordagem integrada e contínua à pessoa com doença renal crónica.

O método de trabalho adotado é o método individual, com atribuição diária a cada enfermeiro das pessoas sob a sua responsabilidade. Em cada turno é designado um enfermeiro responsável pela coordenação das atividades da equipa de enfermagem, função que, sempre que possível, é assegurada por um enfermeiro especialista.

No âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença renal crónica, encontram-se em desenvolvimento diversos projetos de intervenção comunitária, destacando-se o projeto “O MIR vai à escola”, que contempla a deslocação semanal de um enfermeiro e de um médico a estabelecimentos de ensino do 1.º ciclo, com a dinamização de atividades lúdico-pedagógicas orientadas para a promoção da saúde renal. Paralelamente, encontra-se em fase de desenvolvimento um canal de comunicação em parceria com a câmara municipal, dirigido à população em geral, com o objetivo de reforçar a literacia em saúde renal, promover a prevenção da doença renal crónica e incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis.

No domínio da qualidade, segurança e melhoria contínua dos cuidados, o serviço integra vários grupos de trabalho constituídos por enfermeiros designados como elos de ligação, que intervêm ativamente em áreas estratégicas, nomeadamente a gestão do risco, a identificação inequívoca da pessoa e a prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Estas dinâmicas incluem ainda a promoção de iniciativas institucionais de sensibilização dirigidas à comunidade, como a Semana do Rim.

O serviço assume-se igualmente como um contexto privilegiado para a formação de enfermagem pré- e pós-graduada, a aprendizagem clínica e o desenvolvimento profissional contínuo, acolhendo estudantes e profissionais em diferentes fases do seu percurso formativo.

1.2. Estágio II - Caracterização da Unidade de Hemodiálise

A unidade de hemodiálise constitui uma das valências especializadas do serviço de nefrologia, assumindo-se um pilar fundamental na prestação de cuidados à pessoa com insuficiência renal crónica (IRC) sob terapêutica substitutiva da função renal (TSFR). Iniciou a sua atividade assistencial em 1980 e tem vindo a consolidar uma prática clínica sustentada na evolução tecnológica e nas exigências da terapêutica dialítica contemporânea.

Do ponto de vista estrutural, a unidade dispõe de vinte e um monitores de hemodiálise, distribuídos por quinze postos de tratamento organizados em quatro salas, o que permite a realização de sessões de hemodiálise a pessoas internadas e em regime ambulatorio. Integra um dos mais extensos programas hospitalares de hemodiálise a nível nacional e encontra-se certificada pela *Société Générale de Surveillance* (SGS) desde junho de 2014, entidade internacional independente que atesta a conformidade dos processos assistenciais com referenciais externos de qualidade e segurança, destacando o compromisso institucional com a segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados.

Para além da hemodiálise, a unidade realiza técnicas dependentes de circulação extracorporeal, como a plasmaférese e a aférese de *low-density lipoprotein* (LDL), expandindo as opções terapêuticas disponíveis para pessoas com necessidades clínicas complexas.

Dispõe igualmente de medidas rigorosas de biossegurança, incluindo regimes de isolamento para pessoas com infeção pelo vírus da hepatite B, assegurando a proteção de clientes e profissionais, em consonância com as orientações de prevenção e controlo da infeção.

A integração da unidade de hemodiálise no serviço de nefrologia potencia uma abordagem articulada e multidisciplinar, facilitando a ligação com outras valências, como consultas especializadas e procedimentos de acesso vascular, promovendo a continuidade e a coordenação dos cuidados, numa lógica centrada nos cuidados integrados à pessoa com doença renal crónica.

Os cuidados são assegurados de forma contínua por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos nefrologistas, assistentes operacionais, assistente social e nutricionista. O serviço funciona vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, com presença física da equipa entre as 08h00 e as 23h30 e regime de prevenção no período noturno e aos domingos, assegurando a resposta adequada em situações emergentes.

A equipa de enfermagem é maioritariamente constituída por enfermeiros generalistas com vários anos de experiência profissional em hemodiálise e pelo domínio consistente dos processos e procedimentos específicos nesta área clínica. De acordo com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, estes profissionais situam-se maioritariamente no nível de proficiência, caracterizado por uma prática clínica eficaz, sustentada na compreensão global das situações de cuidado, na capacidade de antecipação de complicações e na tomada de decisão clínica fundamentada na experiência e no reconhecimento de padrões (Benner, 2001). Integra ainda enfermeiros especialistas, destacando-se a enfermeira gestora, responsável pela coordenação da equipa e pela gestão dos recursos técnicos e humanos, bem como outros enfermeiros especialistas que asseguram cuidados diferenciados, supervisão das práticas clínicas e formação dos pares. Embora a recomendação de pelo menos 50% de enfermeiros especialistas, conforme o Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019a) não se encontre totalmente cumprida, o serviço promove ativamente a formação contínua e a especialização dos profissionais, fatores reconhecidos como determinantes para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O método de trabalho adotado é o método individual, sendo cada enfermeiro diariamente designado para um posto específico, assumindo a responsabilidade pelos cuidados às pessoas sob os seus cuidados. Em cada turno é igualmente designado um enfermeiro responsável pela coordenação da equipa de enfermagem, função preferencialmente assegurada por um enfermeiro especialista.

Atendendo à elevada complexidade da terapêutica dialítica, a unidade dispõe de diversos grupos de trabalho orientados para a segurança, eficácia terapêutica e melhoria contínua dos cuidados. Destaca-se o grupo de gestão do acesso vascular, responsável pela vigilância e identificação precoce de disfunções, e o grupo de prevenção e controlo de infeção, em articulação com a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (ULPPCIRA). A existência e o funcionamento regular destes grupos evidenciam o compromisso do serviço com a qualidade e a segurança dos cuidados, apesar da dotação de enfermeiros especialistas não atingir plenamente as recomendações definidas pela OE, designadamente no que se refere à proporção de profissionais com formação especializada em contextos de elevada complexidade assistencial (OE, 2019a).

No período em que decorreu o estágio, encontrava-se em fase de implementação o sistema de registo clínico NEPHRUS, uma plataforma digital específica da área da nefrologia, orientada para a uniformização e sistematização da informação clínica da pessoa em programa de hemodiálise.

Os registos clínicos constituem um pilar estruturante da prática assistencial, indispensável à segurança dos cuidados e à monitorização sistemática da sua qualidade. No contexto da unidade onde decorreu o estágio, a implementação do NEPHRUS tem vindo a impulsionar uma transformação progressiva dos métodos de trabalho da equipa, promovendo a passagem de registos dispersos para um modelo mais integrado, padronizado e orientado para a continuidade de cuidados.

Ao nível da prática assistencial, o NEPHRUS constitui um suporte relevante ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados, ao facilitar o acesso partilhado à informação clínica pertinente, a monitorização sistemática de parâmetros clínicos e a rastreabilidade das

intervenções realizadas. Estas funcionalidades contribuem para uma prática consistente e normalizada, entre os profissionais, reforçando a fiabilidade dos registos e potenciando uma comunicação mais eficaz no seio da equipa.

Relativamente ao trabalho em equipa, a utilização progressiva de um sistema de informação comum, favorece uma abordagem mais integrada e interdisciplinar, ao promover a partilha estruturada da informação clínica e a coordenação dos cuidados, aspetos particularmente relevantes no acompanhamento de pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise.

A implementação do NEPHRUS promove a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, ao organizar e tornar mais fiável a informação clínica, reduzir omissões nos registos e apoiar a monitorização e a tomada de decisão, contribuindo para cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo apresenta o enquadramento conceptual que sustenta a análise desenvolvida ao longo do relatório, delimitando os conceitos estruturantes e os referenciais teóricos e normativos mobilizados para fundamentar a intervenção especializada em contexto de estágio. Parte-se de uma abordagem global à doença crónica enquanto fenómeno de elevada relevância clínica, social e organizacional, explicitando-se o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica na gestão da complexidade, na antecipação e mitigação do risco, na promoção da segurança e na garantia da continuidade dos cuidados. Seguidamente, aprofunda-se a doença renal crónica, enquadrando a sua expressão epidemiológica e o impacto da progressão para estadios avançados, bem como a necessidade de terapêuticas de substituição da função renal. Neste âmbito, a hemodiálise é apresentada enquanto modalidade predominante, caracterizando-se a sua natureza, exigências e repercussões no quotidiano e na qualidade de vida da pessoa. À luz desta realidade, desenvolvem-se os conceitos de capacitação e de adesão terapêutica, entendidos como processos dinâmicos e multidimensionais determinantes para a autogestão e para a integração sustentada do regime terapêutico nas pessoas em programa de hemodiálise. O capítulo integra, ainda, a reflexão sobre a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da adesão, articulando-a com abordagens colaborativas, nomeadamente a tomada de decisão partilhada, e com modelos de cuidados centrados na pessoa e na família/cuidadores. Por fim, a prática é enquadrada por referenciais da disciplina, em particular a Teoria das Transições de Meleis e o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, que conferem coerência, intencionalidade e consistência conceptual à interpretação dos processos vividos e às estratégias das intervenções descritas, sustentando uma prática diferenciada, crítica e orientada para resultados.

2.1. A doença crónica e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

O incremento sustentado da prevalência das doenças crónicas constitui um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde, exigindo respostas estruturadas, integradas e sustentáveis. Este fenómeno resulta da conjugação da transição demográfica, do envelhecimento populacional, da globalização dos padrões de consumo e das transformações nos estilos de vida,

traduzindo-se em elevados níveis de morbilidade, mortalidade prematura, diminuição da qualidade de vida e impacto económico significativo (OMS, 2018). A coexistência frequente de múltiplas comorbilidades, frequentemente associadas a condições clínicas complexas e de difícil controlo, acentua a complexidade das necessidades em saúde e reforça a pertinência de abordagens centradas na pessoa, desenvolvidas em articulação interdisciplinar (OE, 2018).

A experiência de viver com uma condição crónica, ultrapassa a dimensão estritamente biomédica, repercutindo-se de forma transversal nos domínios físico, psicológico, emocional, familiar e social, com impacto direto na autonomia, funcionalidade e participação ativa da pessoa na vida diária. Neste contexto, a intervenção Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica assume particular relevância, ao assegurar uma avaliação global e contínua das necessidades, o planeamento e a implementação de cuidados individualizados, orientada para a promoção do autocuidado, da adaptação à condição crónica e da prevenção de complicações decorrentes (OE, 2017).

O Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros estabelece que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica se centra no cuidar da pessoa com doença crónica, orientando-se para a compreensão das respostas humanas à doença, a antecipação e gestão do risco, a prevenção de complicações e a promoção da adaptação à condição de saúde prolongada, reconhecendo a pessoa e a família/cuidadores como parceiros ativos no processo de cuidados (OE, 2018). Complementarmente, o Regulamento n.º 140/2019(b) define que a prática do enfermeiro especialista se caracteriza por uma abordagem reflexiva, crítica e sustentada na evidência científica, integrando a promoção da segurança e a monitorização sistemática da qualidade dos cuidados, com vista à melhoria contínua da prática profissional e assistencial (OE, 2019b).

2.2. A doença renal crónica

A doença renal crónica constitui, na atualidade, um problema de saúde pública de elevada relevância à escala global, assumindo um peso progressivamente crescente no panorama epidemiológico mundial. As projeções apontam que, até 2040, esta poderá posicionar-se entre as principais causas de mortalidade, refletindo o impacto cumulativo do envelhecimento

populacional, do aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis e da melhoria da sobrevivência associada a outras patologias crónicas (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2025; Malheiro et al., 2025).

No contexto europeu, estima-se que a prevalência da doença renal crónica afete entre 8% e 10% da população adulta, evidenciando a magnitude epidemiológica desta condição e os desafios substanciais que coloca aos sistemas de saúde (Malheiro et al., 2025). Em Portugal, esta realidade assume contornos particularmente expressivos, observando-se uma incidência elevada e uma tendência de aumento do número de novos casos diagnosticados anualmente, o que reforça a relevância clínica, social e económica desta condição no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2025; Malheiro et al., 2025).

A progressão da doença renal crónica ocorre, frequentemente, de forma insidiosa e assintomática nas fases iniciais, contribuindo para diagnósticos tardios e para o compromisso irreversível da função renal, com impacto direto no prognóstico e no aumento da necessidade de terapêutica de substituição da função renal (Malheiro et al., 2025). No contexto nacional, a incidência de novas pessoas a iniciar TSFR mantém-se elevada, situando-se em cerca de 240 pessoas por milhão de habitantes, colocando Portugal entre os países europeus com maior prevalência da doença renal crónica em estadió G5 com necessidade de TSFR (Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), 2025).

No que respeita aos fatores etiológicos, a diabetes mellitus (DM) destaca-se como a principal causa de doença renal crónica em Portugal, sendo responsável por aproximadamente 31,3% dos casos, seguindo-se a HTA, associada a cerca de 11,2%, evidenciando a estreita relação entre a patologia cardiovascular e a progressão da mesma (SPN, 2025). Paralelamente, o envelhecimento demográfico assume um papel determinante na sua evolução epidemiológica. Dados recentes indicam que, em 2023, a idade média das pessoas em programa de hemodiálise era de 68 anos e que, em 2024, cerca de 31% das pessoas que iniciaram esta modalidade terapêutica tinham idade superior a 80 anos, evidenciando o aumento do número de novos casos em idades mais avançadas (SPN, 2025). Esta faixa etária apresenta particular vulnerabilidade à progressão da doença, em virtude da maior prevalência de DM e HTA, cujo efeito cumulativo contribui para a deterioração progressiva da função renal (SPN, 2025).

Do ponto de vista clínico, o seu diagnóstico baseia-se na presença de alterações estruturais ou funcionais do rim com duração superior a três meses, independentemente da etiologia subjacente (KDIGO, 2024). A classificação e estratificação da doença assentam no modelo CGA, que integra a identificação da causa da doença (C), a avaliação do grau de compromisso da função renal através da taxa de filtração glomerular (G) e a quantificação da lesão renal pela albuminúria (A). Este modelo permite uma avaliação abrangente do risco e do prognóstico, incluindo a probabilidade de progressão da doença, o risco cardiovascular e a mortalidade, constituindo uma referência central para a tomada de decisão clínica e terapêutica.

O estadiamento compreende a categorização da taxa de filtração glomerular em cinco estádios (G1 a G5) e da albuminúria em três níveis (A1 a A3), conforme preconizado pelas recomendações internacionais (KDIGO, 2024). A progressão para o estágio G5, definida por uma taxa de filtração glomerular inferior a $15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, corresponde à insuficiência renal terminal, fase em que a função renal residual se torna insuficiente para assegurar o equilíbrio hidroeletrólítico, metabólico e ácido-base, impondo a necessidade de terapêutica de substituição da função renal, nomeadamente hemodiálise, diálise peritoneal ou transplantação renal, como condição essencial para a sobrevivência (KDIGO, 2024).

Para além do impacto clínico, a doença renal crónica constitui um dos desafios mais prementes da saúde pública em Portugal, não apenas pela sua prevalência crescente, mas também pelos elevados custos socioeconómicos, particularmente nas fases mais avançadas da doença, e pela deterioração progressiva da qualidade de vida. Esta manifesta-se através de repercussões físicas, emocionais e psicossociais significativas, com impacto na autonomia, no bem-estar e na participação social das pessoas acometidas (Lima et al., 2021; SPN, 2023).

Em resposta a este desafio, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença renal crónica 2023–2026, que enfatiza os princípios da equidade, da segurança, da personalização e da integração de cuidados. Esta estratégia preconiza uma abordagem centrada na pessoa, contínua ao longo do percurso da doença, sustentada na prevenção, na intervenção precoce e na continuidade dos cuidados, enquanto dimensões determinantes para a melhoria dos resultados em saúde e da qualidade de vida (SNS, 2023).

Quando a doença evolui para estadios terminal, tornando a função renal residual insuficiente para assegurar a manutenção da vida, torna-se necessário recorrer a TSFR, entre as quais se destaca a hemodiálise como a modalidade mais amplamente utilizada (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), 2019; Murdeshwar et al., 2023).

A Norma n.º 017/2011 da DGS, estabelece que a decisão relativa à modalidade de TSFR deve resultar de um processo de decisão informada, desenvolvido em consulta multidisciplinar, no qual as diferentes opções terapêuticas disponíveis, hemodiálise, diálise peritoneal, transplantação renal e tratamento conservador são apresentadas de forma sistemática, imparcial e compreensível à pessoa, idealmente a partir do estadio G4 da doença (DGS, 2012).

Compreende-se, assim, que a doença renal crónica, enquanto processo dinâmico e evolutivo, exige uma compreensão aprofundada como pressuposto fundamental para fundamentar intervenções clínicas diferenciadas e orientar a organização dos cuidados ao longo do continuum da doença.

2.3. Hemodiálise

Em Portugal, a hemodiálise é a modalidade de TSFR mais utilizada pelas pessoas com doença renal crónica em estadio G5. Dados recentes da SPN indicam que, em 2024, a maioria das pessoas que iniciaram TSFR o fez através desta terapêutica, confirmando o seu predomínio no contexto nacional (SPN, 2025). Esta realidade é também corroborada pelo Registo Português de Diálise e Transplantação, o qual evidencia que, no final de 2022, cerca de 91,4% das pessoas em diálise crónica se encontravam integradas em programas de hemodiálise, maioritariamente em unidades satélite, correspondendo a uma prevalência aproximada de 1 154 pessoas por milhão de habitantes. Estes dados posicionam Portugal entre os países europeus com maior recurso a esta técnica dialítica (SPN, 2023).

Paralelamente, a incidência de novas pessoas a iniciar hemodiálise mantém-se elevada, situando-se em cerca de 262,9 pessoas por milhão de habitantes, das quais aproximadamente 210,9 iniciaram esta TSFR em unidades satélite. Estes indicadores refletem de forma expressiva o impacto multidimensional desta modalidade no SNS (SPN, 2023).

Do ponto de vista clínico, a hemodiálise consiste num procedimento de depuração extracorporeal

do sangue, substituindo, de forma parcial, a função renal irremediavelmente comprometida, assegurando a remoção de produtos metabólicos tóxicos e do excesso de fluidos, bem como a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base. O tratamento realiza-se através da circulação do sangue num circuito extracorporal, a partir de um acesso vascular, sendo a fístula arteriovenosa o acesso de eleição, em virtude do menor risco de infeção, trombose e outras complicações (KDOQI, 2019).

Durante o procedimento, o sangue é conduzido para o dialisador, onde circula no interior de milhares de fibras capilares semipermeáveis, enquanto a solução dialisante flui em contracorrente no exterior dessas fibras. A depuração dos solutos urémicos ocorre predominantemente por difusão, em função do gradiente de concentração entre o sangue e o dialisante, ao passo que a remoção do excesso de água é obtida por ultrafiltração, através da aplicação de uma pressão hidrostática transmembranar negativa no compartimento do dialisante (Murdeswar et al., 2023).

O esquema terapêutico mais frequentemente prescrito compreende três sessões semanais, com duração média aproximada de quatro horas cada, embora a prescrição seja sempre individualizada, tendo em consideração as características clínicas, laboratoriais, funcionais e contextuais da pessoa (Murdeswar et al., 2023).

O programa de hemodiálise implica um regime terapêutico altamente complexo e exigente para a pessoa, que integra a gestão rigorosa do esquema medicamentoso, o cumprimento de restrições hídricas e alimentares, os cuidados específicos com o acesso vascular e alterações significativas no estilo de vida. Esta realidade exige um elevado nível de envolvimento, responsabilidade e capacidade de autogestão por parte da pessoa (KDOQI, 2019; Murdeswar et al., 2023).

Face à complexidade clínica, organizacional e comportamental inerente ao programa de hemodiálise, a gestão do plano terapêutico configura-se um desafio acrescido, reforçando a centralidade da intervenção do enfermeiro especialista enquanto elemento estruturante na capacitação para a adesão terapêutica.

2.4. Capacitação da pessoa em programa de hemodiálise

A elevada prevalência das doenças crónicas, associada a níveis persistentemente insatisfatórios de adesão terapêutica, tem evidenciado a necessidade de repensar os modelos tradicionais de cuidados em saúde. O relatório da OMS - *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*, (2003), destacou as limitações das abordagens paternalistas centradas exclusivamente na transmissão de informação, demonstrando que a adesão terapêutica constitui um fenómeno complexo, que ultrapassa a aquisição de conhecimento e integra dimensões comportamentais, cognitivas, emocionais e contextuais interdependentes.

A capacitação da pessoa emerge como um eixo estruturante da intervenção em saúde, alinhado com modelos de cuidados centrados na pessoa e orientados para a corresponsabilização no processo terapêutico. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e multidimensional que visa promover a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e o reforço da autoeficácia, possibilitando uma participação ativa, informada e responsável na gestão da condição de saúde (McCance & McCormack, 2025; RNAO, 2025). Este conceito encontra sustentação teórica no *empowerment*, descrito por Rappaport (1987), como o processo através do qual os indivíduos adquirem maior controlo sobre as decisões e ações que influenciam o seu percurso de vida e de saúde.

No contexto da doença renal crónica em estadio G5, a capacitação assume particular relevância face à complexidade e exigência do regime terapêutico associado à hemodiálise. A pessoa é confrontada com a necessidade de integrar, de forma sustentada, a frequência regular das sessões dialíticas, a gestão da polimedicação, o cumprimento de restrições dietéticas e hídricas, os cuidados específicos com o acesso vascular e a adaptação do estilo de vida à condição clínica. Estas exigências implicam elevados níveis de envolvimento e responsabilidade, tornando a capacitação um elemento central do processo terapêutico (Murdeswar et al., 2023).

O conhecimento empírico disponível demonstra que intervenções orientadas para a capacitação, quando estruturadas de forma contínua, individualizada e ajustada ao contexto de vida, valores e preferências da pessoa, se associam a melhores níveis de adesão terapêutica, maior perceção de autoeficácia e melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença renal crónica em tratamento hemodialítico (KDIGO, 2024; Tesfaye et al., 2024). Estas intervenções integram componentes educativas, comportamentais e relacionais, sustentadas numa relação terapêutica de parceria e

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

acompanhamento ao longo do tempo.

As recomendações internacionais reforçam, assim, que a capacitação deve ser entendida como um processo integrado e longitudinal ao longo do percurso de cuidados da pessoa com doença renal crónica, apoiado numa comunicação terapêutica eficaz, numa relação de parceria e na monitorização sistemática (KDIGO, 2024).

Neste contexto, a capacitação da pessoa em programa de hemodiálise afirma-se como um foco central da intervenção de enfermagem, fundamental para apoiar a integração do regime terapêutico, promover a adesão e favorecer uma participação ativa e informada nos cuidados.

2.5. Adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise

A adesão terapêutica constitui um elemento estruturante dos cuidados de saúde, assumindo um papel determinante na melhoria dos resultados em saúde, na qualidade de vida das pessoas e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Apesar da sua relevância amplamente reconhecida, a não adesão permanece um fenómeno prevalente e persistente a nível global, particularmente no contexto das doenças crónicas, configurando-se um problema de saúde pública transversal a diferentes áreas terapêuticas e contextos clínicos (Camarneiro, 2021).

A OMS define adesão terapêutica como o grau em que o comportamento da pessoa, relativamente à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à adoção de alterações nos hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações previamente acordadas com os profissionais de saúde (OMS, 2003). Esta definição ultrapassa a dimensão estritamente farmacológica, integrando intervenções não medicamentosas, medidas preventivas e estratégias de promoção da saúde, sublinhando o carácter abrangente, relacional e partilhado do processo de adesão (Camarneiro, 2021).

A evolução conceptual da adesão terapêutica reflete uma mudança paradigmática na relação entre os profissionais de saúde e a pessoa cuidada. Os primeiros estudos empíricos, desenvolvidos a partir da década de 1960, enquadraram este fenómeno no conceito de *compliance*, termo introduzido por Haynes (1979) para descrever a correspondência entre o comportamento da pessoa e as instruções clínicas, numa lógica fortemente ancorada no modelo biomédico e numa relação hierárquica e assimétrica. Progressivamente, esta perspetiva foi sendo alargada,

integrando comportamentos preventivos e promotores de saúde, culminando na substituição do termo *compliance* por *adherence* nos contextos anglo-saxónicos, valorizando a cooperação, a parceria e a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa (Camarneiro, 2021).

Atualmente, a adesão terapêutica é entendida como uma atitude ativa, fundada no envolvimento voluntário e colaborativo da pessoa e dos profissionais de saúde, num processo conjunto orientado para a mudança de comportamentos e para a gestão partilhada da condição de saúde. Esta conceptualização, centrada no melhor interesse da pessoa, alinha-se com o modelo biopsicossocial e com abordagens centradas na pessoa, sendo a terminologia adesão a recomendada pela OMS e a preferencialmente utilizada em Portugal (Camarneiro, 2021).

No contexto da doença renal crónica em estadio G5 em pessoas em programa de hemodiálise, a adesão terapêutica assume uma relevância acrescida, em virtude da elevada complexidade, exigência e duração prolongada do regime terapêutico. A pessoa em hemodiálise é confrontada com a necessidade de cumprir sessões regulares de diálise, gerir esquemas de polifarmácia frequentemente complexos e respeitar restrições dietéticas e hídricas particularmente rigorosas, o que exige elevados níveis de envolvimento, responsabilidade e capacidade de autogestão no quotidiano (Hashemi et al., 2018; Saunders et al., 2018; Sarmadi et al., 2025)

À luz desta realidade, a adesão terapêutica pode ser definida como o grau em que a pessoa cumpre um plano terapêutico mutuamente acordado com os profissionais de saúde, abrangendo não apenas a toma da medicação prescrita, mas também a adoção de comportamentos relacionados com a dieta, a restrição hídrica e a assiduidade e duração adequadas das sessões de hemodiálise (Hashemi et al., 2018; Li et al., 2024; Sarmadi et al., 2025; Saunders et al., 2018). Trata-se de um processo dinâmico, multidimensional e multifatorial, que ultrapassa o mero cumprimento das prescrições clínicas e integra as dimensões comportamentais, cognitivas, emocionais, sociais e contextuais, condicionando a forma como a pessoa integra o plano terapêutico na sua vida quotidiana (Camarneiro, 2021; OMS, 2003).

A não adesão terapêutica emerge, assim, como um fenómeno amplamente documentado na população em programa de hemodiálise, com taxas que, em diversos estudos, ultrapassam os 50%, evidenciando a magnitude e persistência deste problema clínico (Tsfaye et al., 2024). A literatura

demonstra que a não adesão pode manifestar-se sob diferentes formas, incluindo o incumprimento do regime medicamentoso, das restrições dietéticas e hídricas, bem como a ausência ou o encurtamento das sessões de diálise, comprometendo a eficácia do tratamento e a estabilidade clínica (Hashemi et al., 2018; Sarmadi et al., 2025).

As razões subjacentes à não adesão são multifatoriais e resultam da interação complexa de diversos determinantes. Destacam-se os fatores relacionados com a pessoa, como a idade, o nível de escolaridade, a presença de comorbilidades e as crenças e perceções sobre a doença e o tratamento; fatores inerentes ao plano terapêutico, nomeadamente a complexidade do mesmo, a polifarmácia e os efeitos adversos da medicação; bem como de fatores associados ao sistema de saúde, incluindo a acessibilidade aos cuidados, a continuidade do acompanhamento, a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde e os determinantes socioeconómicos (Saunders et al., 2018; Tesfaye et al., 2024).

Nas pessoas em programa de hemodiálise, a gestão inadequada da terapêutica medicamentosa constitui uma preocupação particularmente relevante, sendo frequentemente associada a esquecimento, dificuldades de compreensão, comunicação insuficiente ou inadequada com os profissionais de saúde e baixos níveis de literacia em saúde (Saunders et al., 2018). Adicionalmente, fatores como a polifarmácia, a presença de múltiplas comorbilidades, sintomas depressivos e a ausência de apoio social contribuem de forma significativa para a não adesão terapêutica (Tefsaye et al., 2024). A não adesão às restrições dietéticas e hídricas é, igualmente, identificada como uma das dimensões mais problemáticas nesta população, com impacto direto na estabilidade clínica e nos resultados do tratamento dialítico (Hashemi et al., 2018; Sarmadi et al., 2025).

As repercussões da não adesão terapêutica são graves e multidimensionais, refletindo-se diretamente no estado de saúde da pessoa e nos encargos dos sistemas de saúde (OMS, 2003). A evidência demonstra uma associação consistente entre baixos níveis de adesão e o aumento da morbilidade e mortalidade, maior risco de hospitalizações, ocorrência de complicações clínicas como ganhos ponderais interdialíticos excessivos, desequilíbrios eletrolíticos, deterioração do estado clínico e diminuição significativa da qualidade de vida (Hashemi et al., 2018; Li et al., 2024; Saunders et al., 2018; Sarmadi et al., 2025; Saunders). Estas consequências traduzem-se igualmente num aumento substancial dos custos em saúde e numa maior utilização de recursos

assistenciais (Tesfaye et al., 2024). Face à complexidade do fenómeno da não adesão terapêutica e às suas repercussões clínicas e sistémicas, a intervenção de enfermagem assume uma relevância central na sua prevenção e mitigação. A proximidade relacional, o acompanhamento contínuo e a presença regular junto da pessoa em programa de hemodiálise colocam os enfermeiros numa posição estratégica para identificar barreiras à adesão, implementar intervenções direcionadas e monitorizar, de forma sistemática, os comportamentos de adesão ao longo do tempo (OMS, 2003; Tesfaye et al., 2024).

O corpo de evidência disponível demonstra que intervenções que abordam simultaneamente as dimensões comportamentais, cognitivas, emocionais e contextuais da adesão, tendem a ser mais eficazes na melhoria da adesão terapêutica em pessoas com doença renal crónica em estadio G5 (Tesfaye et al., 2024). Entre as intervenções de enfermagem com resultados mais promissores destacam-se os programas de revisão abrangente da medicação liderados por enfermeiros (Saunders et al., 2018), os modelos de acompanhamento contínuo que integram plataformas digitais e estratégias de telemonitorização (Li et al., 2024), as intervenções educativas estruturadas orientadas para o reforço da autoeficácia e dos comportamentos de autocuidado (Sarmadi et al., 2025), bem como modelos de cuidados contínuos com componentes de aconselhamento e formação sistemática (Hashemi et al., 2018).

Os achados da revisão rápida da literatura realizada evidenciam, assim, a relevância da identificação e análise das intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica, enquanto contributo fundamental para a qualificação da prática clínica, a melhoria dos resultados em saúde e a mitigação do impacto da não adesão terapêutica. A análise da evidência disponível permitiu mapear e caracterizar intervenções eficazes, sustentando uma prática informada pela evidência científica e constituindo um referencial para o planeamento e desenvolvimento de intervenções futuras neste domínio específico dos cuidados de saúde.

Depreende-se que a adesão terapêutica não deve ser entendida como responsabilidade exclusiva da pessoa, mas como um fenómeno relacional e contextual, influenciado pela organização dos cuidados, pela qualidade da comunicação e pela intervenção dos profissionais de saúde. A complexidade do regime terapêutico em hemodiálise exige, por isso, intervenções diferenciadas e especializadas, orientadas para a capacitação, a tomada de decisão informada e a integração

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

sustentada do plano terapêutico no quotidiano.

2.6. Intervenção do Enfermeiro Especialista na capacitação para a adesão terapêutica

O enfermeiro especialista detém formação avançada e competências diferenciadas que lhe permitem intervir de forma qualificada em contextos de elevada complexidade clínica, como os associados à doença renal crónica e à hemodiálise. A sua prática profissional caracteriza-se pela realização de avaliações clínicas multidimensionais, pela tomada de decisão sustentada na melhor evidência científica disponível e pela implementação de intervenções orientadas para a segurança, a qualidade e a centralidade da pessoa nos cuidados (International Council of Nurses (ICN), 2024).

No âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica a abordagem junto de pessoas com condições de saúde prolongadas, instáveis ou progressivas assenta na gestão da complexidade clínica, na antecipação de riscos e na promoção da adaptação à condição crónica. Esta estratégia concretiza-se através de uma avaliação clínica contínua, do planeamento individualizado dos cuidados e da capacitação da pessoa e da família/cuidadores para a autogestão da doença, reconhecendo-os como parceiros ativos no processo de cuidados (OE, 2018).

Neste enquadramento, a enfermagem afirma-se como uma disciplina orientada para a construção de relações terapêuticas colaborativas, alinhando-se com a conceção atual da adesão terapêutica baseada na concordância, na corresponsabilização e no envolvimento ativo nos processos de decisão em saúde. Esta orientação, expressa no princípio “não decidir sobre mim, sem mim”, traduz o reconhecimento da pessoa como parceira ativa no processo de cuidados, articulando-se com os modelos de cuidados centrados e com a tomada de decisão partilhada (shared decision-making), entendida como um processo colaborativo em que profissionais de saúde e pessoa constroem conjuntamente decisões clínicas informadas, alinhadas com os valores, preferências e objetivos de vida da pessoa e família/cuidadores (Elwyn et al., 2017).

Nesta perspetiva, a tomada de decisão partilhada assume-se, de acordo com a *guideline People-Centred Care: Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO)*, não como um momento isolado ou meramente informativo, mas como um processo relacional contínuo, construído em parceria

entre a pessoa, a família/cuidadores e os profissionais de saúde. A referida *guideline* orienta a prática profissional para a promoção de parcerias significativas, baseadas no respeito pela dignidade, pelas preferências e pela participação ativa da pessoa no planeamento e implementação dos cuidados, integrando a tomada de decisão partilhada como elemento central do cuidado. Este processo visa assegurar a congruência das decisões clínicas com os valores, objetivos de vida e contexto da pessoa, constituindo um eixo fundamental para a sua capacitação, para a participação ativa nos cuidados e para a promoção de uma adesão terapêutica sustentada em contextos de doença crónica, refletindo uma mudança paradigmática face a abordagens paternalistas e afirmando a pessoa como agente ativo do seu percurso de saúde (Elwyn et al., 2017; RNAO, 2025).

A evidência científica recente demonstra que esta abordagem se associa a ganhos relevantes ao nível da autogestão e da adesão terapêutica, particularmente em contextos de regimes terapêuticos complexos e de longa duração, como a hemodiálise (Win et al., 2025). Pessoas devidamente informadas, com maior conhecimento sobre a sua condição de saúde e tratamento, bem como com crenças e atitudes positivas relativamente à eficácia terapêutica, tendem a apresentar níveis mais elevados e sustentados de envolvimento nos cuidados, com maior probabilidade de adesão ao regime terapêutico (Wenjing et al., 2025).

Estes resultados reforçam a concetualização da adesão terapêutica como um processo colaborativo, influenciado pela qualidade da relação terapêutica, pela comunicação eficaz e pela perceção de autonomia por parte da pessoa.

No contexto da doença renal crónica em estadio G5 e da hemodiálise, a intervenção do enfermeiro especialista assume particular relevância enquanto facilitador dos processos de capacitação para o autocuidado e de adaptação à condição crónica. A elevada complexidade e exigência do plano terapêutico, tornam imperativa uma intervenção especializada orientada para a promoção da autonomia, da autogestão e da adesão terapêutica, através de estratégias educativas estruturadas, apoio emocional, acompanhamento contínuo e promoção sistemática da tomada de decisão partilhada (KDIGO, 2024; OE, 2018).

A capacitação da pessoa para a adesão terapêutica pode ainda ser compreendida à luz da teoria

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

da autodeterminação, enquanto referencial explicativo dos processos motivacionais subjacentes à adoção e manutenção de comportamentos de saúde. De acordo com esta perspetiva, a promoção da autonomia, do sentimento de competência e de uma relação terapêutica de apoio favorece o envolvimento ativo da pessoa no seu plano terapêutico e a integração sustentada das recomendações clínicas, reforçando a sua adesão terapêutica (Wu et al., 2022).

Deste modo, a capacitação para a adesão terapêutica afirma-se como um eixo estruturante da intervenção especializada do enfermeiro, ao favorecer a compreensão informada do regime terapêutico, a atribuição de significado às recomendações clínicas e a integração sustentada no quotidiano, com repercussões diretas na qualidade de vida (KDIGO, 2024; Tesfaye et al., 2024).

2.7. Teoria das Transições e Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa

Considerando que o presente relatório se centra na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise, torna-se fundamental alicerçar a prática em referenciais teóricos da enfermagem que permitam descrever, interpretar e compreender os processos de mudança vivenciados, bem como fundamentar a intervenção especializada.

A ciência de enfermagem tem como finalidade o desenvolvimento de teorias que possibilitam explicar a natureza dos fenómenos de enfermagem, antecipar a sua ocorrência e orientar a prática clínica de forma sistemática e fundamentada (Meleis, 2010). Neste sentido, a ancoragem da prática em modelos teóricos da disciplina, assume-se como uma exigência crescente, ao conferir coerência e intencionalidade às intervenções, sustentar a tomada de decisão clínica e oferecer um suporte concetual robusto face à complexidade inerente de cuidar em contextos de doença crónica (Meleis, 2010).

Entre os referenciais teóricos da enfermagem, a teoria das transições, desenvolvida por Afaf Meleis, revela-se particularmente pertinente para a compreensão da experiência da pessoa com doença renal crónica, sobretudo quando esta evolui para o estadio G5 com necessidade de hemodiálise.

A transição é entendida como a passagem de um estado, condição ou contexto para outro, configurando-se um processo complexo, dinâmico e multidimensional, marcado por mudanças

progressivas ao longo do tempo, suscetíveis de afetar a identidade, os papéis sociais, as relações interpessoais, as competências e os padrões de comportamento da pessoa (Meleis, 2010).

No domínio da saúde, as transições incluem, entre outras, as relacionadas com o processo saúde–doença, frequentemente associadas a períodos de maior vulnerabilidade e instabilidade. Afaf Meleis, concetualiza estes processos como experiências complexas e dinâmicas que ocorrem quando a pessoa vivencia mudanças significativas no seu estado de saúde, papéis, identidades ou contextos de vida, exigindo adaptação progressiva e reorganização do quotidiano (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Meleis identifica diferentes tipos de transições, designadamente as transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde–doença e organizacionais, que podem ocorrer de forma isolada ou simultânea, aumentando a complexidade da experiência vivida. No contexto da doença crónica, as transições de saúde–doença assumem particular relevância, uma vez que implicam a integração contínua de uma condição persistente, frequentemente associada a regimes terapêuticos exigentes, alterações funcionais e redefinição de projetos de vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A teoria descreve ainda um conjunto de propriedades centrais das transições, que permitem compreender a forma como estas são experienciadas pela pessoa, incluindo a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o intervalo temporal e os momentos críticos. Estas propriedades influenciam a forma como a pessoa responde ao processo transicional e a sua capacidade de adaptação às novas exigências impostas pela condição de saúde (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Para além dos tipos e propriedades das transições, Meleis introduz os padrões de resposta, entendidos como indicadores observáveis da forma como a pessoa vivencia e integra a transição. Estes organizam-se em padrões de resposta processuais, que refletem o envolvimento progressivo da pessoa no processo, e em padrões de resposta de resultado, que traduzem a adaptação mais consolidada, como o sentimento de mestria, a integração de novos comportamentos, o bem-estar e a estabilidade clínica (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

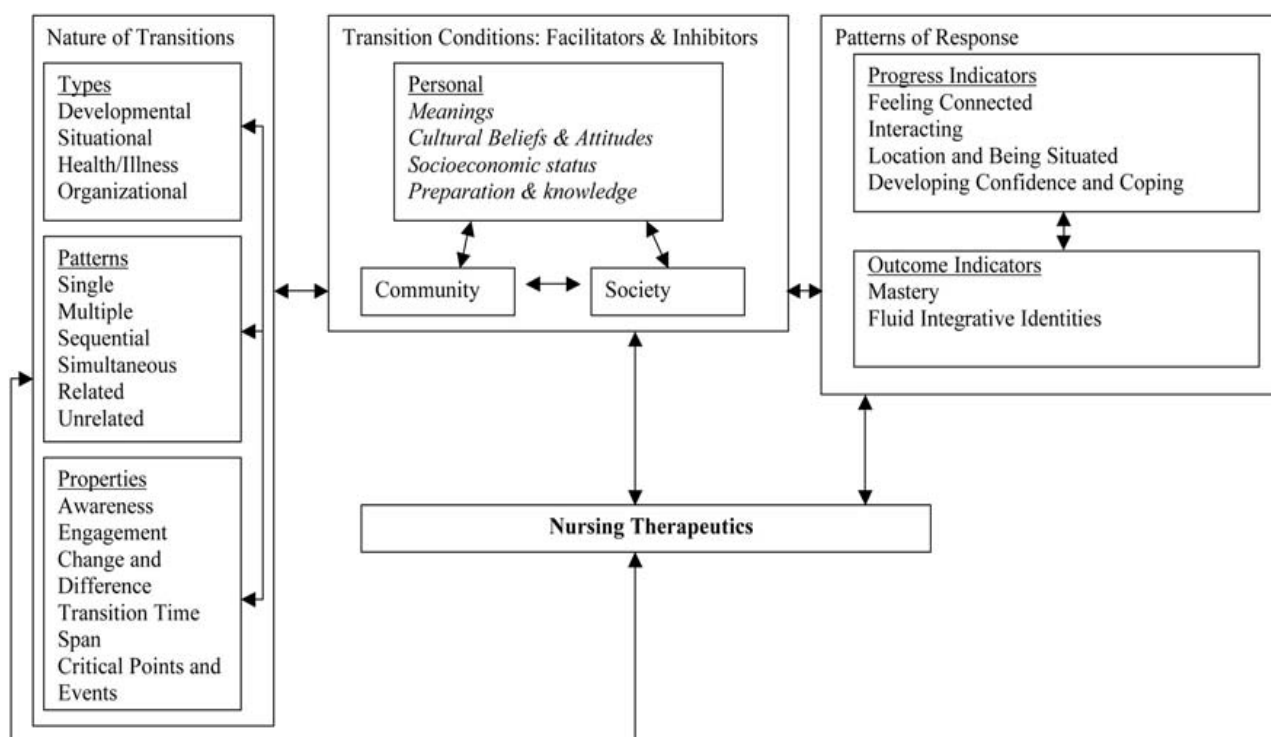
Associadas a estes componentes, a teoria integra um conjunto de terapêuticas de enfermagem,

entendidas como intervenções intencionais dirigidas a facilitar transições saudáveis. Estas incluem a avaliação da prontidão para a transição, a preparação antecipatória, a educação terapêutica, o apoio emocional, a promoção da participação ativa da pessoa, o reforço da tomada de decisão informada e o fortalecimento das redes de suporte. A adequação destas terapêuticas ao tipo de transição e aos padrões de resposta identificados, constitui um elemento central da prática de enfermagem (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A avaliação da eficácia das intervenções concretiza-se através da identificação de indicadores de resposta e de resultados da transição, tais como o sentimento de mestria, a integração sustentada de novos comportamentos no quotidiano, a redefinição de papéis, a perceção de bem-estar, a continuidade do autocuidado e a estabilidade clínica. A presença destes indicadores traduz a ocorrência de transições saudáveis, enquanto a sua ausência ou expressão limitada pode sinalizar dificuldades adaptativas e maior vulnerabilidade a resultados adversos (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Conforme ilustrado na Figura 1, a teoria das transições integra a natureza da transição, as condições transicionais, os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem, evidenciando a relação dinâmica entre estes componentes (Meleis, 2010).

Figura 1 - Representação esquemática da Teoria das Transições



Fonte: Adaptado de *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*, de Meleis (2010).

A doença renal crónica, enquanto condição crónica, progressiva e irreversível, configura-se um processo transicional contínuo, exigindo adaptações sucessivas ao longo do tempo. A progressão para o estadio G5 e o início da hemodiálise introduzem uma transição adicional, de natureza simultaneamente saúde–doença e situacional, que se sobrepõe à condição crónica previamente instalada. Este momento constitui um momento crítico no percurso da pessoa, implicando a reorganização do quotidiano, dos papéis sociais, das expectativas futuras e da forma de viver com a doença, aumentando significativamente a vulnerabilidade individual e a necessidade de apoio especializado (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

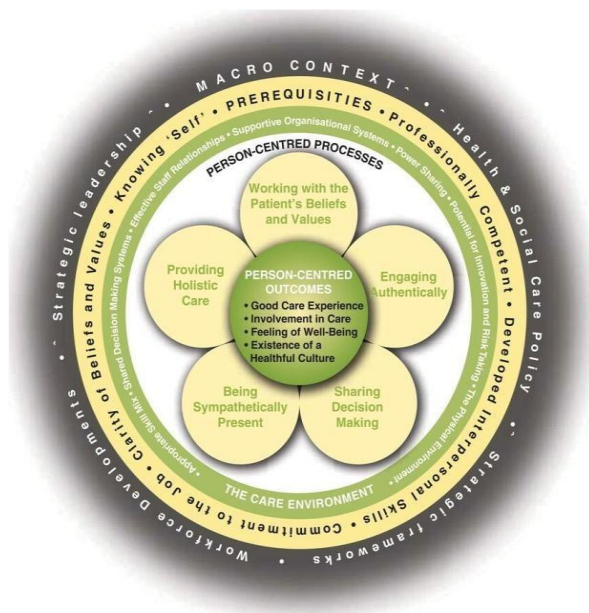
À luz da teoria das transições, a experiência de viver com doença renal crónica em estadio G5 em programa de hemodiálise pode ser compreendida como um conjunto de processos transicionais interligados, não lineares e sensíveis a fatores individuais, familiares e contextuais. A introdução da hemodiálise constitui um marco transicional particularmente exigente, associado à dependência de tecnologia e à necessidade contínua de aquisição de competências de

autocuidado, podendo comprometer o equilíbrio biopsicossocial da pessoa e aumentar o risco de dificuldades de adaptação e de comportamentos de não adesão terapêutica, com impacto nos resultados em saúde e na qualidade de vida (Meleis et al., 2000).

Atendendo aos desafios associados à doença crónica, a teoria das transições assume particular relevância enquanto referencial orientador da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, ao enfatizar a identificação das condições facilitadoras e inibidoras do processo transicional, a análise dos padrões de resposta e a implementação de intervenções terapêuticas intencionais e ajustadas à fase transicional vivida. O enfermeiro é concebido como facilitador de transições saudáveis, assumindo responsabilidade na promoção da adaptação, na redução da incerteza, no reforço dos recursos pessoais e sociais e na integração progressiva do regime terapêutico na vida da pessoa (Meleis, 2010).

Complementarmente, a complexidade da vivência da doença renal crónica em estadio G5, em programa de hemodiálise, exige abordagens que ultrapassem uma perspetiva centrada exclusivamente na doença, na tecnologia ou no cumprimento técnico do regime terapêutico. Neste sentido, o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, desenvolvido por McCormack e McCance, emerge como um referencial teórico de elevada relevância para a prática de enfermagem, ao reconhecer a pessoa como sujeito ativo do processo de cuidados, portador de valores, crenças, preferências, expectativas e capacidades que devem ser explicitamente integradas na tomada de decisão clínica (McCormack & McCance, 2017).

Figura 2 - Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa



Fonte: Adaptado de *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* de McCormack e T. McCance (2017).

Este modelo concetualiza o cuidado centrado na pessoa como uma prática relacional, ética e contextual, sustentada na construção de relações terapêuticas baseadas no respeito mútuo, na empatia, na escuta ativa e na parceria. O foco desloca-se do “fazer para” para o “cuidar com”, promovendo a participação informada da pessoa no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, bem como o reconhecimento da sua experiência subjetiva de saúde e doença como uma fonte legítima de conhecimento clínico (McCormack & McCance, 2017). Esta orientação não se limita à interação clínica individual, exigindo igualmente liderança relacional, reflexividade profissional e culturas organizacionais que sustentem práticas colaborativas e centradas na pessoa, particularmente em contextos de complexidade assistencial (McCormack & McCance, 2025).

Este modelo de cuidados estrutura-se em quatro grandes domínios inter-relacionados, sendo: os pré-requisitos do profissional, o ambiente de cuidados, os processos centrados na pessoa e os resultados do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017). Os pré-requisitos dizem respeito às competências profissionais, aos valores, à autoconsciência e ao compromisso ético dos profissionais de saúde, enquanto condições essenciais para uma prática verdadeiramente centrada na pessoa. O ambiente de cuidados integra os contextos

organizacionais, culturais e relacionais que podem facilitar ou inibir esta abordagem, incluindo liderança clínica, cultura da equipa, sistemas de comunicação eficazes e continuidade dos cuidados, dimensões determinantes para a sustentabilidade da prática centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2025).

Os processos centrados na pessoa, constituem o núcleo operativo do modelo e incluem o envolvimento ativo da pessoa, a partilha de poder, a tomada de decisão partilhada, a prestação de cuidados holísticos e a construção de uma relação terapêutica significativa. Estes processos visam assegurar que as intervenções clínicas são coerentes com os valores, objetivos e contexto de vida da pessoa, promovendo a sua participação consciente e informada no decurso dos cuidados (McCormack & McCance, 2017). A efetiva operacionalização destes processos associa-se a maior envolvimento terapêutico, melhor integração do regime terapêutico no quotidiano e ganhos consistentes em contextos de doença crónica (McCormack & McCance, 2025).

Os resultados do cuidado centrado na pessoa traduzem-se em experiências positivas de cuidado, maior satisfação, sentimento de respeito e dignidade, envolvimento sustentado no autocuidado, bem-estar e melhoria dos resultados em saúde, tanto para a pessoa como para os profissionais e para as organizações (McCormack & McCance, 2017). Estes resultados incluem igualmente maior adesão terapêutica, maior perceção de controlo e autonomia e redução do impacto negativo da complexidade terapêutica na pessoa com doença crónica, evidenciando a relevância do modelo em contextos como a hemodiálise (McCormack & McCance, 2025).

No contexto da hemodiálise, a adoção de uma abordagem centrada na pessoa revela-se particularmente pertinente, uma vez que o regime terapêutico implica mudanças profundas, contínuas e duradouras no quotidiano, exigindo processos constantes de aprendizagem, adaptação e autorregulação. A evidência científica demonstra que cuidados centrados na pessoa se associam a melhorias consistentes na qualidade da comunicação, no envolvimento da pessoa no tratamento, na satisfação com os cuidados e na adesão terapêutica em contextos de doença crónica (Cano et al., 2023; McCormack & McCance, 2025; Santana et al., 2018).

O Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa estabelece, assim, uma ligação concetual direta com o conceito de capacitação, ao promover o desenvolvimento de competências, a autonomia e a

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

corresponsabilização da pessoa no processo terapêutico. Através da educação terapêutica, da tomada de decisão partilhada e do reconhecimento da pessoa como protagonista da sua experiência de saúde e doença, criam-se condições favoráveis à internalização dos comportamentos terapêuticos e à manutenção de uma adesão sustentada ao longo do tempo (McCormack & McCance, 2017; McCormack & McCance, 2025).

A articulação entre a teoria das transições e o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa permite, deste modo, uma compreensão integrada da experiência de viver com doença renal crónica em estadio G5 em programa de hemodiálise, reconhecendo simultaneamente a vulnerabilidade inerente aos processos de mudança e o potencial de capacitação da pessoa enquanto agente ativo do seu cuidado. A integração destes referenciais sustenta a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica orientando a implementação de intervenções diferenciadas, que promovem transições saudáveis, autonomia progressiva e a integração sustentada do regime terapêutico no quotidiano. A apropriação progressiva destes referenciais ao longo do estágio contribuiu para o desenvolvimento de uma prática clínica reflexiva, deliberada e diferenciada, centrada na pessoa e alinhada com as competências exigidas ao enfermeiro especialista nesta área de intervenção.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DA FUTURA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

O presente capítulo centra-se numa análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências da futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, a partir das experiências vividas em contexto de estágio. Parte-se do entendimento de que a competência profissional em enfermagem se constrói de forma progressiva, através da experiência clínica, da interpretação das situações concretas e da integração contínua do conhecimento científico na prática, tal como descrito no modelo de desenvolvimento de competências de Patrícia Benner (Benner, 2001). Neste enquadramento, a prática clínica constitui um espaço privilegiado de aprendizagem, no qual o saber teórico se articula com o saber técnico e relacional. Esta articulação favorece o aprofundamento do raciocínio clínico e sustenta a tomada de decisão em contextos complexos, como o da doença renal crónica, particularmente em estadio G5, com necessidade de TSFR, como a hemodiálise.

Compreende-se a competência, como a capacidade integrada de mobilizar conhecimentos, aptidões técnicas, julgamento clínico, atitudes e valores, com vista à prestação de cuidados seguros, eficazes, éticos e centrados na pessoa, orientados para resultados em saúde e em conformidade com padrões profissionais e normativos (Swift et al., 2025). O atual paradigma da saúde, marcado pela evolução científica e tecnológica, pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da prevalência das doenças crónicas, exige respostas progressivamente mais diferenciadas e especializadas. Neste contexto, o desenvolvimento profissional contínuo, a formação especializada e a aprendizagem ao longo da vida assumem-se como condições essenciais para sustentar uma prática clínica de excelência (Mlambo et al., 2021).

As competências comuns do enfermeiro especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019(b) da Ordem dos Enfermeiros, constituem um referencial estruturante do exercício profissional nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios asseguram que a prática especializada se mantém eticamente fundamentada, salvaguardando a

dignidade, a segurança, a autonomia e o consentimento informado da pessoa e da família/cuidadores. Garantem, igualmente, que a intervenção clínica é continuamente avaliada e aperfeiçoada, adequadamente gerida e atualizada com base na evidência mais atual.

A prática enquanto futura enfermeira especialista articula-se, de forma indissociável, com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2017), enquanto referencial orientador da intervenção especializada. Este documento organiza a abordagem do enfermeiro em torno da satisfação da pessoa, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional, da organização dos cuidados e da segurança. A operacionalização destes padrões efetiva-se através da integração das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista, conforme previsto nos Regulamentos n.º 140/2019(b) e n.º 429/2018. Deste modo, promove-se uma prática coerente, consistente e orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018, 2019b).

No domínio do cuidado à pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, o enfermeiro especialista assume uma responsabilidade central na facilitação das transições saúde–doença, na gestão integrada de regimes terapêuticos complexos e na promoção da adaptação à condição crónica. Esta intervenção concretiza-se através da comunicação terapêutica, do planeamento individualizado dos cuidados, da tomada de decisão partilhada e da utilização criteriosa da melhor evidência disponível. Em termos operacionais, esta abordagem reforça diretamente os padrões de qualidade associados à satisfação da pessoa, à promoção da saúde, à prevenção de complicações e ao bem-estar e autocuidado.

A maximização do ambiente terapêutico constitui outra dimensão estruturante da prática especializada, implicando a antecipação e gestão de riscos, a prevenção de eventos adversos, a liderança na prevenção e controlo da infeção e a adoção de estratégias inovadoras e orientadas para a segurança dos cuidados. Intervenções como a gestão da dor, o cuidado à pessoa com ferida complexa e a utilização de tecnologias promotoras do autocuidado, evidenciam a articulação entre competências especializadas e os enunciados descritivos dos padrões ao nível da prevenção de complicações, segurança e qualidade dos cuidados.

No contexto específico da hemodiálise, a intervenção do enfermeiro especialista revela-se determinante na promoção da capacitação para a autogestão da condição e da adesão terapêutica. Intervenções que reforçam a perceção de competência da pessoa, sustentadas numa relação terapêutica fundada no respeito, na empatia e na confiança e que valorizam a experiência subjetiva da vivência da doença, favorecem a transição de uma adesão centrada na obrigação para uma adesão mais autorregulada e integrada no projeto de vida. A capacitação para a adesão terapêutica emerge, assim, como um processo relacional e educativo estruturante da intervenção especializada, no qual o enfermeiro especialista intervém como facilitador da aprendizagem, do envolvimento ativo e da corresponsabilização na gestão da doença crónica.

Este percurso formativo reflete ainda com o desenvolvimento das competências de Mestre, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018, que incluem o aprofundar do conhecimento, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos complexos e diversificados, bem como a integração crítica de saberes. A elaboração de estudos de caso, a colaboração na elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade e a realização de um artigo de revisão rápida da literatura, bem como as pesquisas bibliográficas realizadas no decurso do estágio constituíram-se instrumentos valiosos de consolidação do raciocínio clínico, da análise crítica e da tomada de decisão fundamentada, evidenciando a capacidade de translação do conhecimento científico para a prática clínica.

A reflexão estruturada sobre a prática é amplamente reconhecida como uma estratégia central para o desenvolvimento profissional em enfermagem, ao permitir integrar a evidência científica com a experiência vivida e sustentar um julgamento clínico progressivamente mais acurado (Johns, 2017).

A articulação com a supervisão da enfermeira tutora e equipa de enfermagem, bem como o acompanhamento das professoras orientadoras revelaram-se determinantes para a sedimentar as aprendizagens e para a construção progressiva da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista.

Este capítulo é apresentado na primeira pessoa, valorizando a narrativa reflexiva como instrumento de análise e aprendizagem, permitindo tornar explícito o processo de construção da

competência a partir da prática experienciada. O percurso desenvolvido evidencia a integração das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e das competências de Mestre, firmando uma prática clínica ética, humanizada, cientificamente fundamentada e orientada para a excelência dos cuidados à pessoa em situação crónica.

Procede-se em seguida à apresentação da análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento 140/2019(b), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, conforme o Regulamento 429/2018 e das competências de Mestre conforme decreto de lei nº 65/2018, demonstrando o modo como estas foram operacionalizadas e desenvolvidas em contexto de estágio, bem como os seus contributos para o crescimento pessoal e profissional e para a consolidação das aprendizagens significativas decorrentes da prática clínica.

3.1. Análise crítico- reflexiva das competências comuns

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio constitui-se como o alicerce da prática do enfermeiro especialista, exigindo uma atuação sustentada na integração coerente e consistente dos princípios éticos, deontológicos e legais que enquadram o exercício profissional. Ao longo do estágio, a minha intervenção foi sistematicamente orientada pelos princípios consagrados na Deontologia Profissional de Enfermagem, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia, integridade e direitos da pessoa cuidada (OE, 2015), em consonância com as competências comuns do enfermeiro especialista previstas no Regulamento n.º 140/2019(b).

A operacionalização do princípio da autonomia assumiu um papel central na minha prática clínica, concretizando-se através da promoção de processos de decisão partilhada e da obtenção de consentimento informado enquanto prática dinâmica e contínua e não meramente formal. Em todos os procedimentos e intervenções, procurei garantir o direito da pessoa à informação de forma acessível, objetiva, completa e inteligível, ajustando a informação às suas capacidades cognitivas, valores, preferências e contexto sociocultural, em conformidade com o regime dos direitos do utente previsto na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, na redação em vigor (alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, pela Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro e pela Lei n.º 33/2025, de 31 de março).

Esta abordagem exigiu o recurso a estratégias de comunicação empática e ajustada, assegurando o respeito pelo direito à escolha e à autodeterminação da pessoa cuidada.

Em situações de maior complexidade ética, nomeadamente na prestação de cuidados a uma pessoa com síndrome demencial em programa de hemodiálise, cuja tomada de decisão era delegada na esposa enquanto cuidadora principal, a minha intervenção centrou-se na construção de estratégias de mediação, concretizadas através do contacto telefónico regular e estruturado com a cuidadora, desta forma promovi o processo de partilha da informação e da clarificação das opções terapêuticas, visando que as decisões tomadas fossem informadas, proporcionais e alinhadas com os princípios, valores e interesses da pessoa cuidada, família/cuidadores. Esta atuação evidenciou a minha capacidade de construir estratégias de resolução de problemas em parceria, selecionar respostas eticamente adequadas e salvaguardar a autonomia residual da pessoa.

A salvaguarda da confidencialidade, do anonimato e da proteção dos dados pessoais, constituiu uma preocupação transversal aos contextos da minha prática, tanto na prestação direta de cuidados como no desenvolvimento dos estudos de caso (disponíveis nos Apêndices VIII e IX). Foram adotadas todas as medidas para assegurar que nenhuma informação clínica permitia a identificação da pessoa, em estrita observância da lei n.º 58/2019, garantindo assim a segurança da informação e o respeito pelo direito à privacidade. Esta conduta traduziu uma prática profissional ética e legalmente responsável, alinhada com os princípios de proteção dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais.

No âmbito da prestação direta de cuidados, a minha intervenção incluiu a explicação detalhada do plano terapêutico, assegurando o direito da pessoa e da família ao acesso à informação e à sua compreensão efetiva. A utilização de linguagem adaptada e estratégias de validação da compreensão, permitiram esclarecer dúvidas, promover a participação ativa no processo de cuidados e reforçar a autodeterminação, reconhecendo estes elementos como determinantes éticos fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem.

A construção da relação terapêutica assentou numa comunicação ética, intencional e culturalmente sensível, que favoreceu a confiança, a compreensão mútua e a capacitação progressiva da pessoa e da família/cuidadores para a autogestão da condição de saúde. Esta abordagem refletiu a integração dos princípios éticos no exercício da profissão, bem como práticas de cuidados que respeitam os direitos

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

humanos.

Perante a confrontação com dilemas éticos concretos da prática clínica, como a recusa de um cliente em cumprir integralmente o tempo prescrito de hemodiálise, foi mobilizado o raciocínio ético na análise da situação. Esta implicou a ponderação deliberada entre o princípio da autonomia manifestado no respeito pelo direito da pessoa a decidir sobre o seu tratamento e os princípios da beneficência e da não maleficência, associados à responsabilidade profissional de promover o bem-estar e prevenir danos decorrentes de uma terapêutica incompleta. O processo decorreu em diálogo com a pessoa e sempre que pertinente, com a equipa multidisciplinar, procurando uma solução ética e clinicamente responsável que respeitasse a autodeterminação e minimizasse riscos em consonância com os princípios bioéticos descritos por Beauchamp e Childress (2019).

De forma global, a minha prática foi pautada por uma atuação profissional segura, ética e legalmente fundamentada, evidenciando a integração consciente dos princípios da responsabilidade profissional, ética e legal no exercício da enfermagem especializada. Esta experiência contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, traduzindo-se numa prática orientada para a dignidade, autonomia e humanização dos cuidados à pessoa cuidada e família/cuidadores.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No decurso do estágio, assumi proatividade na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, integrando este princípio como eixo estruturante da minha prática enquanto futura enfermeira especialista. A minha intervenção foi continuamente orientada pela articulação e integração da evidência científica, os referenciais teóricos de enfermagem e os documentos normativos da Ordem dos Enfermeiros, na prática clínica. Esta abordagem permitiu-me analisar de forma crítica e contínua a adequação das intervenções implementadas, reajustando-as sempre que necessário em função das necessidades identificadas e dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A tomada de decisão foi sustentada na utilização de instrumentos de avaliação validados, nomeadamente a escala de Braden, a escala de Morse, a escala numérica da dor e o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). A utilização destes instrumentos possibilitou uma avaliação

estruturada, consistente e comparável do risco e das necessidades da pessoa, fundamentando a priorização dos cuidados e a adequação das intervenções implementadas. Paralelamente, procedi à monitorização contínua da evolução clínica e ao registo sistemático da resposta da pessoa às intervenções realizadas, evidenciada, entre outros aspetos, pela evolução favorável dos focos de atenção identificados nos planos de cuidados desenvolvidos ao longo do estágio.

As passagens de turno assumiram-se como momentos privilegiados de análise crítica, reflexão e partilha do conhecimento, constituindo-se espaços estruturantes para a reavaliação das práticas e para a identificação proativa de oportunidades de melhoria. Estes momentos favoreceram a incorporação de nova evidência científica na prática, estimulando a procura autónoma de conhecimento e o ajuste contínuo das intervenções, em consonância com os princípios da melhoria contínua da qualidade.

Ao longo do estágio, procurei operacionalizar de forma consistente os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (OE, 2017), orientando a minha prática para a satisfação da pessoa cuidada, a promoção da saúde, o bem-estar e o autocuidado, a prevenção de complicações, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança nos cuidados prestados. Este compromisso com a centralidade da pessoa e da família/cuidadores traduziu-se na promoção da sua participação ativa no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão, bem como na implementação de intervenções educativas dirigidas ao desenvolvimento da autonomia para a autogestão da doença renal crónica e adesão terapêutica.

Neste âmbito, a realização de uma revisão rápida da literatura, centrada nas intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica em pessoas em programa de hemodiálise, constituiu um suporte estruturante à minha prática clínica. Os contributos da pesquisa bibliográfica permitiram reforçar a intencionalidade, a coerência e a fundamentação científica das intervenções implementadas, evidenciando a minha proatividade na procura e integração do conhecimento científico como instrumento de melhoria da qualidade dos cuidados.

O compromisso com a melhoria contínua da qualidade materializou-se igualmente na colaboração ativa com a enfermeira orientadora na elaboração de um projeto de melhoria contínua da

qualidade para o serviço (disponível no Apêndice X), centrado na implementação da lavagem do membro com acesso arteriovenoso antes da canulação para hemodiálise, enquanto medida preventiva orientada para a redução do risco de infeção associada ao acesso vascular. À data da conclusão do estágio, o projeto encontrava-se ainda em fase de proposta de implementação, não permitindo por isso a mensuração de resultados quantitativos. Apesar disso, esta experiência constituiu uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências ao nível da elaboração dos processos, da melhoria da qualidade e do planeamento de intervenções estruturadas.

De forma global, a experiência desenvolvida neste domínio, permitiu consolidar a integração do pensamento crítico, da prática informada na evidência, da governação clínica e da gestão do risco, capacitando-me para uma intervenção orientada para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa cuidada.

Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito do domínio da gestão dos cuidados, assumi a responsabilidade de contribuir para uma gestão integrada, eficiente e segura dos cuidados de enfermagem, promovendo a articulação funcional da equipa e a colaboração efetiva com os restantes profissionais de saúde. Esta dimensão da prática especializada convocou competências de planeamento, organização, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados.

O desenvolvimento destas competências foi progressivamente potenciado pela minha integração nas diferentes equipas de enfermagem e pela participação ativa na prestação direta de cuidados. Esta experiência permitiu-me adquirir uma visão global das dinâmicas organizacionais, dos fluxos assistenciais e dos processos de tomada de decisão em contexto clínico, traduzindo-se na aplicação prática de princípios de gestão e coordenação dos cuidados. Neste âmbito, procurei adequar os recursos humanos e materiais às necessidades identificadas, assegurando respostas ajustadas à complexidade clínica das pessoas cuidadas e promovendo a continuidade e a eficácia dos cuidados prestados.

O acompanhamento próximo da enfermeira orientadora no exercício das suas funções de coordenação, constituiu uma oportunidade privilegiada para observar e participar em processos

de planeamento, gestão de recursos e organização da resposta da equipa de enfermagem. Estas experiências contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências de priorização, gestão do tempo e tomada de decisão clínica, particularmente relevantes em contextos de elevada exigência assistencial, como o da hemodiálise, nos quais a segurança, a qualidade e a fluidez dos cuidados assumem especial importância.

Paralelamente, desenvolvi competências na gestão da continuidade dos cuidados, operacionalizados na colaboração ativa na articulação dos cuidados em contexto intra-hospitalar e na ligação com os recursos da comunidade, designadamente as unidades de hemodiálise satélite e com os cuidados de saúde primários. Esta intervenção permitiu promover transições seguras entre contextos assistenciais, prevenir ruturas no percurso de cuidados e assegurar respostas integradas e adequadas às necessidades da pessoa e família/cuidadores em programa de hemodiálise, evidenciando a capacidade de articular, referenciar e coordenar cuidados entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

A colaboração na organização dos postos de hemodiálise, assegurando a distribuição das pessoas de acordo com o grau de dependência, mobilidade e duração das sessões, constituiu um contributo relevante para a utilização racional dos recursos humanos e materiais. A supervisão dos procedimentos de preparação, higienização e manutenção dos monitores de hemodiálise entre sessões, reforçou o cumprimento do dever de supervisão das tarefas delegadas, contribuindo de forma direta para a continuidade assistencial e segurança dos cuidados.

A articulação interprofissional assumiu igualmente um papel central na gestão dos cuidados, nomeadamente na compatibilização de consultas, exames e outros procedimentos com os horários das sessões de hemodiálise. Este processo exigiu uma comunicação eficaz, clara e atempada entre os diferentes profissionais, prevenindo interrupções ou falhas no tratamento e promovendo uma gestão integrada do cuidado, assente na colaboração entre a equipa de saúde.

As intervenções e atividades desenvolvidas, concretizadas nos estudos de caso (apresentados em apêndice VIII e IX neste relatório), foram sustentadas numa avaliação sistemática e contínua, que orientou o planeamento individualizado dos planos de cuidados, ajustados às necessidades, prioridades clínicas e contexto de vida da pessoa cuidada e da família/cuidadores. Esta avaliação

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

permitiu organizar a resposta assistencial, definir objetivos realistas e selecionar intervenções de enfermagem adequadas, integrando ações diferenciadas de educação para a saúde dirigidas à compreensão da condição de saúde, do plano terapêutico, à prevenção de complicações e à promoção da readaptação funcional face à condição crónica.

A preparação da alta hospitalar foi planeada de forma articulada com a pessoa, a família/cuidadores e quando necessário, com os recursos comunitários, nomeadamente com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários, assegurando a continuidade dos cuidados no regresso ao domicílio e prevenindo omissões na transição entre contextos assistenciais.

Em síntese, demonstrei capacidade para planear, implementar, monitorizar e reajustar os cuidados de enfermagem com base na avaliação contínua da evolução clínica e na resposta da pessoa às intervenções realizadas. Esta atuação evidenciou uma gestão integrada dos cuidados, sustentada na articulação entre necessidades identificadas, prioridades clínicas e intervenções selecionadas, assegurando continuidade, coordenação e adequação da resposta assistencial. A gestão eficaz dos cuidados, enquanto competência nuclear do enfermeiro especialista, manifestou-se na capacidade de otimizar a resposta da equipa, promover a articulação interprofissional, gerir recursos de forma racional e adaptar a liderança aos diferentes contextos clínicos.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais traduz o compromisso do enfermeiro especialista com a aprendizagem ao longo da vida, a atualização contínua do conhecimento e a partilha de saberes, enquanto pilares fundamentais de uma prática profissional qualificada, reflexiva e sustentada na evidência científica. Ao longo do meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, adotei uma postura proativa, crítica e reflexiva, orientada para a identificação das minhas necessidades de aprendizagem e para a implementação de estratégias formativas intencionais, com vista a colmatá-las e ao desenvolvimento contínuo de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais.

O contacto com contextos clínicos diferenciados, em particular na área da hemodiálise, na qual não possuía experiência prévia, constituiu simultaneamente um desafio e um motor de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Esta vivência permitiu-me adquirir e integrar novos conhecimentos técnico-científicos, aprofundar a compreensão da complexidade do cuidado à pessoa com doença renal crónica em estadio 5 em programa de hemodiálise e desenvolver maior segurança na intervenção da enfermagem especializada.

A orientação atenta e disponível da enfermeira tutora, aliada à reflexão sistemática sobre a prática, revelou-se determinante para o reforço da assertividade profissional, da autonomia progressiva e da capacidade de adaptação a contextos clínicos complexos e dinâmicos, contribuindo de forma significativa para a consolidação da minha identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista.

No domínio da prática clínica informada pela evidência científica, as intervenções desenvolvidas foram sistematicamente sustentadas na pesquisa, análise e integração de conhecimento atualizado, mobilizado de forma intencional para fundamentar as intervenções planeadas e apoiar a tomada de decisão clínica, promovendo uma prática segura, crítica e cientificamente sustentada.

Reconhecendo a aprendizagem ao longo da vida como um eixo estruturante da prática especializada, assumi ao longo do meu percurso formativo um compromisso contínuo com a atualização do conhecimento. Este compromisso concretizou-se na participação em diversas ações de formação, destacando-se a formação relativa à idoneidade formativa da instituição (certificado disponível no anexo, nº VII), que me permitiu compreender os critérios de qualidade pedagógica dos contextos de ensino clínico e refletir criticamente sobre a responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção de ambientes formativos seguros, estruturados e potenciadores do desenvolvimento profissional.

Adicionalmente, a participação numa sessão de formação específica sobre acessos vasculares para hemodiálise (certificado de presença disponível no anexo, nº XV) possibilitou o aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos diretamente aplicáveis à avaliação, vigilância e cuidados ao acesso vascular, qualificando-me para intervenção enquanto futura enfermeira especialista. Esta atualização teve impacto direto na prática clínica, ao reforçar a segurança dos cuidados, potenciar

a prevenção de complicações associadas ao acesso vascular e otimizar a qualidade da intervenção de enfermagem junto da pessoa em programa de hemodiálise.

No plano da investigação e da produção científica, a participação no Simpósio de Investigação Clínica da ULS (certificado disponível no anexo, nº XIV), constituiu uma oportunidade relevante para o fortalecimento da literacia científica, possibilitando o contacto com projetos de investigação em desenvolvimento na instituição e reforçando a valorização da evidência científica enquanto suporte essencial da prática clínica e na tomada de decisão. Esta experiência estimulou o pensamento crítico e a reflexão sobre o contributo da investigação para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Paralelamente, a participação em ações de formação no domínio da prevenção e tratamento de feridas (certificados disponíveis nos anexos, nº I, II, IV, V, VI, X, XI, XII e XIII) promoveu a atualização científica e a partilha de boas práticas, permitindo o contacto com evidência recente, inovação terapêutica e a valorização de abordagens multidisciplinares e multidimensionais na abordagem à pessoa com ferida. Estas experiências tiveram repercussões diretas no desenvolvimento das minhas competências técnico-científicas e na consolidação de uma prática clínica alinhada com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para além das atividades formativas e científicas frequentadas, o desenvolvimento de competências neste domínio foi igualmente evidenciado através de intervenções realizadas em contexto de estágio que potenciaram a aprendizagem profissional contínua e a consolidação do pensamento crítico. A participação ativa nas passagens de turno e em momentos formais e informais de discussão clínica, constituiu uma oportunidade relevante para a partilha de saberes, a reflexão conjunta sobre decisões clínicas e a integração de diferentes perspetivas profissionais favorecendo a aprendizagem colaborativa.

A procura autónoma e sistemática de informação científica em resposta a situações clínicas concretas emergentes da prática quotidiana traduziu-se numa aprendizagem situada e intencional, orientada para a resolução de problemas reais. Esta prática permitiu-me desenvolver competências de formulação de questões clínicas pertinentes, seleção crítica de fontes de informação fidedignas e integração da evidência científica na tomada de decisão clínica,

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

reforçando uma prática profissional reflexiva, informada e segura.

Adicionalmente, a participação em iniciativas de educação para a saúde dirigidas à pessoa e à família/cuidadores, bem como a elaboração de materiais educativos (disponíveis nos apêndices, nº I, II, III, IV, V, VI e VII) adaptados ao nível de literacia em saúde, exigiu a capacidade de traduzir conhecimento científico complexo para uma linguagem acessível e compreensível. Este processo constituiu um exercício relevante de translação do conhecimento para o exercício profissional, reforçando competências comunicacionais, pedagógicas e reflexivas essenciais à prática especializada.

Destaco, ainda, as intervenções desenvolvidas durante o estágio e no âmbito dos estudos de caso (disponíveis nos apêndices, nº VIII e IX), nas quais integrei de forma articulada a evidência científica atual e referenciais teóricos de enfermagem, nomeadamente a teoria das transições de Afaf Meleis (2010), o modelo de cuidados centrados na pessoa de McCormack e McCance (2017) e a ontologia de enfermagem. Estes referenciais sustentaram o raciocínio clínico, a priorização dos focos de atenção e a definição de intervenções ajustadas às necessidades da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, demonstrando a capacidade de articular o conhecimento disciplinar da enfermagem em prol de uma prática especializada fundamentada.

A realização de uma revisão rápida da literatura, centrada nas intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica na pessoa em programa de hemodiálise, permitiu identificar estratégias eficazes, pertinentes e aplicáveis à prática clínica, refletindo a minha capacidade para interpretar, organizar e mobilizar o conhecimento científico como suporte à intervenção especializada e promotora de ganhos em saúde.

Em síntese, o percurso desenvolvido neste domínio ilustrou a integração do conhecimento teórico, da evidência científica e do pensamento crítico na análise das situações clínicas, materializando-se no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados. Estas experiências contribuíram de forma significativa para a minha evolução profissional e reforçaram o meu compromisso, presente e futuro, com uma prática de enfermagem orientada para a aprendizagem contínua ao longo da vida e a excelência dos cuidados de enfermagem.

3.2. Análise crítico-reflexiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Os Estágios I (Unidade de Internamento de Nefrologia) e II (Unidade de Hemodiálise e Estruturas de Apoio na Comunidade) constituíram momentos estruturantes do meu percurso formativo e do meu desenvolvimento profissional, permitindo-me integrar, de forma crítica, consciente e reflexiva, o conhecimento científico, normativo e ético na prática clínica. Estes contextos possibilitaram a operacionalização contextualizada das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, orientando a minha intervenção para a complexidade inerente à vivência da doença crónica.

O Regulamento n.º 429/2018 estabelece que o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica assenta em duas competências específicas, destinadas a responder, de forma diferenciada, integrada e eficaz, às necessidades multidimensionais que emergem ao longo dos processos de transição saúde–doença. Este exercício exige a capacidade de avaliar contextos clínicos complexos, planejar intervenções individualizadas, prestar cuidados seguros, éticos e sustentados na melhor evidência científica disponível. Neste enquadramento, a minha prática procurou operacionalizar estas competências de forma intencional, reflexiva e contextualizada.

No âmbito das competências específicas em enfermagem especializada à pessoa em situação crónica, salientam-se as duas competências centrais que orientaram a minha prática clínica: “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” e “Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” (OE, 2018).

3.2.1. Cuidar com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Neste domínio, a minha intervenção partiu do reconhecimento da complexidade inerente à vivência da doença renal crónica e das múltiplas transições associadas à sua evolução, adotando uma abordagem sustentada numa avaliação multidimensional e no raciocínio clínico. A identificação das respostas humanas à doença, permitiu ultrapassar uma visão fragmentada do cuidado, possibilitando o planeamento de intervenções intencionais e ajustadas à singularidade de cada pessoa, orientadas para a promoção da adaptação à condição de cronicidade, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida da

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

pessoa e da família/cuidadores.

A prática desenvolvida privilegiou uma abordagem de cuidados centrados na pessoa, concretizada de forma intencional e sistemática através da avaliação multidimensional e individualizada (clínica, funcional, emocional, social e cultural), através da utilização de comunicação terapêutica promotora da compreensão e significado e pela tomada de decisão partilhada, respeitando a autonomia, os valores, o contexto sociocultural e a capacidade de decisão da pessoa e da família/cuidadores.

Em contexto de estágio, esta orientação traduziu-se, de forma concreta, na negociação de objetivos realistas e mensuráveis com a pessoa e família/cuidadores (por exemplo, estratégias para controlo do ganho ponderal interdialítico, adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica, autocuidado com o acesso vascular) e adoção de estilos de vida saudáveis, na adaptação das intervenções educativas ao nível de literacia em saúde, às crenças e às rotinas quotidianas (utilizando linguagem acessível, validação de compreensão e técnicas de *teach-back*), e no planeamento da continuidade de cuidados, com articulação interdisciplinar e referenciação, quando indicado, para assegurar a coerência do percurso assistencial e a integração sustentável do regime terapêutico no dia a dia.

Esta intervenção foi sustentada conceptualmente no Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance (2017), orientando o estabelecimento de uma relação terapêutica e de um ambiente capacitador, e na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), permitindo compreender a vivência da doença crónica como um processo dinâmico, identificar momentos de vulnerabilidade e potenciar respostas adaptativas através de intervenções especializadas de enfermagem.

A mobilização destes referenciais revelou-se particularmente pertinente para compreender a doença renal crónica como um processo transicional complexo e para orientar intervenções promotoras da participação ativa da pessoa e família/cuidadores nos cuidados.

A minha intervenção foi igualmente alicerçada na integração da evidência científica resultante da revisão rápida da literatura realizada, a qual identificou a adesão terapêutica como um fenómeno clínico complexo, dinâmico e multifatorial, com impacto direto na estabilidade clínica, no controlo sintomático e na qualidade de vida da pessoa em programa de hemodiálise (Alatawi et al., 2024; Tesfaye et al., 2024). Estes contributos constituíram um referencial estruturante da minha prática enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica permitindo-me

conceptualizar a adesão não apenas como um resultado desejável, mas como um objeto específico de intervenção especializada, indissociável dos processos transicionais vivenciados pela pessoa com doença crónica. Deste modo, foram operacionalizadas as competências específicas relativas à avaliação das respostas humanas à doença e ao planeamento de intervenções individualizadas, direcionadas para a facilitação da adaptação aos processos de transição associados à doença crónica.

A integração desta fundamentação teórica na prática clínica encontra-se ilustrada no estudo de caso (disponível no apêndice, nº IX) desenvolvido em contexto de estágio, centrado na intervenção junto de uma pessoa com doença renal crónica em estadio G5 que, na sequência de complicações infecciosas, transitou de forma abrupta da diálise peritoneal para a hemodiálise, vivenciando simultaneamente prurido associado à hiperfosfatemia. A complexidade desta situação exigiu uma abordagem diferenciada, sustentada no raciocínio clínico avançado, na integração da evidência científica e na adaptação contínua das intervenções às necessidades emergentes da pessoa em processo transicional.

Neste contexto, a educação para a saúde, a promoção da literacia e a adesão terapêutica, assumiram-se eixos estruturantes da minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista, desenvolvidos de forma intencional e ancorados numa avaliação sistemática das necessidades decorrentes da situação clínica. Esta abordagem teve como objetivo a capacitação progressiva da pessoa e da família/cuidadores para a autogestão da condição de saúde, bem como para uma adesão informada e consciente ao plano terapêutico.

As intervenções centraram-se na gestão integrada do tratamento, incluindo o cumprimento das restrições hídricas e dietéticas, a toma adequada da medicação, os cuidados ao acesso vascular e a assiduidade às sessões de hemodiálise, articulando-se com o ensino de estratégias de vigilância, prevenção de complicações e promoção do autocuidado. Neste âmbito, desenvolvi materiais educativos (disponíveis nos apêndices, nº I, II, III, IV, V, VI e VII) dirigidos à pessoa em programa de hemodiálise e à sua família/cuidadores, operacionalizando intervenções de educação para a saúde orientadas para a promoção da autogestão da condição crónica e da adesão terapêutica informada.

A educação para a saúde realizada foi complementada com a disponibilização de folhetos informativos (disponíveis nos apêndices, nº I, II e VI), elaborados no decurso do estágio, sobre a gestão do prurido associado à hiperfosfatemia e sobre os cuidados ao acesso vascular, nomeadamente à fístula arteriovenosa e ao

cateter de longa duração. Estes materiais foram concebidos como instrumentos de educação terapêutica estruturada, utilizando linguagem acessível e cientificamente validada, com o objetivo de reforçar a compreensão da doença e da importância da adesão ao plano terapêutico para o controlo sintomático e a melhoria da qualidade de vida. A evidência científica demonstra que a complementaridade entre a educação verbal e a informação escrita melhora a compreensão, promove a literacia em saúde e favorece a adesão terapêutica informada (Brevidelli et al., 2024; Guldager et al., 2025). A elaboração destes materiais de apoio evidencia, assim, a capacidade de translação do conhecimento científico para contextos reais de cuidado e a adequação das estratégias educativas às necessidades e capacidades da pessoa e da família/cuidadores, traduzindo uma intervenção diferenciada orientada para a literacia em saúde e para a potenciação de resultados em saúde.

Na prestação de cuidados a esta cliente, foram identificadas dificuldades de adesão terapêutica relacionadas com défices de conhecimento sobre o programa de hemodiálise, os cuidados ao cateter de longa duração e a gestão dietética restritiva em fósforo, bem como inconsistências na toma dos quelantes do fósforo. Paralelamente, o impacto emocional da transição abrupta entre técnicas dialíticas, manifestado por ansiedade, insónia e sensação de perda de controlo, associado à vivência de prurido intenso, constituiu uma barreira adicional à adesão. Estes achados corroboram a evidência que identifica a literacia em saúde limitada, a complexidade do regime terapêutico e os processos transicionais como fatores críticos na adesão da pessoa em programa de hemodiálise (Osakwe et al., 2024).

Perante esta realidade, a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista iniciou-se com uma avaliação multidimensional e sistemática das respostas da pessoa à doença e ao tratamento, integrando dimensões clínicas, emocionais, cognitivas e socioculturais. Para além das dificuldades relacionadas com o conhecimento e a gestão do regime terapêutico, foram igualmente avaliadas barreiras subjetivas e contextuais que condicionavam a capacidade de autogestão, reconhecendo-as como determinantes com impacto direto na adesão terapêutica. Esta avaliação permitiu concetualizar a adesão como um objeto específico de intervenção especializada, indissociável do processo transicional em curso e não apenas como um resultado esperado.

A intervenção desenvolvida encontra ainda respaldo nas recomendações da *guideline Transitions in Care and Services* da RNAO, a qual orienta a prática profissional para a promoção de transições seguras, contínuas e coordenadas entre diferentes contextos, serviços e fases do percurso saúde–doença. Esta *guideline*

ênfatisa a importância da comunicação eficaz, da clarificação de responsabilidades entre profissionais, do envolvimento ativo da pessoa e família/cuidadores e da antecipação de riscos associados às transições, com o objetivo de reduzir eventos adversos e promover a qualidade e a segurança dos cuidados.

No contexto da doença renal crónica em estadió G5, a transição entre diferentes modalidades terapêuticas e contextos assistenciais, nomeadamente entre a transição da diálise peritoneal para a hemodiálise, configura-se um momento de elevada vulnerabilidade clínica, emocional e relacional. Neste sentido, a intervenção de enfermagem enquanto facilitadora da transição revelou-se determinante para assegurar a continuidade dos cuidados, a congruência da informação transmitida e a integração progressiva das recomendações terapêuticas no quotidiano da pessoa. A articulação destas orientações com a teoria das transições de Meleis, permitiu sustentar uma intervenção especializada intencional, orientada para a prevenção de riscos, a promoção da adaptação e a capacitação da pessoa para a adesão terapêutica ao longo do processo transicional (RNAO, 2023).

Atendendo à vulnerabilidade acrescida identificada, foram implementadas intervenções diferenciadas e progressivas, orientadas para a facilitação da transição e para a capacitação da pessoa. Numa fase inicial, desenvolveram-se intervenções de educação para a saúde centradas na explicação clara e acessível da relação entre a hiperfosfatemia e o prurido, no racional do tratamento dialítico e nos cuidados essenciais ao cateter de longa duração, utilizando linguagem ajustada ao nível de literacia em saúde e estratégias de validação da compreensão, nomeadamente a técnica do *teach-back*.

Considerando a relevância desta estratégia, importa enquadrar brevemente a técnica do *teach-back*. Esta emerge no âmbito do movimento da literacia em saúde, desenvolvido nos Estados Unidos no final da década de 1990 e início dos anos 2000, em resposta à evidência crescente de dificuldades na compreensão da informação clínica por parte das pessoas. Do ponto de vista conceptual, esta técnica assenta em princípios da aprendizagem e da educação em saúde centrada na pessoa, deslocando o foco da avaliação do conhecimento da pessoa para a avaliação da eficácia da comunicação do profissional. A evidência científica mostra que a utilização do *teach-back* se associa a melhorias significativas na compreensão, retenção da informação, autogestão e adesão terapêutica, particularmente em contextos de doença crónica e regimes terapêuticos complexos (Talevski et al., 2020).

De forma complementar, estas intervenções evoluíram para uma educação terapêutica estruturada, com ensino personalizado sobre a dieta restritiva em fósforo, a identificação de alimentos críticos, a importância e o momento correto da toma dos quelantes, bem como estratégias práticas para integrar estas orientações na rotina diária, reforçando a percepção de controlo e a autoeficácia.

Mobilizei intervenções de suporte emocional e de comunicação terapêutica integradas no processo de cuidados, com enfoque na redução da ansiedade e na reconstrução de sentido face à transição abrupta entre técnicas dialíticas. Estas intervenções foram planeadas e ajustadas ao momento de maior vulnerabilidade associado à mudança de técnica, concretizando-se em sessões breves e intencionais de acompanhamento individual durante as sessões de diálise, nas quais realizei uma avaliação estruturada do estado emocional, identificando preocupações, medos e expectativas. Para garantir uma interpretação exata da experiência vivida, recorri a perguntas abertas, reformulação e clarificação, assegurando a validação do que era expresso e a congruência entre a mensagem transmitida e o significado atribuído pela pessoa.

A relação terapêutica foi sustentada na escuta ativa, na empatia e na validação emocional, operacionalizada através da nomeação e legitimação dos sentimentos de ansiedade, incerteza, receio de complicações manifestados, com o objetivo de reduzir a percepção de isolamento e desamparo e de reforçar a percepção de suporte, proporcionando maior segurança subjetiva no processo de transição. Sempre que se identificaram sinais de agravamento do estado emocional ou necessidade de apoio diferenciado, a situação foi comunicada e articulada com a equipa, salvaguardando a continuidade e a adequação da resposta clínica.

Em paralelo, assegurei informação estruturada, clara e progressiva sobre as implicações da mudança de técnica dialítica, nomeadamente os objetivos, implicações no quotidiano, cuidados necessários e sinais de alerta, adequada ao nível de literacia em saúde e ao contexto sociocultural da pessoa. A compreensão foi verificada de modo sistemático através de teach-back, solicitando à pessoa que reformulasse, por palavras próprias, os aspetos essenciais, permitindo identificar e corrigir precocemente lacunas ou interpretações incorretas. Quando pertinente e com consentimento, promovi o envolvimento da família/cuidadores, reforçando a rede de suporte e a consistência da mensagem educativa, com vista a favorecer a integração do novo regime terapêutico no quotidiano.

Por fim, construí com a pessoa estratégias concretas de coping e adaptação, incluindo a definição de prioridades imediatas, a identificação de recursos disponíveis e a operacionalização de passos práticos para

antecipar e gerir dificuldades previsíveis. Em síntese, a intervenção foi orientada para os focos de atenção objetivados e clinicamente pertinentes, visando a redução da ansiedade, o aumento do controlo percebido e a facilitação da adaptação, traduzindo-se numa abordagem centrada nas suas necessidades da pessoa e promotora de uma transição segura entre as técnicas dialíticas.

Esta intervenção revelou-se determinante para promover um maior envolvimento da pessoa no planeamento dos cuidados e para sustentar uma tomada de decisão informada e partilhada, favorecendo a passagem de uma adesão centrada na obrigação para uma adesão mais consciente e autorregulada.

A intervenção incluiu ainda monitorização clínica e reavaliação contínua dos indicadores associados à adesão e ao conforto, nomeadamente a consistência relatada na toma dos quelantes, a compreensão dos cuidados ao cateter, a perceção subjetiva da intensidade do prurido e a qualidade do sono, ajustando o plano de cuidados em função da resposta obtida. Paralelamente, foi assegurada a articulação interdisciplinar com a equipa médica de nefrologia e com a nutricionista, garantindo a coerência das mensagens educativas, a adequação das orientações dietéticas e a integração das intervenções de enfermagem no plano terapêutico global, em consonância com os princípios da gestão integrada dos cuidados à pessoa em situação crónica.

Como resultado destas intervenções, observaram-se melhorias progressivas na compreensão da cliente relativamente à sua condição clínica e ao regime terapêutico, maior envolvimento nas decisões relacionadas com o tratamento e aumento da consistência na adesão à toma dos quelantes e às orientações dietéticas. Verificou-se igualmente uma redução subjetiva da intensidade do prurido e da ansiedade associada, traduzindo-se em ganhos ao nível do conforto, do bem-estar e da adaptação à nova condição.

Do ponto de vista reflexivo, esta experiência permitiu compreender que a promoção da adesão terapêutica na pessoa em hemodiálise exige uma compreensão aprofundada dos processos transicionais subjacentes e uma intervenção intencional sobre estes. A adesão não pode ser dissociada das transições vivenciadas, sob pena de limitar a eficácia das intervenções educativas. Este percurso reforçou a responsabilidade da futura enfermeira especialista enquanto facilitadora da transição, sustentada na articulação entre suporte emocional, educação terapêutica e acompanhamento contínuo, consolidando a minha identidade profissional na capacitação da pessoa em situação crónica para a autogestão da sua

condição e para uma adesão terapêutica sustentada.

Estas intervenções consubstanciam a operacionalização da competência específica “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”, prevista no Regulamento n.º 429/2018, evidenciando-se, em particular, no domínio do cuidar dirigido à pessoa e aos seus família/cuidadores em situação de cronicidade. Assim, traduzem uma prática clínica diferenciada e centrada na pessoa, orientada para a promoção da adaptação e da integração do regime terapêutico no quotidiano, através de intervenções deliberadas de gestão do risco, capacitação e coordenação do cuidado, assegurando segurança, continuidade e qualidade no curso da doença.

3.2.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

No âmbito desta competência, desenvolvi intervenções orientadas para a criação e manutenção de ambientes terapêuticos promotores da segurança, sustentados numa avaliação contínua do risco e numa abordagem preventiva de eventos adversos. A minha intervenção privilegiou a prevenção e o controlo da infeção, com especial enfoque na segurança associada aos acessos vasculares para hemodiálise, reconhecendo esta dimensão como central na qualidade e segurança dos cuidados à pessoa com doença renal crónica em estadio 5 em programa de hemodiálise.

Neste contexto, participei ativamente na elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade (disponível no apêndice, nº X) centrado na implementação sistemática da lavagem do membro com acesso arteriovenoso antes da canulação para hemodiálise, enquanto medida preventiva da infeção associada ao acesso vascular. A colaboração na elaboração deste projeto, constituiu uma oportunidade relevante para a consolidação de competências ao nível da análise crítica da prática, da padronização de procedimentos e da promoção da segurança dos cuidados, evidenciando a importância da redução da variabilidade clínica e da adoção de práticas informadas na evidência como estratégias fundamentais na prevenção da infeção e na melhoria dos resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Paralelamente, desenvolvi intervenções ao nível da vigilância clínica, da aplicação consistente de práticas seguras e da educação estruturada da pessoa e da família/cuidadores relativamente aos cuidados com fistula arteriovenosa e com o cateter de longa duração. Estas intervenções contribuíram para a redução do risco de infeção, para a deteção precoce de sinais de infeção local e sistémica e para a promoção

comportamentos preventivos, assumindo particular relevância em situações de maior fragilidade clínica como a hemodiálise.

A adequação das intervenções às capacidades funcionais, ao estado clínico e ao grau de vulnerabilidade da pessoa constituiu um eixo estruturante da prática desenvolvida. A avaliação contínua e a adaptação dinâmica das intervenções, permitiram promover a estabilidade clínica e mitigar riscos associados à condição crónica, assegurando a criação de um ambiente terapêutico seguro e ajustado às necessidades singulares da pessoa e da família/cuidadores.

Para além do contexto hospitalar, desenvolvi competências no domínio da promoção da saúde em contexto comunitário, partindo de uma conceção ampliada de ambiente terapêutico que integra dimensões educativas, relacionais e sociais. Neste sentido, participei em iniciativas de educação para a saúde, como o projeto *“O MIR vai à escola”*, e na criação de conteúdos educativos em formato podcast, orientados para a promoção da literacia em saúde renal. Estas intervenções permitiram desenvolver o ambiente terapêutico para além do contexto assistencial formal, promovendo o empoderamento da pessoa com doença renal crónica e da sua família/cuidadores, reforçando comportamentos preventivos, a capacitação para a autogestão e a continuidade do cuidado em contexto comunitário.

Deste modo, a intervenção educativa assumiu-se uma estratégia de maximização do ambiente terapêutico, ao reduzir vulnerabilidades, aumentar a previsibilidade e favorecer a adaptação à condição crónica ao longo do percurso de vida, consolidando uma prática especializada centrada na pessoa, orientada para a segurança, a continuidade e a excelência dos cuidados.

No âmbito desta competência as intervenções que desenvolvi na Unidade de Hemodiálise e no Internamento do Serviço de Nefrologia traduziram-se numa intervenção sustentada da gestão do risco e de organização do ambiente seguro dos cuidados especializados, adequando os meus cuidados de modo a salvaguardar, de forma simultânea, a minha segurança e a da pessoa recetora dos cuidados. Esta operacionalização assentou numa vigilância clínica contínua, na identificação precoce de fatores de risco e na adoção consistente de práticas seguras, em consonância com normas e procedimentos institucionais e com a melhor evidência disponível, em articulação estreita com a equipa interdisciplinar.

Na minha prática privilegiei a deteção precoce de complicações associadas à doença renal crónica

e aos processos terapêuticos complexos, através de monitorização sistemática de sinais e sintomas e de avaliação contínua da resposta clínica às intervenções. Em contexto de hemodiálise, esta vigilância incidiu com particular frequência sobre a hipotensão intradialítica, monitorizando a tendência e variação seriada da pressão arterial ao longo da sessão e a ocorrência de sinais de hipoperfusão (tonturas, náuseas, sudorese, palidez, fraqueza, câibras), de forma a permitir intervenção atempada e articulação célere com a equipa sempre que necessário. Em paralelo, mantive uma observação sistemática de sinais compatíveis com infeção/complicação do acesso vascular, quer ao nível local (rubor, calor, dor, edema, induração, exsudado, alterações do penso ou do local de punção), quer sistémico (febre, arrepios/calafrios, mal-estar, taquicardia e alterações do estado geral), integrando ainda a avaliação do funcionamento do acesso arteriovenoso, como dificuldades de punção, hemorragia pós-punção, alarmes recorrentes e alterações de pressões no circuito) enquanto potenciais indicadores de complicação e risco acrescido. Para além da vigilância clínica, fomentei intervenções que favoreceram processos de adaptação e transição situacional da pessoa e família/cuidadores face às exigências do regime terapêutico, através de comunicação terapêutica, educação para a saúde e envolvimento informado, com vista à integração sustentada do plano de cuidados no quotidiano.

No domínio relativo à gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos, atuei de forma consistente enquanto gestora de risco, promovendo um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados. Esta intervenção integrou, como componente nuclear do ambiente terapêutico, o reforço sistemático das práticas de controlo de infeção, com particular ênfase na higienização das mãos e na utilização criteriosa de equipamento de proteção individual, em conformidade com as precauções padrão e, quando aplicável, adicionais. A aplicação destes princípios foi particularmente rigorosa durante a manipulação do acesso vascular e a realização de procedimentos potencialmente invasivos, assegurando a organização do posto de trabalho e a separação de circuitos limpo/sujo, com o objetivo de mitigar fatores desencadeantes de eventos adversos e prevenir complicações infecciosas associadas aos processos terapêuticos complexos. Sempre que pertinente, contribuí igualmente para a operacionalização de procedimentos de controlo de eventos adversos, em articulação com a dinâmica assistencial e organizacional do serviço.

De forma transversal aos dois contextos, estruturei a comunicação clínica como um eixo central de segurança e continuidade de cuidados, privilegiando uma transmissão de informação objetiva e completa. Neste âmbito, recorri a passagens de turno estruturadas, utilizando o modelo ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) para organizar e priorizar a informação, reduzindo omissões e promovendo consistência na tomada de decisão clínica. Em paralelo, garanti a documentação sistemática no registo clínico eletrónico, valorizando a realização de registos completos e objetivos como instrumento de continuidade, segurança e responsabilização profissional, consolidando informação sobre parâmetros monitorizados, intercorrências intradialíticas (como episódios de hipotensão ou sinais sugestivos de infeção do acesso), intervenções realizadas e resposta obtida. Esta abordagem inscreve-se na monitorização de fatores desencadeantes de eventos adversos e na instituição de estratégias preventivas.

Promovi uma atuação orientada para o reforço da cultura de segurança, reconhecendo situações e procedimentos potencialmente geradores de resultados indesejáveis e fomentando medidas de correção e melhoria, em articulação com as estruturas institucionais e com a equipa, contribuindo para práticas mais seguras e consistentes nos processos terapêuticos complexos. Em síntese, as intervenções realizadas evidenciam a operacionalização desta competência, integrando gestão do risco, otimização do ambiente e qualificação dos processos terapêuticos complexos, com centralidade na pessoa e na família/cuidadores, nos contextos da hemodiálise e do internamento de nefrologia,

No internamento de nefrologia, a maximização do ambiente terapêutico foi igualmente mobilizada através de uma abordagem integrada de gestão do risco, incluindo a prevenção de quedas, a salvaguarda da integridade cutânea e a redução do risco de infeção, ajustando o ambiente físico e organizacional às necessidades da pessoa em situação crónica e frequentemente em condição de maior vulnerabilidade. Neste domínio, privilegiei ainda a promoção de um contexto de cuidado humanizado e participativo, mobilizando estratégias de comunicação terapêutica e de envolvimento informado da pessoa e/ou família, assegurando privacidade, conforto e compreensão do plano de cuidados. Esta abordagem visou favorecer a integração do regime terapêutico e potenciar a continuidade de cuidados no percurso pós-alta.

Em síntese, as intervenções realizadas evidenciam uma prática especializada que, ao maximizar o

ambiente terapêutico, integra de forma coerente a segurança, a prevenção de riscos e a centralidade na pessoa, traduzindo a competência “Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” em ações clínicas consistentes, fundamentadas e ajustadas aos contextos da hemodiálise e do internamento de nefrologia.

3.3. Análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências de Mestre

A obtenção do grau de Mestre traduz-se na consolidação de competências diferenciadas que ultrapassam a mera aquisição de conhecimentos especializados, integrando capacidades de análise crítica, resolução de problemas complexos, tomada de decisão fundamentada e autonomia intelectual na prática profissional, conforme preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018. Neste enquadramento, o estágio clínico constituiu um espaço privilegiado do desenvolvimento destas competências, ao permitir a articulação consistente entre conhecimento teórico, evidência científica e prática clínica em contextos reais.

Ao longo do estágio, fui confrontada com situações clínicas singulares, caracterizadas pela coexistência de múltiplas comorbilidades e por manifestações atípicas da doença, exigindo respostas integradas, diferenciadas e ajustadas à singularidade de cada pessoa. A gestão da doença renal crónica em estadio G5 em pessoas em programa de hemodiálise, associada a patologia neurológica com manifestações de síndrome demencial, evidenciou a necessidade de articular dimensões clínicas, sociais e familiares do cuidado, adequando a intervenção às capacidades da pessoa e ao contexto envolvente. Neste cenário, o conhecimento adquirido ao longo do mestrado revelou-se um alicerce fundamental para a definição de estratégias seguras, eficazes e centradas na pessoa e família/cuidadores, demonstrando que a prática se sustenta numa análise crítica aprofundada, num juízo clínico fundamentado e numa compreensão holística da situação clínica, indo além da aplicação linear de protocolos ou algoritmos.

A comunicação assumiu um papel central no desenvolvimento das competências de Mestre. A interação com a equipa interdisciplinar exigiu clareza concetual, rigor técnico e fundamentação científica, nomeadamente na argumentação e validação de propostas de ajustes do plano terapêutico sustentadas em conhecimentos. Paralelamente, a comunicação com a pessoa e a família/cuidadores implicou a capacidade de traduzir raciocínios clínicos complexos para uma

linguagem acessível, empática e ajustada ao nível de literacia em saúde e às limitações cognitivas existentes. A necessidade de explicar regimes polimedicamentosos e restrições dietéticas em contextos de baixa literacia, evidenciou que a eficácia da intervenção clínica depende, em larga medida, da adequação da comunicação ao interlocutor, constituindo-se uma competência determinante para promover a compreensão e empoderamento para a autogestão e adesão terapêutica.

No processo de desenvolvimento da autonomia intelectual e da prática informada na evidência, a elaboração da revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica na pessoa em programa de hemodiálise constituiu um contributo estruturante. Este trabalho permitiu desenvolver competências de pesquisa, análise crítica e síntese do conhecimento científico, reforçando a integração sistemática da evidência na tomada de decisão clínica e na fundamentação da intervenção especializada.

Em linha com as exigências de um curso de mestrado, particularmente no que respeita à produção e disseminação de conhecimento com relevância para a prática clínica, participei, enquanto autora, numa comunicação oral em contexto científico e fiz uma publicação numa revista científica (disponível nos anexos nº VIII e IX), atividades que evidenciam a minha capacidade de integrar e aprofundar conhecimentos, sustentar a prática em evidência e comunicar os resultados e conclusões, consolidando assim as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O estágio constituiu, igualmente, um catalisador do desenvolvimento da aprendizagem ao longo da vida, enquanto competência nuclear do grau de Mestre. A emergência de desafios clínicos sem resposta imediata, estimulou a pesquisa autónoma em bases de dados científicas, a análise crítica da informação disponível e a construção de respostas sustentadas na melhor evidência. A gestão de sintomas associados à doença renal crónica em estadio G5 da pessoa em programa de hemodiálise, exigiu não apenas a mobilização do conhecimento previamente adquirido, mas também a capacidade de formular questões clínicas pertinentes, selecionar fontes fidedignas e integrar a evidência científica na decisão clínica, consolidando uma prática reflexiva e informada e segura.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Em síntese, o percurso desenvolvido ao longo do estágio, permitiu a materialização efetiva das competências associadas ao grau de Mestre em enfermagem, traduzindo-se na capacidade de resolver problemas complexos, integrar criticamente o conhecimento, formular juízos clínicos fundamentados, comunicar de forma eficaz e exercer autonomia na aprendizagem contínua. Este percurso consolidou a minha capacidade de intervir de forma informada, responsável e eticamente sustentada, contribuindo para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados, e reforçando uma visão holística do cuidar, centrada na pessoa e na família/cuidadores, sustentada na evidência científica e orientada para a excelência profissional em contextos de cronicidade.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO FORMATIVO E DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A análise SWOT do percurso formativo desenvolvido no âmbito dos estágios permitiu uma avaliação integrada e crítica dos fatores internos e externos que influenciaram o desenvolvimento das competências comuns e específicas da futura enfermeira especialista, bem como das competências associadas ao grau de Mestre. Este exercício constituiu-se um instrumento reflexivo estruturante, possibilitando a identificação de fatores potenciadores do desenvolvimento profissional, assim como de áreas suscetíveis de melhoria, enquadrando o percurso formativo num processo contínuo de aprendizagem, desenvolvimento e consolidação de competências.

Forças

No que respeita às forças, destaca-se a integração consistente dos documentos normativos e orientadores do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, nomeadamente os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2017), os regulamentos n.º 140/2019(b) e n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros e o Decreto-Lei n.º 65/2018, em articulação com os referenciais teóricos da enfermagem e com a prática informada pelo conhecimento científico, enquanto referenciais estruturantes dos cuidados de enfermagem.

Esta articulação permitiu proporcionar cuidados individualizados, ajustados à singularidade da pessoa, ao seu contexto de vida e à experiência subjetiva da doença crónica, reforçando uma abordagem efetivamente centrada na pessoa. Paralelamente, a orientação para a prática sustentada no corpo de evidência atual, afirmou-se como um fator determinante no desenvolvimento de competências, sustentando a tomada de decisão clínica e a definição de intervenções diferenciadas dirigidas à capacitação da pessoa para a autogestão da sua condição de saúde e para a adesão terapêutica. A mobilização sistemática da evidência científica, contribuiu assim para uma prática mais fundamentada e alinhada com os resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Acresce ainda a capacidade de resposta em contextos clínicos de elevada complexidade, nomeadamente em situações de multimorbilidade e de limitação cognitiva, que exigiram uma abordagem integrada das necessidades clínicas, sociais e familiares, bem como a adaptação contínua das estratégias de comunicação e intervenção. O percurso desenvolvido permitiu igualmente o fortalecimento de competências fundamentais, como o pensamento crítico, a reflexão estruturada sobre e na prática clínica e a orientação para a segurança e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Neste âmbito, destaca-se também o desenvolvimento das competências de Mestre, traduzidas na capacidade de apreciação crítica, de resolução de problemas complexos, de integração de saberes provenientes de diferentes domínios e de comunicação eficaz em contexto interdisciplinar. Estas competências foram sustentadas por uma postura de aprendizagem autónoma, pela pesquisa sistemática em bases de dados científicas e pela incorporação contínua da evidência na prática clínica, reforçando uma intervenção profissional informada, reflexiva e eticamente responsável.

Fraquezas

Relativamente às fraquezas, reconhece-se a ausência de experiência prévia em hemodiálise como um desafio relevante, que implicou um processo de adaptação exigente, aprendizagem rápida e gestão emocional num contexto de cuidados caracterizado por elevada complexidade técnica e organizacional. Adicionalmente, a impossibilidade de demonstrar resultados quantitativos do projeto de melhoria contínua da qualidade, por este se encontrar em fase de planeamento e proposta à data de conclusão do estágio, constituiu uma limitação à mensuração objetiva do impacto desta intervenção.

Identifica-se ainda a exigência acrescida associada à comunicação terapêutica em contextos de baixa literacia em saúde e de limitações cognitivas, que implicou maior investimento temporal e maior complexidade na validação da compreensão e na promoção da tomada de decisão partilhada.

Por fim, a conciliação entre as demandas académicas, profissionais e pessoais representou um fator adicional de exigência ao longo do percurso académico, ainda que mitigado pelo apoio

institucional, das professoras e das enfermeiras orientadoras. Neste contexto, reconhece-se igualmente que a consolidação da autonomia profissional ocorreu de forma progressiva e acompanhada, sendo expectável, nesta fase de transição, a dependência da enfermeira orientadora e das docentes.

Oportunidades

No que concerne às oportunidades, o contexto institucional onde decorreu o estágio revelou-se um elemento facilitador do desenvolvimento de competências. A existência de uma unidade certificada, orientada para a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como a presença de grupos de trabalho específicos, como os de acesso vascular e de controlo de infeção, promoveram uma cultura organizacional favorável à melhoria contínua, à aprendizagem e à prática reflexiva.

A integração numa equipa multidisciplinar e a articulação funcional com o serviço de nefrologia, potenciaram a continuidade dos cuidados e a compreensão global do percurso assistencial da pessoa com doença renal crónica.

O apoio consistente das enfermeiras orientadoras e das professoras do mestrado, constituiu igualmente um fator determinante para o desenvolvimento e consolidação das aprendizagens e para a construção progressiva da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista.

Ameaças

Como ameaças externas ao processo de desenvolvimento de competências identificam-se a não conformidade plena com o rácio recomendado de enfermeiros especialistas, conforme previsto no Regulamento n.º 743/2019(a), o que pode limitar a capacidade de supervisão clínica e a expansão sustentada de práticas especializadas. A elevada exigência organizacional do serviço, com funcionamento contínuo e resposta a situações emergentes, traduz-se numa pressão assistencial cumulativa, condicionando a disponibilidade temporal para atividades formativas, reflexivas e de desenvolvimento de projetos.

Acresce ainda a complexidade e vulnerabilidade da população com doença renal crónica em estadio G5 em programa de hemodiálise, caracterizada por multimorbilidade, polimedicação,

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

elevado risco de complicações e determinantes socioeconómicos desfavoráveis, fatores que podem comprometer a efetividade das intervenções promotoras da adesão terapêutica se estas não forem contínuas, multifacetadas e ajustadas.

Por fim, as situações em que a capacidade decisional da pessoa se encontra comprometida e a decisão é delegada no cuidador introduzem desafios éticos acrescidos, aumentando o risco de incongruência entre o plano terapêutico, os valores e as capacidades reais da pessoa e família/cuidadores.

Em síntese, a análise SWOT evidencia que o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e de Mestre foi potenciado pela integração consistente de referenciais normativos, pela mobilização sistemática da evidência científica e pela orientação clínica e académica, num contexto institucional orientado para a segurança e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Em paralelo, reconhecem-se limitações e constrangimentos associados à ausência inicial de experiência em hemodiálise, à complexidade comunicacional em contextos de vulnerabilidade cognitiva, à impossibilidade de mensuração quantitativa de um projeto ainda em fase de proposta e a fatores organizacionais suscetíveis de condicionar a sustentabilidade das práticas avançadas, reforçando a necessidade de investimento contínuo na formação especializada e na consolidação da liderança clínica em enfermagem.

5. SÍNTESE FINAL

Este relatório consubstancia o culminar do percurso formativo desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, refletindo, de forma integrada, crítica e fundamentada, o desenvolvimento das competências de Mestre e das competências comuns e específicas da futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica conforme preconizado pelo decreto-Lei n.º 65/2018 e pelos regulamentos n.º 140/2019(b) e n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

A análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas em contexto de estágio evidenciou um desenvolvimento progressivo e consistente das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências foram mobilizadas de forma transversal na prática clínica, traduzindo-se numa intervenção eticamente responsável, tecnicamente diferenciada, sustentada na evidência científica e orientada por uma reflexão sistemática na e sobre a prática.

O desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica foi evidenciado através de uma intervenção diferenciada junto da pessoa com doença renal crónica, em particular da pessoa em estadio G5 em programa de hemodiálise. Esta intervenção integrou competências avançadas de avaliação clínica multidimensional, planeamento individualizado dos cuidados, gestão de regimes terapêuticos complexos e capacitação da pessoa e da família/cuidadores para a autogestão da doença e para a adesão terapêutica, reconhecendo-os como parceiros ativos no processo de cuidados.

A mobilização da teoria das transições e do Modelo de cuidados centrados na Pessoa constituiu um referencial estruturante da prática desenvolvida, ao disponibilizar um quadro concetual teórico para a compreensão dos processos de mudança associados à vivência da doença crónica e para a definição de intervenções intencionais, ajustadas à singularidade da pessoa e ao seu contexto de vida. Estes referenciais orientaram uma prática centrada na promoção de transições

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

saudáveis, na adaptação progressiva à condição de saúde e na integração sustentada do regime terapêutico no quotidiano, particularmente relevante em contextos de elevada complexidade clínica, multimorbilidade e vulnerabilidade acrescida.

A capacitação para a adesão terapêutica emergiu como eixo estruturante da intervenção especializada, sustentada numa abordagem centrada na pessoa, na tomada de decisão partilhada e na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, na empatia e na comunicação eficaz. A realização de uma revisão rápida da literatura, permitiu aprofundar o conhecimento sobre intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica, reforçando a intencionalidade e a fundamentação científica da prática clínica e contribuindo para a translação do conhecimento científico para a tomada de decisão em contexto real de cuidados.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a colaboração na elaboração de um projeto de melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados orientado para a prevenção da infeção associada ao acesso vascular constituiu uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências ao nível do planeamento e da gestão do risco. Apesar de o projeto se encontrar ainda em fase de proposta à data de conclusão do estágio, esta experiência permitiu consolidar competências associadas à identificação de problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, à definição de intervenções estruturadas e à promoção de práticas seguras e informadas na evidência.

De forma transversal, o percurso formativo desenvolvido potenciou a consolidação das competências de Mestre, traduzidas na capacidade de integrar criticamente saberes provenientes de diferentes domínios, resolver problemas complexos em contextos diversificados, formular juízos clínicos fundamentados e comunicar de forma eficaz em contexto interdisciplinar. Este processo promoveu uma transição de uma prática predominantemente orientada para a execução técnica para uma prática reflexiva, intencional e sustentada na evidência científica, orientada por uma avaliação multidimensional sistemática, pela antecipação e gestão do risco, pela governação clínica e pela promoção da segurança e da qualidade dos cuidados.

Em síntese, este relatório evidencia um percurso de desenvolvimento profissional e científico que consolidou uma prática especializada orientada para a capacitação da pessoa, a promoção da adesão

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

terapêutica e a prestação de cuidados seguros, integrados e centrados na pessoa. Este processo formativo contribuiu de forma decisiva para a construção de uma identidade profissional autónoma, responsável e diferenciada enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica , reforçando o compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem, com a melhoria contínua da qualidade e com a responsabilidade de cuidar na complexidade, sem nunca perder de vista a singularidade da pessoa e da sua experiência de saúde-doença.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alatawi, A. A., Alaamri, M., & Almutary, H. (2024). Social support and adherence to treatment regimens among patients undergoing hemodialysis. *Healthcare*, 12(19), 1958. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191958>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics: Marking its fortieth anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice (Commemorative ed.). Prentice Hall. [https://uvahealthumcnursing.org/sites/npgo/assets/NPDS/Preceptor/Preceptor%20Resources/3 Benner Novice-to-Expert.pdf](https://uvahealthumcnursing.org/sites/npgo/assets/NPDS/Preceptor/Preceptor%20Resources/3%20Benner%20Novice-to-Expert.pdf)

Brevidelli, M. M., Torel de Moura, V. P., & De Domenico, E. B. L. (2024). Promoting health literacy by using the Health Literacy Universal Precautions Toolkits: A reflection study. *Escola Anna Nery*, 28, e20240013. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0013en>

Camarneiro, A. P. (2021). Therapeutic adherence: Contributions to understanding and intervention. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Cano, F., Alves, E., João, A., Oliveira, H., Pinho, L. G., & Fonseca, C. (2023). A rapid literature review on the health-related outcomes of long-term person-centered care models in adults with chronic illness. *Frontiers in Public Health*, 11, 1213816. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1213816>

Costa Macedo, J. L., Confessor da Silva, L., Vidal de Negreiros Gomes, L. B., Benevides de Oliveira Fontes, C., do Nascimento Félix, A. D., Pereira Albano da Silva, M. F., Lima Ferreira, M., & de Abreu Oliveira Santos, L. E. (2025). Nursing care in improving the quality of life of chronic kidney disease patients. *Research, Society and Development*, 14(5), e3914548796. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i5.48796>

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). Estabelece o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, Série I, n.º 160. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Diário da República. (2023). Despacho n.º 12635/2023, de 11 de dezembro: Aprova a Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença renal crónica 2023–2026. Diário da República, 2.ª série, n.º 237. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12635-2023-225444235>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 017/2011: Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5/>

Direção-Geral da Saúde. (2025). Percurso de cuidados integrados para a pessoa com doença renal crónica. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/percurso-de-cuidados-integrados/percurso-de-cuidados-integrados-para-a-pessoa-com-doenca-renal-cronica-pdf.aspx>

Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., ... Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>

Ferreira, A. M., & Magalhães, C. P. (2023). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RVI22039>

GBD 2023 Chronic Kidney Disease Collaborators. (2025). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10518), 2461–2482. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01853-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01853-7)

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Guldager, JD, Waldhauer, LC, & Bak, CK (2025). Compreendendo os direitos do paciente: um estudo piloto avaliando o letramento em saúde em cartas escritas antes da consulta. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22 (10), 1518. <https://doi.org/10.3390/ijerph22101518>

Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.). (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press. https://books.google.pt/books/about/Compliance_in_Health_Care.html?id=rW9IAQAAIAAJ&redir_esc=y

Hashemi, S., Tayebi, A., Rahimi, A., & Einollahi, B. (2018). An investigation of the effect of continuous care model on compliance with dietary and fluid restrictions in hemodialysis patients: A clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(3), e87353. <https://doi.org/10.5812/msnj.87353>

International Council of Nurses. (2024). *Guidelines on advanced practice nursing*. ICN. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/international-nurses-day-2024-report>

Johns, C. (2017). *Becoming a reflective practitioner* (5th ed.). Wiley-Blackwell

José, H., & Rabiais, I. (2025). Estágio II com relatório: Unidades de tratamento ambulatorio e estruturas de apoio na comunidade — Orientações para a elaboração do relatório (Adaptado das orientações para o mestrado em enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Saúde Atlântica, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica https://moodle.essatla.pt/pluginfile.php/37335/mod_resource/content/2/ORIENTAC%CC%A70%CC%83ES%20PARA%20A%20ELABORAC%CC%A7A%CC%83O%20DO%20RELATO%CC%81RIO-ESSATLA.pdf

Kim, M. Y., & Yun, S. Y. (2025). Mediating effect of shared decision-making on the relationship between patient activation and self-management in patients on hemodialysis: A cross-sectional study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 37(2), 177–187.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

<https://doi.org/10.7475/kjan.2025.0325>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes. (2024). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(Suppl. 4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

Lei n.º 15/2014 de 21 de março (Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde). Diário da República n.º 57/14 - I Série; alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril (Diário da República n.º 78/17 - I Série), pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (Diário da República n.º 172/19 - I Série) e pela Lei n.º 33/2025 de 31 de março (Diário da República n.º 63/25 - I Série) (na redação em vigor). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro. Diário da República n.º 18/2005 – I Série-A. (versão consolidada em 22 de agosto de 2016, com as alterações da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593-106597564>

Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto (Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados — RGPD). Diário da República n.º 151/2019 - I Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Li, X., Ba, X., Li, Y., & Liang, J. (2024). Effects of Internet Plus-based continuous nursing on hemodialysis adherence in patients with chronic renal failure: A retrospective study. *British Journal of Hospital Medicine*, 85(9), 1–15. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0367>

Lima, J. P. da S., Lima, L. S. A. de, Silva, D. C. B. da, Ramalho, A. da C. A., Santos, J. C. de F., & Silva, D. A. V. da. (2021). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica em uma capital brasileira. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(7), e9210716406. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16406>

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). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4, Suppl. 2), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>

Malheiro, J., Birne, R., Biscaia, A., Almeida, E., Nobre, J., Capela, N., Azinheira, J., Nunes Oliveira, J., Lebre, L., Cirne Carvalho, M., Albuquerque, M., José de Sousa, M., Paixão, P., Freitas, P., Ribeiro, R., Pinto, R., Ramalho, C., & Calçada, E. (2025). Diagnosis of Chronic Kidney Disease in Adults in Portugal: Practical Recommendations from National Clinical and Laboratory Experts. *Acta Médica Portuguesa*, 38(2), 119–124. <https://doi.org/10.20344/amp.22557>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. https://books.google.pt/books/about/Transitions_Theory.html?id=TdLhXm5fpx8C&redir_esc=y

McCance, T., & McCormack, B. (2025). The person-centred nursing framework: A mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell. https://books.google.pt/books/about/Person_Centred_Practice_in_Nursing_and_H.html?id=o8pJDAAAQBAJ&redir_esc=y

McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of person-centred healthcare practice*. Wiley Blackwell. <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-15506692-d377f23f46.pdf>

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

Murdeswar, H. N., Agarwal, A., & Anjum, F. (2023). Hemodialysis. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015, agosto). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 139. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento dos padrões mínimos de dotação de enfermeiros nos serviços de saúde. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio->

da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Piedade, A., Domingues, P., Inácio, A., Mendes, B., & Farinha, A. (2024). Communication in chronic kidney disease. *Portuguese Kidney Journal*, 38(1), 43–47. <https://doi.org/10.71749/pkj.16>

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). Person- and family-centred care (Best practice guideline update). Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). Transitions in care and services (2nd ed.) [Best practice guideline]. Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Saunders, J., Ahmadzadeh, S., Bush, M., Wright, R., & Granger, B. (2018). Improving patient experience and treatment adherence in the adult outpatient hemodialysis population. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 330–336. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000373>

Sarmadi, S., Sanaie, N., & Zare-Kaseb, A. (2025). Comparing the effects of interactive and conventional video education on activation, treatment adherence, and weight changes in dialysis patients: A randomized clinical trial protocol. *PLOS ONE*, 20(10), e0334498.

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334498>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Diálise e Transplantação Renal Portugal 2022. SPN.

https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2023_registo.pdf

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). Registo nacional de doença renal crónica sob tratamento substitutivo da função renal: Relatório anual 2023. SPN.

https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er-2024---registo-atualizado.pdf

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2025). Registo nacional de doença renal crónica.

Gabinete do Registo da Doença renal crónica.

[https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/apresentacao-dmr-2025-\(2\).pdf](https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/apresentacao-dmr-2025-(2).pdf)

Swift, L. M., Kearney, L. N., Hyun, A., Levett-Jones, T. L., & Bogossian, F. E. (2025). Defining registered nurse competence: A contemporary concept analysis. *Collegian*, 32(4), 258–265.

<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2025.06.004>

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS one*, 15(4), e0231350.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>

Tesfaye, W., Parrish, N., Sud, K., Grandinetti, A., & Castelino, R. (2024). Medication adherence among patients with kidney disease: An umbrella review. *Advances in Kidney Disease and Health*, 31(1), 68–83.

<https://doi.org/10.1053/j.akdh.2023.08.003>

Wenjing, Y., Xinxin, F., Zhonghao, S., Siqi, W., & Xia, W. (2025). Beliefs About Medication as

a Mediator in the Relationship Between eHealth Literacy and Medication Adherence Among Older Adults With Multimorbidity: A Cross-Sectional Survey. *Western journal of nursing research*, 47(8), 687–697. <https://doi.org/10.1177/01939459251336039>

Win, K. C. M., Zhou, H., Patton, V., Steen, M., & Della, P. (2025). Factors Contributing to Non-Adherence to Treatment Among Adult Patients with Long-Term Haemodialysis: An Integrative Review. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 15(9), 314. <https://doi.org/10.3390/nursrep15090314>

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. <https://iris.who.int/items/bf8058c0-03b2-4b47-838f-5534849927fb>

World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-country-profiles-2018>

World Health Organization. (2020). WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. World Health Organization. [https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care)

World Health Organization. (2021). State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

World Health Organization. (2023). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Wu, R., et al. (2022). Effect of self-determination theory on knowledge, treatment adherence, and self-management of patients with maintenance hemodialysis. *Contrast Media & Molecular Imaging*, 2022, Article 1416404. <https://doi.org/10.1155/2022/1416404>

A intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para a adesão terapêutica da pessoa em programa de hemodiálise – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

ANEXOS

ANEXO I - Webinar de lançamento do White paper “Material de penso de ação terapêutica para a gestão dos bordos inviáveis e alterações da pele perilesional”



LIVE YOUTUBE

WEBINAR DE LANÇAMENTO

White Paper "Material de Penso de Ação Terapêutica para a Gestão dos Bordos Inviáveis e Alterações da Pele Perilesional"

Grupo Viabilidade Tecidual

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Sónia Maria Monteiro Ferreira

Assistiu ao *Webinar de Lançamento do White Paper "Material de Penso de Ação Terapêutica para a Gestão dos Bordos Inviáveis e Alterações da Pele Perilesional"*, da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas), que se realizou, *online*, no dia **30 de Outubro de 2025**, com a duração total de **1 hora**.

Gondomar, 30 de Outubro de 2025

Pe' A Organização

O PRESIDENTE DA DIREÇÃO
(Paulo Alves)



ANEXO II - Webinar “Prevenção da infecção do local cirúrgico”

WEBINAR

Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Grupo Ferida Cirúrgica

02
JUL.
18H00



Certifica-se que:

Sónia Maria Monteiro Ferreira

Assistiu ao Webinar "Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico", da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas), que se realizou, *online*, no dia 02 de Julho de 2025, com a duração total de 1 hora.

Gondomar, 02 de Julho de 2025

Pel' A Organização

**ANEXO III - Certificado de participação no congresso Cascais International
Health Forum**



CASCAIS INTERNATIONAL
HEALTH FORUM
by FORUM SAÚDE XXI

CERTIFICADO

Sónia Ferreira

participou no congresso Cascais International Health Forum,
a 20 e 21 de Março de 2025,
no Centro de Congressos do Estoril, Cascais.

Adalberto Campos Fernandes
Chairman

Andrea Lima
Diretora Executiva

ANEXO IV - Certificado de participação no workshop prático - wound hygiene



Wound Hygiene

CERTIFICADO

Sónia Maria Monteiro Ferreira

Participou e completou uma formação prática sobre tratamento de feridas num total de 2 horas de formação com o tema:

Workshop Prático - Wound Hygiene

ULS Lisboa Ocidental - Portugal

Data da formação:

13 de Maio de 2025

Eva Cano

Advanced Wound Care Customer Training Manager Iberia & Italy



**ANEXO V - Certificado de participação no Fórum ELCOS “Feridas complexas:
uma Prioridade Nacional em Investigação, Inovação e Cuidados”**



Declaração Comprovativa de Frequência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Sónia Maria Monteiro Ferreira**, portador(a) do documento de identificação com o número **11574399**, frequentou, como formando(a), o **Fórum ELCOS de Investigação em Saúde** subordinado ao tema **"Feridas Complexas: uma Prioridade Nacional em Investigação, Inovação e Cuidados"**, promovido pela **ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com a parceria da **Câmara Municipal de Arronches**. O Fórum, também certificado pela **EWMA** e pela **SILAUNE**, decorreu no **Centro Cultural de Arronches**, no dia **8 de novembro**, com um total de **7 horas**.

10 de novembro de 2025

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

Kátia Furtado
(Presidente)

Fórum ELCOS de Investigação em Saúde

Feridas Complexas: uma Prioridade Nacional em Investigação, Inovação e Cuidados

Modalidade de Formação: **Contínua de Aperfeiçoamento**

Área de Formação: **729 – Saúde**

Tipo de evento: **Presencial**

Temática / Conteúdo Científico	Horas de Presença
Feridas Complexas – Inovação, IA e Desafios da Investigação em Saúde (Conferência Inaugural)	1.15h
Edmundo Curvelo: um legado científico de inovação e humanização (Sessão Solene de Abertura)	1.15h
Um Olhar Multidisciplinar ao Doente com Ferida Complexa (Mesa Redonda)	1.30h
Investigação Epidemiológica – Feridas Complexas no Alentejo: análise dos estudos de prevalência efetuados nas Unidades Locais de Saúde do Alentejo (Mesa Redonda)	2h
A Construção da Saúde, os Determinantes e as Políticas (Conferência Encerramento)	1h
Total	7 Horas

ANEXO VI - Certificado de participação no “XVI Fórum Internacional de Feridas e Úlceras” - ELCOS



Declaração Comprovativa de Frequência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Sónia Ferreira** portador(a) do documento de identificação com o número **11574399 SZX7** frequentou, como formando(a), o **XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas**, evento **Híbrido**, promovido pela **ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com a parceria da **SILAUNE - Sociedad Ibero-latinoamericana de Úlceras y Heridas**. O Fórum Internacional, também **certificado pela EWMA**, decorreu nos dias **21 e 22 de março**, detendo a duração de **11 horas**, conforme Plano Curricular.

22 de março de 2025

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

SILAUNE
Sociedad Ibero-latinoamericana Úlceras
y Heridas

Kátia Furtado
(Presidente)

María del Rocío González
(Presidente)

Certificado nº 1242 XVI FI 2025 - P. Virtual

XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas
Integração de Cuidados: um paradigma estruturante dos serviços de saúde

Modalidade de Formação: **Contínua de Aperfeiçoamento**

Área de Formação: **729 – Saúde**

Tipo de evento: **Híbrido**

Temática / Conteúdo Científico	Horas de Presença
<p>O Binómio Saúde/Doença - tendências (Mesa Redonda) Um Olhar da Sociologia da Saúde pelo Estado da Morbilidade em Portugal - a situação das feridas complexas. A Parábola do Socorrista e a Procura de Cuidados. Como Rentabilizar os Recursos: os meios, os processos e os profissionais? O Paradigma da Equipe e da Liderança.</p>	1h 30 min
<p>A Integração de Cuidados e a Criação de Valor em Saúde (Conferência Inaugural)</p>	1h
<p>Integração de Cuidados: um modelo de coordenação proativa ao serviço do doente com ferida (Mesa Redonda) O Conceito de Integração de Cuidados e o Impacto na Qualidade de Vida dos Cidadãos. Níveis de Integração, Referênciação e Reforço dos Cuidados de Saúde Primários. A Integração de Cuidados: fazer acontecer para acrescentar valor.</p>	1h 30 min
<p>O Modelo ULS enquanto Paradigma da Integração dos Cuidados na Organização (Mesa Redonda) O Modelo "ULS" Centrado na Resposta aos Cidadãos da Área Geodemográfica e Epidemiológica. Qual o Papel dos Profissionais de Saúde na Integração dos Cuidados? A Cultura Organizacional da ULS enquanto Ferramenta para o Envolvimento dos Profissionais na Integração dos Cuidados.</p>	1h 30 min
<p>As ULS – da promoção da saúde à integração plena de cuidados centrados no cidadão (Mesa Redonda) A Sociedade, a Epigenética e a Reconstrução da Saúde do Doente com Ferida. Integração dos Cuidados Patativos: papel das equipas comunitárias. Integração dos Cuidados Domiciliários na Resposta aos Doentes com Ferida. Integração dos Cuidados Continuados: monitorização, registo e avaliação de feridas e a compatibilidade no SNS. Unidades de Referência para Tratamento de Feridas Complexas: resposta aos problemas da população.</p>	1h 30 min
<p>Educação e Inovação Pedagógica – novas estratégias de ensino em saúde (Mesa Redonda) O Jogo como Representação do Real/Estratégia e Planeamento em Saúde. O Recurso aos Jogos Sérios e Realidade Virtual no Desenvolvimento de Competências Emocionais. A Simulação de Alta-Fidelidade e a Realidade Virtual, na Construção de Cenários do Doente com Ferida.</p>	1h 30 min
<p>A Organização da Resposta às Feridas e a Criação de Valor Institucional (Mesa Redonda) A Resposta às Feridas na ULS: atual a montante para uma ação convergente. Apresentação dos Resultados do Estudo Realizado pela ELCOS, na ULSAC (Évora). Qual o Papel das Comissões de Prevenção e Tratamento de Feridas nas Instituições. A Prevenção e Tratamento de Feridas e a Autonomia dos Enfermeiros na Prescrição.</p>	1h 30 min
<p>O Indivíduo com Ferida enquanto Centro do Universo do Cuidado, dos Cuidados, dos Serviços. O Indivíduo enquanto Valor a Cuidar (Conferência de Encerramento)</p>	1h
Total	11 Horas

ANEXO VII - Sessão de formação Idoneidade Formativa

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, declara-se que Sónia Maria Monteiro Ferreira esteve presente na Sessão de Formação *Idoneidade Formativa em Enfermagem*, com a duração de 5 horas, promovida pela Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E, Hospital S. Francisco Xavier, no dia 24 de junho de 2025.

Lisboa, 25 de junho de 2025

A coordenadora da Unidade de Formação

Unidade de Formação
Hospital S. Francisco Xavier
Unidade Local de Saúde de
Lisboa Ocidental, EPE

(Sónia Cardoso)

ANEXO VIII - Certificado de apresentação de comunicação oral

CERTIFICADO

Sónia Ferreira participou como autora da Comunicação Oral,

Carla Sousa, Gabriel Alpalhão, João Tomás, Isabel Rabiais, Luís Sousa e Helena José participaram como coautores da Comunicação Oral,

com o título "Intervenção especializada de enfermagem à pessoa em situação crónica e sua família", nas II Jornadas LusoSaúde 2025, organizada pela Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, nos dias 30 de junho e 01 de julho de 2025, por videoconferência, em Portugal.

Coimbra, 7 de julho de 2025

P^la Comissão Organizadora

Assinado por: YERA MAFALDA GOMES DUARTE

Núm. de identificação: 11658109

Data: 2025.07.18 18:09:15+0100

Prof.^a Doutora Mafalda Duarte

(Direção da RACS)



ANEXO IX - Publicação em revista científica

A intervenção do enfermeiro especialista junto da pessoa em situação crónica e sua família

Carla Sousa

Unidade Local de Saúde São José; Escola Superior de Saúde Atlântica, Portugal

Gabriel Alpalhão

Unidade Local de Saúde São José; Escola Superior de Saúde Atlântica, Portugal

Sónia Ferreira

Escola Superior de Saúde Atlântica; Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Portugal

Isabel Rabiais

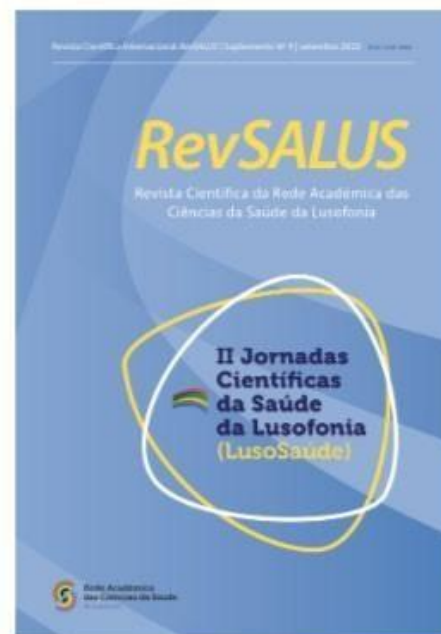
Escola Superior de Saúde Atlântica; RISE-Health, Portugal

Helena José

Escola Superior de Saúde Atlântica; RISE-Health, Portugal

DOI: <https://doi.org/10.51126/739rpe59>

Palavras-chave: Doença Crónica; Enfermeiro Especialista; Cuidados Centrados na Pessoa; Adaptação à Doença; Promoção da Saúde



Publicado
2025-08-21

Edição

ANEXO X - Certificado Webinar wounds week

wounds
WEEK

Certificate

OF ATTENDANCE AT

CPD - Wounds Week Webinar series - (1
CPD Credit)

PROUDLY PRESENTED TO

Sónia Maria Monteiro Ferreira

29 April, 2025

DATE

GEORGE GOODCHILD
EVENT EXECUTIVE



MA Healthcare

ANEXO XI – Certificado de formação online Ferida cirúrgica



OUTORGADO/A

Sonia Maria Monteiro Ferreira

Pela participação na formação online "Do's & Dont's da ferida cirúrgica", realizada na plataforma TEAMS no dia 26 de maio de 2025 com a duração de 1 hora e meia. Esta formação contou com os palestrantes abaixo indicados.

Mário Pinto

MÉDICO ESPECIALISTA EM MCF E GERIATRIA
MEMBRO DA SPCG, DO ISBE E DO PLANO
NACIONAL DE SAÚDE
INVESTIGADOR DO CINTESIS

André Vaz

ENFERMEIRO EM RECIME PRIVADO
MESTRE EM TRATAMENTO DE FERIDAS E
VIABILIDADE TECIDULAR
BOARD DA APTFERIDAS, ICC E CCP



ANEXO XII – Certificado de formação online “Material de penso de ação terapêutica para a gestão da inflamação e da infeção”



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Sónia Maria Monteiro Ferreira

Assistiu ao *Webinar de Lançamento do White Paper "Material de Penso de Ação Terapêutica para a Gestão da Inflamação e da Infecção"*, da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas), que se realizou, *online*, no dia **30 de Abril de 2025**, com a duração total de **1,5 horas**.

Gondomar, 30 de Abril de 2025

Pe'l' A Organização

O PRESIDENTE DA DIREÇÃO
(Paulo Alves)

**ANEXO XIII - Certificado de formação online “Feridas agudas não cirúrgicas,
mas complexas”**



WHITE PAPER
**FERIDAS AGUDAS,
NÃO CIRÚRGICAS,
MAS COMPLEXAS**
Guia clínico APTFeridas para
avaliação rápida e apoio à
decisão clínica

**29
JAN.
21H00**

LIVE YOUTUBE
WEBINAR DE LANÇAMENTO
White Paper “Feridas
Agudas, não Cirúrgicas,
mas Complexas”

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Sónia Maria Monteiro Ferreira

Assistiu ao *Webinar de Lançamento do White Paper “Feridas Agudas, Não Cirúrgicas, mas Complexas”*, da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT*Feridas*), que se realizou, *online*, no dia **29 de Janeiro de 2026**, com a duração total de **1 hora**.

Gondomar, 29 de Janeiro de 2026

Pe’ A Organização



O PRESIDENTE DA DIREÇÃO
(Paulo Alves)



**ANEXO XIV - Certificado de participação no 1º Simpósio de Investigação em
Enfermagem da ULSLO**

▪ CERTIFICADO ▪

Certificamos que **Sónia Maria Monteiro Ferreira** participou no **1º Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULS Lisboa Ocidental**, sobre o tema "A investigação como promotora de ganhos em saúde", realizado no dia **20 de maio de 2025**, das **8h30 às 16h00**, no **Templo da Poesia – Parque dos Poetas, Oeiras**.

O evento integrou a programação do **Oeiras Valley Science Festival** e teve como objetivo promover a partilha de conhecimento científico na área da enfermagem, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde.

A Comissão Organizadora

M. Lopes Escalvado



ANEXO XV - Certificado de participação em Formação em serviço de acessos vasculares para hemodiálise da ULSLO

Formação em Serviço, Enfermeiros

Unidade de Formação
Ação nº _____
/ / 20__

Tema: Acesso a recursos por intermediários

Formação Profissional

Serviço: Neurologia Hospitalar e Convalescente

Data: 22/07/2025

Horário: das 08h30 às 16h

Duração: 2,30 horas

Formador: Paulo Borges

Nº Recursográfico: 71912

Formador:

Nº Recursográfico:

Formador:

Nº Recursográfico:

Enf. Responsável pela Formação: Paulo Borges

Nº Recursográfico: 71920

Enfermeira(o) Gestor:

[Assinatura]

Nº Recursográfico: 52255

Sumário:

• Caracterização dos intermediários: NUNCA é a melhor opção para a
Acesso à AV.
• Diferenciação dos vários tipos de AV
• Campos de intervenção a ter com os vários tipos de AV
• Interdição no exame físico do AV

LISTA DE PRESENCAS

Nº BNC	NOME (legível - para emissão declaração)	Serviço	Instituição	G. PROF.	ASSINATURA
52255	Isabel Maria Mesquita Mendes	CERT	USL	Enf.	[Assinatura]
52254	Beata Filipa Paixão Mendes	Neurologia	HSC	Enf.	[Assinatura]

APÊNDICES

APÊNDICE I - Folheto informativo cuidados à FAV



A FAV (Fístula Arteriovenosa) é uma ligação cirúrgica entre uma artéria e uma veia, geralmente no braço, criada para permitir um acesso vascular seguro e eficaz para tratamentos como a hemodiálise.



Sónia Monteiro Ferreira
Enfermeira Orientadora Elsa Moura
Professora Doutora Helena José
Professora Doutora Isabel Rabiais
EEMCPSCró
Nov. 2025

Cuidados com a sua FAV



A FAV é o seu acesso vascular permanente e o melhor acesso vascular para realizar a hemodiálise. Cuidar dela é essencial para garantir um tratamento eficaz e prolongar a sua vida útil.

Proteção da FAV e Prevenção de lesões

O Que PODE Fazer	O Que NÃO pode Fazer
Use o braço da fistula apenas para o tratamento de hemodiálise.	Não permita a colheita de sangue (análises) no braço da FAV.
Mantenha a higiene: Lave o braço da fistula com água e sabão antes da sessão de diálise, especialmente na área de punção.	NÃO permita a medição da pressão arterial (tensão) nesse braço.
Comunique de imediato: Se notar dor, vermelhidão, calor, inchaço ou perda de sensibilidade no braço.	NÃO use vestuário apertado, relógios ou pulseiras que comprimam o braço da fistula.
Faça exercícios para fortalecer os vasos e o "músculo" da fistula, quando recomendado pela equipa.	NÃO durma ou deite-se sobre o braço da fistula, pois isso pode comprimir o fluxo sanguíneo.
Vigie a sua FAV: Verifique diariamente se sente o "frémito" (vibração) e ouve o "sopro" (ruído) característicos.	NÃO arranque as crostas.

Vigilância diária do bom funcionamento: Frémito e Sopro

<p>Frémito (Vibração)</p> <p>Toque suavemente na sua fistula com os dedos. Deve sentir uma vibração suave, como um motor a trabalhar.</p>	<p>Sopro (Ruído)</p> <p>Coloque a orelha (ou o estetoscópio, se tiver) sobre a fistula. Deve ouvir um ruído contínuo, como um sussurro.</p>
--	--

A FAV deve estar sempre a funcionar. Se o fluxo for interrompido, corre o risco de coagulação (trombose).

Atenção Máxima: Se a vibração (frémito) desaparecer é uma emergência. Dirija-se imediatamente à sua Unidade de Diálise ou ao Serviço de Urgência mais próximo. A ausência de frémito é o sinal mais importante de um possível coágulo.

Prevenção de Lesões

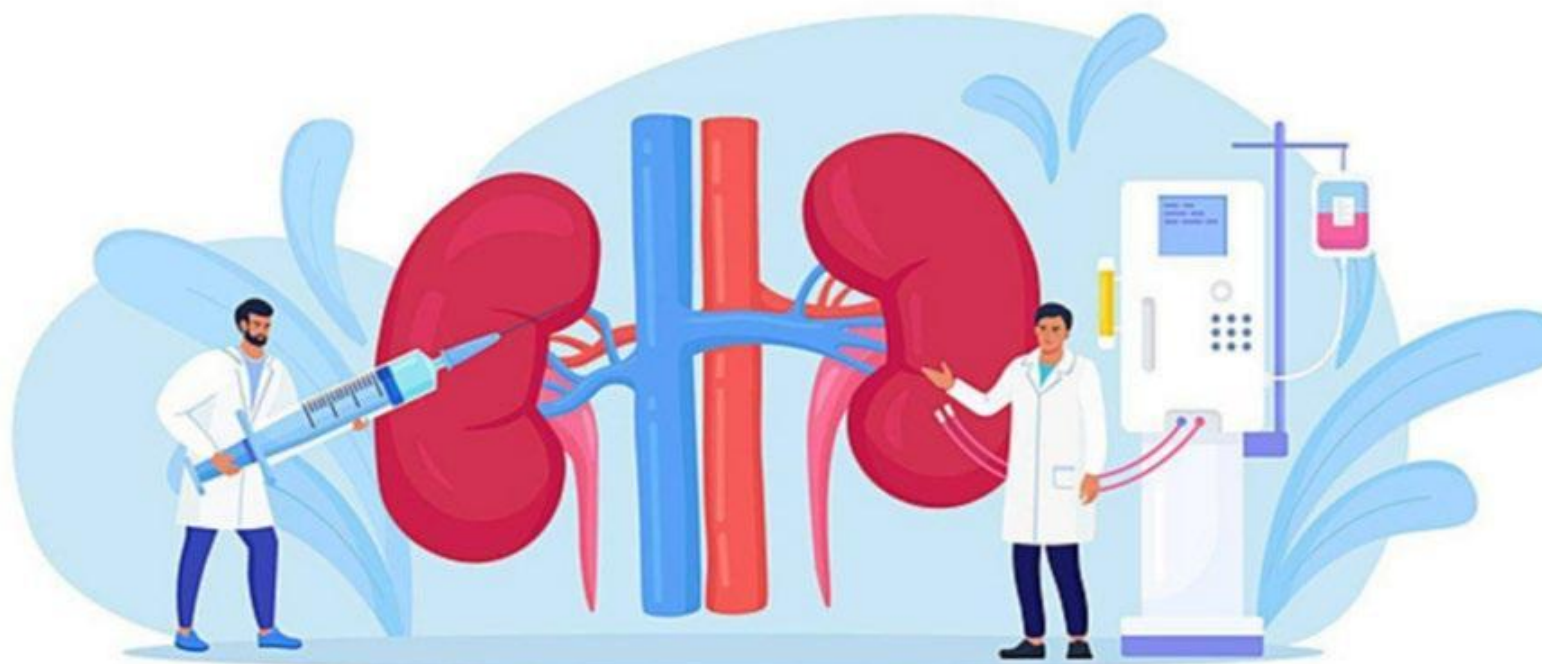
As infeções do acesso vascular são graves e podem levar a sépsis.

- **Higiene Pré-Diálise:** Lave bem o braço antes de cada sessão, concentrando-se na área de punção.
- **Feridas:** Mantenha a pele ao redor da FAV limpa e seca. Se tiver cortes ou feridas no braço da FAV, proteja-os e informe a equipa de enfermagem.
- **Aparência:** Se notar vermelhidão, inchaço, dor persistente ou a saída de pus na zona da punção, contacte a sua unidade de diálise imediatamente.

Cuidados Pós-Diálise

- **Compressão:** Siga rigorosamente o tempo e a técnica de compressão ensinados pela equipa de enfermagem após a remoção das agulhas.
- **Hemostase:** Certifique-se de que a hemorragia parou completamente antes de deixar a clínica. Não remova o penso antes do tempo recomendado.

APÊNDICE II - Folheto informativo cuidados ao CLD



O seu Cateter de Hemodiálise permite-lhe realizar o tratamento de forma segura, mas exige um cuidado redobrado. O maior risco associado ao cateter é a infeção, que pode ser grave. Este folheto explica como se pode proteger no seu dia a dia.



Sónia Monteiro Ferreira
Enfermeira Orientadora Elsa Moura
Professora Doutora Helena José
Professora Doutora Isabel Rabiais
EEEMCPSCr6
Nov. 2025

Cuidados com o seu Cateter de Hemodiálise



Proteger e Prevenir a Infecção

O Que PODE Fazer	O Que NÃO pode Fazer
Mantenha o penso do cateter seco: Proteja-o sempre durante o banho. Use plásticos ou pensos impermeáveis para cobrir toda a área.	NÃO molhe o penso do cateter. Não pode nadar ou tomar duchas em que a água corra diretamente sobre o cateter.
Mantenha as mãos limpas: Lave as mãos com água e sabão (ou use álcool-gel) antes e depois de tocar no penso ou na roupa perto do cateter.	NÃO toque, puxe ou manipule as tampas dos ramos do cateter por curiosidade ou para "verificar".
Use Roupa Solta: Vista camisas ou t-shirts que não friccionem, puxem ou comprimam a zona do cateter.	NÃO use objetos pontiagudos ou tesouras perto do cateter que possam cortá-lo ou danificar o penso.
Comunique de imediato: Se o penso se soltar, molhar ou sujar, ou se sentir que o cateter está a ser repuxado.	NÃO tente trocar o penso sozinho(a). Contacte a sua unidade de diálise imediatamente para que a troca seja feita em ambiente estéril.

O Cateter é um acesso direto à corrente sanguínea, por isso, a higiene e a proteção são a sua principal prioridade.

Cuidados Pós-Diálise e Manutenção

- **Manipulação:** Apenas a equipa de enfermagem, com técnica estéril, pode manipular o seu cateter, quer seja para iniciar, terminar a diálise ou trocar o penso.

- **Penso:** Mantenha o penso do cateter seco e aderente.

- **Hemostase:** Se notar alguma hemorragia no local de inserção após a diálise, aplique uma compressão suave e contacte a sua unidade. Nunca aplique força excessiva.

- **Período Interdiálítico:** O enfermeiro utilizará uma solução selante (como citrato ou heparina) para manter as linhas do seu cateter desinfectadas e permeáveis entre as sessões.

A infeção associada ao cateter (infeção no local de inserção ou infeção da corrente sanguínea) pode progredir rapidamente. Se notar algum destes sinais, contacte a sua unidade de diálise ou procure ajuda médica de imediato:

Sinais de Alerta: Como Identificar uma Infecção

Local/Sinal	Descrição
Local de Inserção	Vermelhidão (eritema), Inchaço (edema), Dor ou Sensibilidade persistente na pele à volta do cateter.
Drenagem/Secreção	Saída de pus ou líquido amarelado/esverdeado pelo local de inserção.
Febre/Geral	Febre (temperatura alta), Calafrios (arrepios), Tremores, Mal-estar generalizado.
Funcionamento	Dificuldade ou dor durante a instilação ou aspiração (embora menos comum, pode ser um sinal de coagulação ou mau funcionamento).

APÊNDICE III - QR code de acesso ao folheto informativo sobre cuidados à FAV

AQUI PODE SABER MAIS SOBRE
CUIDADOS À FAV



Silvia Marlene Ferreira
Especialista Orientadora Elza Mouro
Professora Doutora Valéria José
Professora Doutora Isabel Rubin
ESB/MC/PSC/6
Rev. 2020

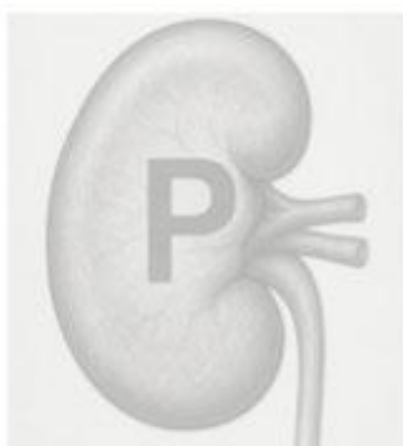
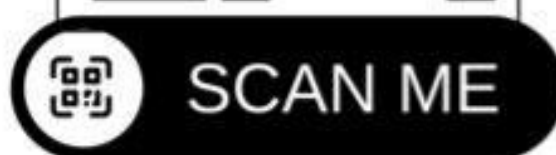
APÊNDICE IV - QR code de acesso ao folheto informativo sobre cuidados ao CLD

AQUI PODE SABER MAIS SOBRE CUIDADOS AO SEU CATETER



APÊNDICE V - QR code de acesso ao folheto Hiperfosfatemia

AQUI PODE SABER MAIS SOBRE HIPERFOSFATÉMIA



Sora Montano Ferreira
Especialista Orientadora Elza Moura
Professora Doutora Helene José
Professora Doutora Isabel Raboin
EEMHC/SCG
Nov. 2025

APÊNDICE VI - Folheto informativo adesão terapêutica na hiperfosfatemia com prurido associado

ADESÃO TERAPÊUTICA

Hiperfosfatemia e o prurido associado

O prurido é um dos sintomas mais frequentes e incômodos na Doença Renal Crônica terminal (DRCt). Pode perturbar o sono, afetar o humor e reduzir a qualidade de vida. Uma das causas mais comuns e que pode ser controlada é o excesso de fósforo no sangue — a hiperfosfatemia.

Porque é que o fósforo aumenta?

Quando os rins não funcionam bem, deixam de conseguir eliminar o fósforo presente nos alimentos. Como consequência, este mineral acumula-se no sangue, causando vários efeitos no organismo.

Como é que o excesso de fósforo causa prurido?

- Depósitos na pele: O fósforo elevado ao combinar-se com o cálcio forma pequenos depósitos debaixo da pele. Estes depósitos irritam e provocam prurido persistente.
- Alterações hormonais: A hiperfosfatemia estimula a produção da hormona paratiroide (PTH). Valores elevados de PTH estão também associados a sintomas de prurido.
- Inflamação da pele: O excesso de fósforo contribui para processos inflamatórios que tornam a pele mais sensível e reativa.

ALIMENTAÇÃO

- Prefira alimentos frescos e pouco processados.
- Reduza alimentos ricos em fósforo, como laticínios, frutos secos, chocolate, enchidos, conservas e refrigerantes tipo “cola”.
- Sempre que possível, escolha produtos com aditivos fosfatados reduzidos (verifique os rótulos).

TERAPÊUTICA

- Os quelantes ajudam a “prender” o fósforo dos alimentos.
- Tome-os sempre durante ou imediatamente após as refeições, conforme indicação médica.
- Não falhe as tomas, é essencial para manter os níveis de fósforo controlados.

A Hemodiálise ajuda a remover o fósforo e outras toxinas em excesso do organismo, por isso não falte às sessões.

CUIDADOS A TER COM A PELE

- **Hidratação cutânea:** Aplique creme hidratante diariamente, especialmente após o banho e antes de dormir. Uma pele bem hidratada é menos propensa a irritações.
- **Banhos mornos e curtos:** Evite água muito quente, que retira a oleosidade natural da pele.
- **Use vestuário de algodão:** Tecidos naturais e largos permitem que a pele respire e evitam a irritação.
- **Evite produtos com perfume:** Sabonetes, detergentes e loções perfumadas podem agravar a irritação. Opte por produtos neutros e hipoalergénicos.
- **Mantenha as unhas curtas:** Isto ajuda a evitar que ao coçar-se provoque feridas e aumente o risco de infeções.
- **NÃO COÇE!** Sabemos que é difícil, mas coçar agrava a inflamação, piora o prurido e pode causar feridas. Opte por aplicar uma compressa fria ou creme hidratante na zona.

A adesão terapêutica ao plano instituído é fundamental. Se o prurido for mantido, fale com a equipa de saúde, existem estratégias e tratamentos que podem ajudar. A ciência tem evoluído, existem tratamentos que podem ser considerados para o seu caso.



**APÊNDICE VII - Cartaz sensibilização para a promoção da lavagem do braço com
acesso arteriovenoso prévia à canulação**

ANTES DE INICIAR A SUA SESSÃO DE DIÁLISE LAVE O BRAÇO DO ACESSO ARTERIOVENOSO



VAMOS TORNAR ISTO UMA ROTINA.



Sônia Marlene Ferraz
Especialista Orientadora de Nefrologia
Professora Doutora Helena José
Professora Doutora Isabel Rubin
SBNPC/UnB
Nov. 2025

APÊNDICE VIII – Estudo de caso I



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Estágio I - Unidade de Internamento

A intervenção do enfermeiro especialista nos cuidados à pessoa com doença renal crónica, transplantada e com ferida de difícil cicatrização: um estudo de caso

Elaborado por:

Sónia Ferreira, nº 202490024

Enfermeira Supervisora Clínica:

Enf.ª Mestre Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

Docentes orientadoras:

Prof.ª Doutora Isabel Rabiais

Prof.ª Doutora Helena José

Carnaxide, junho, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Estágio I - Unidade de Internamento

A intervenção do enfermeiro especialista nos cuidados à pessoa com doença renal crónica, transplantada e com ferida de difícil cicatrização: um estudo de caso

Elaborado por:

Sónia Ferreira, nº 202490024

Enfermeira Supervisora Clínica:

Enf.ª Mestre Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

Docentes orientadoras:

Prof.ª Doutora Isabel Rabiais

Prof.ª Doutora Helena José

Carnaxide, junho, 2025

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho.”

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DAP - Doença Arterial Periférica

DM 2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DRC- Doença Renal Crónica

HTA - Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

Objetivo: Pretende-se com a elaboração deste estudo de caso analisar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, junto da pessoa com doença renal crónica transplantada e com ferida cirúrgica de difícil cicatrização, procurando identificar as respostas humanas emergentes da vivência com doença crónica e planear cuidados de enfermagem especializados e centrados nas suas necessidades. **Metodologia:** Adotou-se uma abordagem qualitativa, descritiva e interpretativa, enquadrada na Teoria das Transições de Meleis e na Ontologia de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. A recolha de dados decorreu no serviço de internamento de nefrologia, mediante entrevista, observação participante, análise de registos clínicos e aplicação de instrumentos validados de avaliação em enfermagem. **Resultados:** Os dados evidenciaram uma evolução favorável da ferida, maior envolvimento da pessoa nos cuidados e aquisição de competências para a autogestão da sua condição crónica e plano terapêutico. **Interpretação:** A intervenção do enfermeiro especialista permitiu uma abordagem integrada, personalizada e promotora de adaptação às múltiplas transições vividas, com reflexos positivos na qualidade de vida. **Principais Conclusões:** O estudo de caso reforça o contributo do enfermeiro especialista na gestão de situações clínicas complexas, na capacitação da pessoa e na promoção da continuidade de cuidados, sustentando-se numa prática informada na evidência e centrada na pessoa.

Descritores: doença renal crónica; cuidados de enfermagem; ferida cirúrgica; multimorbilidade

ABSTRACT

Objective: This case study aims to analyse the intervention of the specialist nurse in medical-surgical nursing, within the field of nursing care for the person in chronic condition, focusing on a patient with chronic kidney disease who is a renal transplant recipient and presents with a hard-to-heal wound. The goal is to identify the human responses emerging from living with chronic illness and to plan specialised nursing care tailored to the patient's needs. **Methodology:** A qualitative, descriptive, and interpretative approach was adopted, framed by Meleis' Theory of Transitions and the Nursing Ontology of the Portuguese Order of Nurses. Data collection took place in the nephrology inpatient unit through interviews, participant observation, analysis of clinical records, and the application of validated nursing assessment

tools. **Results:** The data revealed a favourable evolution of the wound, increased patient engagement in care, and the development of self-management skills for their chronic condition and therapeutic plan. **Interpretation:** The intervention of the specialist nurse enabled an integrated and personalised approach, promoting adaptation to the multiple transitions experienced, with positive impacts on quality of life. **Main Conclusions:** This case study reinforces the contribution of the specialist nurse in managing complex clinical situations, empowering the person with CKD, and promoting continuity of care, grounded in evidence-based and person-centred nursing practice.

Descriptors: chronic kidney disease; nursing care; surgical wound; multimorbidity.

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	10
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
2. RESULTADOS	25
3. DISCUSSÃO.....	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICES	35
APÊNDICE I.....	36
APÊNDICE II.....	38

ÍNDICE FIGURAS

Tabela 1.....	22
---------------	----

INTRODUÇÃO

O estudo de caso é uma metodologia pedagógica e científica estruturante na formação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, pois favorece a análise crítica e reflexiva das respostas humanas perante a vivência da doença crónica, promovendo a prática de cuidados de enfermagem personalizados, centrados na pessoa e nas suas necessidades.

A doença renal crónica (DRC) constitui-se como um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade, caracterizando-se por ter um curso progressivo, frequentemente assintomático nas fases iniciais da doença. Estima-se que entre 8 a 10% da população adulta mundial seja afetada por esta condição, estando previsto que, até 2040, a DRC se torne a quinta principal causa de morte a nível global¹.

A Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na DRC 2023–2026 destaca a necessidade de uma abordagem integrada, da articulação entre níveis assistenciais e da capacitação da pessoa para a gestão da sua condição, promovendo assim ganhos em saúde e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com DRC².

Num contexto marcado pelo envelhecimento demográfico e pela elevada prevalência de doenças crónicas, como a DRC³, impõem-se novos desafios à prática do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Evidenciando-se a necessidade de uma abordagem integrada, assente na gestão personalizada da doença e na intervenção precoce.

O estudo de caso elaborado incide sobre as respostas humanas experienciadas pelo Sr. AMPC na vivência da doença crónica. A sua realização permitiu compreender os desafios na gestão da condição de cronicidade na multimorbilidade e planear intervenções de enfermagem adequadas às necessidades emergentes, à luz da evidência científica e dos referenciais teóricos que sustentam a prática do enfermeiro especialista.

O Sr. AMPC tem 77 anos, é um cliente do género masculino, residente no Entroncamento. À data deste internamento era independente nas atividades de vida diária, residia sozinho contando com o apoio da sua filha, a D F. que reside próximo.

Tem como antecedentes de saúde conhecidos: DRC em contexto de nefropatia diabética, tendo estado sob a técnica dialítica de hemodiálise desde 2005 até 2009 e sido submetido a transplantação renal de dador cadáver em 2009, mantendo desde então terapêutica imunossupressora contínua. Outros antecedentes de saúde descritos são a diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) insulinotratada, hipertensão arterial (HTA), hipertrofia benigna da próstata, acidente vascular cerebral isquémico com sequelas de síndrome vertiginosa residual, e fascíte necrosante da coxa direita (2010). Tem documentada alergia à Penicilina.

No atual internamento verificou-se um agravamento da função renal, pelo que realizou estudo etiológico que determinou gamopatia monoclonal de cadeias leves Kappa com glomerulopatia do enxerto, tendo sido encaminhado para a consulta de hemato-oncologia para realização de estudo hematológico dirigido, a fim de determinar a abordagem terapêutica. Tem prevista consulta da especialidade a 11/06/2025 e mantém o seguimento regular na Unidade de Transplantação Renal deste hospital. Foi também diagnosticado hipotiroidismo subclínico, iniciou terapêutica dirigida.

O Sr. AMPC foi admitido no serviço de internamento de Nefrologia na sequência de uma transferência inter-hospitalar, realizada entre a unidade de saúde da sua área de residência e este hospital, com o objetivo de tratar uma gangrena infetada no segundo dedo do pé esquerdo. Esta transferência justificou-se pelo facto de o cliente ser transplantado renal e ser regularmente seguido na Unidade de Transplantação Renal deste hospital.

No dia 04/04/2025, o Sr AMPC foi submetido a amputação digital. Posteriormente, iniciou antibioterapia dirigida, com base no diagnóstico de infeção polimicrobiana identificado na amostra de tecido colhida durante a cirurgia, tendo cumprido um esquema terapêutico com a duração de vinte e sete dias.

No contexto desta gangrena, foi encaminhado para a consulta da especialidade de cirurgia vascular, tendo realizado angiografia diagnóstica e terapêutica. Esta revelou presença de doença arterial periférica (DAP) grave, estando as artérias tibial anterior e tibial posterior ocluídas a partir do terço médio da perna. Foi submetido a angioplastia de revascularização endovascular. Contudo, por calcificação maciça não foi possível revascularizar os segmentos distais, que permanecem ocluídos, condicionando um défice significativo na perfusão tecidual a nível do membro inferior esquerdo, estando a colateralidade assegurada apenas por uma fina artéria

peroneal permeável, que fornece um aporte sanguíneo deficitário face às necessidades fisiológicas.

Deste contexto de comorbilidades e condições clínicas adversas à regeneração tecidual, resulta uma ferida de difícil cicatrização. Trata-se de uma ferida cirúrgica complicada por infeção, com presença de uma loca com 2x2 cm ao nível dos tecidos profundos, cuja cicatrização será por segunda intenção. A sua etiopatogenia resulta da interação entre as múltiplas comorbilidades coexistentes, nomeadamente a DM 2 insulino-tratada, a HTA, e DAP, agravada por fatores intrínsecos (como a hiperglicemia, hipoperfusão e imunossupressão) e extrínsecos (tais como a carga bacteriana, a pressão e a fricção), que, em conjunto, condicionam de forma significativa o processo cicatricial⁴.

A DM 2, quando associada a neuropatia periférica e hiperglicemia persistente, conduz a disfunções micro e macrovasculares que comprometem o aporte de oxigénio e nutrientes aos tecidos, favorecendo o atraso da cicatrização e o risco de infeção⁵. A coexistência de DAP, frequentemente presente em pessoas com DM 2, agrava a isquemia tecidual e piora os resultados na cicatrização das feridas crónicas⁶. Por outro lado, a presença de HTA não controlada aumenta a rigidez vascular e altera a função endotelial, prejudicando também a regeneração tecidual^{4, 5}.

A condição de transplantado renal impõe a um regime imunossupressor contínuo, essencial para preservar a função do enxerto, mas que acarreta efeitos adversos, como imunodepressão e alterações metabólicas aumentando a suscetibilidade para infeções e atrasando as fases iniciais da cicatrização⁷. A imunossupressão, especialmente pela inibição da atividade dos linfócitos T, compromete a fase inflamatória e condiciona a qualidade do tecido cicatricial⁸. Por outro lado, a idade avançada está associada a alterações microvasculares e a uma resposta inflamatória menos eficaz, que retardam a angiogénese e a reparação tecidual⁹.

Perante esta condição clínica marcada por múltiplos fatores que se constituem como barreiras à cicatrização, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica revela-se essencial para a gestão eficaz do plano terapêutico da pessoa com multimorbilidades e ferida de difícil cicatrização. A sua intervenção impõe uma avaliação multidimensional e sistemática, que contemple a ferida, o impacto das comorbilidades e do estado geral da pessoa. Assim, a abordagem deve integrar estratégias de prevenção e controlo da infeção, alívio de pressões locais e promoção do

equilíbrio metabólico, com especial atenção à manutenção da normoglicemia, controlo da pressão arterial e otimização do estado nutricional. A articulação entre o conhecimento clínico, o uso criterioso de tecnologias e o planeamento centrado na pessoa são determinantes para favorecer o processo de cicatrização e prevenir complicações adicionais^{10, 11}.

Neste contexto de vulnerabilidade tecidual e défice de cicatrização, é essencial considerar o peso das comorbilidades na evolução clínica do cliente, a DM 2, a DAP e a HTA, são condições prevalentes e frequentemente coexistentes, que contribuem para a complexidade clínica, aumentando a prevalência das feridas de difícil cicatrização e a ocorrência das complicações associadas a estas, tais como as infeções e amputações^{12,13}.

Estima-se que os casos de diabetes em todo o mundo ultrapassem os 1,310 milhões até 2050, mais do dobro face a 2021¹⁴. As previsões indicam que até 34 % das pessoas com DM desenvolverão uma úlcera do pé diabético ao longo da vida¹⁵. A presença de DAP, identificada em até 50 % dos das pessoas com úlcera pé diabético, agrava significativamente o prognóstico da cicatrização e está associada a taxas elevadas de amputação^{16,17}.

No contexto das feridas de difícil cicatrização, estima-se que 0,2 a 0,8 % da população geral seja afetada, sendo esta proporção significativamente mais elevada em pessoas com idade superior a 60 anos^{18, 19}. Um estudo norte-americano revelou que, entre os indivíduos com feridas infetadas, 32 % apresentavam DM, 32 % HTA e 24 % doenças cardiovasculares, reforçando a necessidade de cuidados diferenciados e especializados²⁰.

As evidências apresentadas sustentam a pertinência da problemática em análise e justificam a realização do presente estudo de caso, que se debruça sobre a intervenção do enfermeiro especialista na resposta às necessidades da pessoa com DRC, multimorbilidade e ferida de difícil cicatrização.

Perante esta realidade, destaca-se a importância de uma intervenção de enfermagem especializada, fundamentada nos princípios dos cuidados centrados na pessoa e da prática informada na evidência. Com base nesta premissa, a elaboração do presente estudo de caso foi orientada pela seguinte questão norteadora: De que forma contribui a intervenção do enfermeiro especialista para a gestão das respostas humanas perante a vivência da doença crónica e suas complicações?

A partir desta questão, definiu-se como objetivo geral analisar o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica na gestão das respostas humanas na vivência da doença crónica e suas complicações, promovendo o seu poderamento para a autogestão, plano terapêutico e readaptação funcional face à condição, bem como a facilitação da transição segura entre contextos de cuidados.

Para operacionalizar esta análise, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Definir os focos sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, utilizando a Ontologia de Enfermagem da OE como referencial de raciocínio clínico e priorização;
- Planear e implementar intervenções especializadas de enfermagem centradas na pessoa, que promovam a gestão eficaz da sua condição de saúde, a cicatrização da ferida e a readaptação funcional;
- Promover uma transição segura de cuidados, assegurando a continuidade dos cuidados e a articulação com a equipa interdisciplinar no regresso a casa;
- Refletir criticamente sobre o impacto da intervenção do enfermeiro especialista na promoção da saúde e estabilização clínica, visando a sua melhor qualidade de vida.

A formulação dos objetivos deste plano de atividades sustentou-se nos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem²¹, tidos como guias orientadores e fomentadores de uma cultura de melhoria contínua e da excelência nos cuidados de enfermagem. Assim, ancorar a prática neste referencial permite não apenas otimizar os resultados em saúde, mas também reforçar a confiança dos cidadãos nos cuidados prestados, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente, seguro e humanizado.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo de caso, de natureza descritiva e reflexiva, foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, a decorrer num serviço de internamento de Nefrologia. A colheita de dados decorreu ao longo da prestação de cuidados ao Sr. AMPC, por via de entrevista informal, da análise dos registos informatizados (SClinico®), das notas de evolução de enfermagem e dos diários clínicos.

Foram utilizados instrumentos de avaliação validados, que permitiram a apreciação sistemática e favoreceram a adequação das intervenções de enfermagem às necessidades diagnosticadas, destacam-se a escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão, a escala de Morse para avaliação do risco de queda, a escala numérica de avaliação da dor e a escala de avaliação do risco nutricional a *Nutritional Risk Screening 2002*.

A conceção deste estudo de caso respeitou os princípios éticos da confidencialidade, do anonimato e da proteção dos dados do cliente, conforme as orientações da Escola Superior de Saúde Atlântica e da respetiva unidade de saúde.

O plano de cuidados foi elaborado com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE²¹, sustentando-se também nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica²². Este plano foi delineado com uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o desenvolvimento de uma relação de parceria nos cuidados, fomentando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a segurança dos cuidados, bem como a gestão eficaz do risco e do ambiente terapêutico, de forma a garantir cuidados seguros, personalizados e orientados para resultados em saúde²¹.

Apresenta-se, de seguida, o plano de cuidados que reflete as intervenções de enfermagem perante a avaliação das respostas humanas evidenciadas pelo Sr. AMPC na vivência das complicações decorrentes da doença crónica.

Este plano permite identificar prioridades, estruturar as intervenções por forma a responder às necessidades identificadas e documentar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma alocação eficiente e sustentável dos recursos disponíveis. As respostas humanas do Sr. AMPC identificadas foram:

- Dor relacionada com a ferida cirúrgica;
- Ansiedade, associada à amputação e à incerteza face ao prognóstico;
- Capacidade de autocuidado diminuída, no contexto do pós-operatório e readaptação funcional;
- Integridade da pele prejudicada, relacionada com a ferida cirúrgica e a perfusão tecidual deficiente;
- Risco de queda, relacionado com alterações na mobilidade após amputação;
- Risco de úlcera por pressão, devido à imobilidade e à perfusão comprometida;
- Alteração da imagem corporal, decorrente da amputação digital.

Durante o internamento, foram implementadas intervenções de enfermagem especializadas, nomeadamente:

- Gestão da dor, com analgesia programada em horário fixo e técnicas de alívio da dor não farmacológicas;
- Apoio emocional e escuta ativa, para redução da ansiedade e facilitação da aceitação da nova condição;
- Vigilância e tratamento da ferida cirúrgica;
- Promoção da mobilidade segura, através da supervisão na marcha e transferências;
- Educação para a saúde, orientada para o autocuidado, reconhecimento de sinais de alarme e adesão ao plano terapêutico;
- Promoção da literacia em saúde, com estratégias adaptadas às capacidades cognitivas e emocionais do cliente;
- Articulação com os cuidados de saúde primários, verificando a inscrição no centro de saúde da área de residência para a continuidade de cuidados em ambulatório.

Verificaram-se resultados positivos progressivos na evolução clínica e melhoria do cliente em resultado das intervenções de enfermagem implementadas ao longo do internamento, nomeadamente:

- Resolução do quadro de infeção;
- Evolução favorável da ferida cirúrgica, com cicatrização lenta mas favorável;
- Redução dos níveis de dor e ansiedade;
- Recuperação gradual da independência nos autocuidados.

2. RESULTADOS

Na sequência da implementação do plano de cuidados, observou-se uma evolução positiva no estado do Sr. AMPC, evidenciando-se os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados. Verificou-se uma evolução lenta, mas favorável da ferida de difícil cicatrização, dentro do esperado face ao contexto de perfusão tecidual comprometida e à presença de comorbilidades e das condições endógenas desfavoráveis. Paralelamente, registou-se uma redução significativa dos níveis de dor e ansiedade, refletindo o impacto positivo das estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo sintomático, bem como do apoio emocional contínuo.

A evolução clínica evidenciou a resolução do quadro de infeção, com regressão dos sinais inflamatórios locais, normalização dos parâmetros laboratoriais e ausência de exsudado purulento, refletindo a eficácia das intervenções terapêuticas e de enfermagem implementadas.

A nível funcional, destacou-se a recuperação gradual da independência face à capacidade de autocuidado. Este progresso foi potenciado pela educação para a saúde, proporcionada pela literacia e pela promoção da readaptação funcional. Por fim, obteve-se o feedback positivo relativamente à compreensão e aceitação da sua condição de saúde atual, denotando-se um maior envolvimento e corresponsabilização na gestão da sua condição crónica, com adesão ao plano terapêutico e aquisição de competências de autovigilância e autonomia na tomada de decisão.

A elaboração deste estudo de caso constituiu assim, uma oportunidade para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem crítica e reflexiva sobre a intervenção do enfermeiro especialista perante as respostas humanas da pessoa com DRC, transplantada renal e com ferida de difícil cicatrização, em contexto de multimorbilidade.

No presente estudo de caso, procurei mobilizar o modelo de cuidados centrados na pessoa, proposto por McCormack e McCance (2010) ²³, enquanto referencial teórico orientador da prática de enfermagem. Este modelo reconhece a pessoa como ser único e irrepetível, portador de valores, crenças, preferências e experiências que devem ser consideradas e respeitadas ao

longo do processo de cuidados. A sua essência assenta na construção de uma relação terapêutica suportada na confiança, na escuta ativa e no envolvimento do cliente na definição do seu plano de cuidados, promovendo a sua inclusão ativa, autonomia e tomada de decisão partilhada. Ao longo da prestação de cuidados ao Sr. AMPC, este referencial permitiu-me reforçar a centralidade da pessoa nos processos de adaptação à doença crónica e à vivência da amputação, criando condições para o desenvolvimento de um ambiente terapêutico que favorecesse a dignidade, o empoderamento e a capacitação para o autocuidado. A adoção deste modelo revelou-se fundamental para sustentar uma prática de enfermagem personalizada, ética e sensível às necessidades expressas e sentidas pela pessoa, promovendo resultados em saúde e coerentes com os seus valores e projeto de vida.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis foi também adotada como referencial teórico para sustentar a compreensão da experiência vivida pelo Sr. AMPC no contexto da doença crónica. Esta teoria reconhece que os processos de transição envolvem períodos de vulnerabilidade, exigindo adaptações significativas e o suporte contínuo do enfermeiro, enquanto facilitador de transições saudáveis. Esta teoria constituiu-se como um enquadramento conceptual estruturante ao orientar a intervenção de enfermagem nas diversas fases da vivência da doença, passando pela fase de readaptação funcional subsequente à amputação, até à transição para os cuidados em regime ambulatorio. Adicionalmente, este referencial permitiu reforçar a promoção da resiliência, da capacitação e ressignificação da experiência da doença, elementos fundamentais na gestão da condição crónica em situação de multimorbilidade²⁴.

A Ontologia de Enfermagem da OE foi estruturante para a priorização de focos de atenção sensíveis aos cuidados e para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem. Neste contexto, a prática do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica revela-se determinante na avaliação e implementação de intervenções de educação para a saúde ajustadas à literacia da pessoa cuidada. Esta abordagem promove a autonomia, a corresponsabilização na gestão da doença crónica e plano terapêutico, favorecendo uma transição segura e eficaz entre os contextos de cuidados²⁵.

No âmbito das competências clínicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, e em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, a intervenção centrou-se na capacitação do cliente e família para o autocuidado e para a gestão da condição de saúde em

contexto de multimorbilidade. Nesse desiderato a intervenção de enfermagem visou promover a segurança, a continuidade e a eficácia dos cuidados durante o processo de transição do internamento para o domicílio, com particular enfoque na readaptação funcional e na autogestão da condição e plano terapêutico.

Para tal, foram implementadas intervenções de enfermagem centradas na promoção da literacia em saúde, com especial incidência na adoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção da agudização da doença e de potenciais complicações. A educação para a saúde foi adaptada às necessidades específicas do Sr. AMPC, considerando as suas comorbilidades, nomeadamente a DM 2, HTA, DAP e DRC, e orientada para a adoção de uma alimentação equilibrada, hipossódica e hipoproteica, o controlo da glicemia e da pressão arterial, a manutenção de uma hidratação adequada e a prática de exercício físico adaptado à sua capacidade funcional.

Adicionalmente, foram reforçados os cuidados a ter com a ferida de difícil cicatrização, sublinhando-se a importância da continuidade dos cuidados no regresso a casa, bem como a vigilância de sinais de complicações locais, nomeadamente sinais de infeção.

Face ao diagnóstico recente de gamapatia monoclonal do enxerto renal, foi dada particular atenção à monitorização de sinais precoces de falência do enxerto, através do ensino dirigido à autovigilância de sintomas como náuseas, sabor metálico, câibras, anorexia, prurido cutâneo, edemas, fadiga e confusão. Foram ainda abordadas estratégias para a monitorização da pressão arterial, do volume urinário e do peso corporal, enquanto indicadores clínicos essenciais para a deteção precoce de alterações no estado clínico e para a promoção de uma gestão ativa e partilhada da condição crónica.

3. DISCUSSÃO

O plano de cuidados de enfermagem foi estruturado com base nos pressupostos da Ontologia de Enfermagem da OE, permitindo uma identificação sistemática dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem e a planificação de intervenções centradas nas reais necessidades da pessoa com doença crónica e família em contexto de multimorbilidade.

Assim, a intervenção do enfermeiro especialista foi alicerçada no documento regulador das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica²², destacando-se:

- A avaliação da pessoa na sua complexidade considerando o seu contexto biopsicossocial e a sua capacidade de adaptação funcional;
- A gestão personalizada do plano terapêutico, com foco na monitorização da eficácia, da adesão e segurança;
- A promoção da literacia em saúde, autocuidado e vigilância da condição crónica, mediante intervenções educativas adaptadas às necessidades e capacidades da pessoa e família;
- A articulação interinstitucional e a gestão da continuidade de cuidados, assegurando a referenciação para os cuidados na comunidade, visando uma transição segura entre os contextos de cuidados;
- A promoção da participação ativa do cliente, em conformidade com os princípios dos cuidados centrados na pessoa, capacitando-a para a autodeterminação na tomada de decisão informada.

As intervenções implementadas alinham-se com os domínios dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em enfermagem médico-cirúrgica²¹, contribuindo para a promoção da saúde, readaptação funcional, prevenção de complicações, gestão da doença crónica e adesão ao plano terapêutico.

A integração da *RNAO Best Practice Guideline – Transitions in Care and Services*²⁵ reforça a importância do empowerment da pessoa com doença crónica e da sua inclusão ativa no processo de transição entre contextos de cuidados, como condição essencial para a continuidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados.

Adicionalmente, a articulação com os referenciais da Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na DRC 2023–2026 permitiu consolidar uma prática de enfermagem ancorada em políticas públicas, que privilegia a integração de cuidados, a abordagem centrada na pessoa e a minimização de eventos adversos e reinternamentos.

No plano formativo, o presente estudo de caso representou uma oportunidade para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista, promovendo uma prática de enfermagem sustentada na melhor evidência disponível e uma reflexão crítica sobre a intervenção face às respostas humanas decorrentes da vivência da doença crónica. Contribuiu, ainda, para o reforço do compromisso com a qualidade, a segurança e a excelência dos cuidados de enfermagem prestados.

Entre os principais desafios identificados destaca-se a complexidade inerente à multimorbilidade, condição que demanda a uma gestão integrada e orientada para a estabilização e readaptação funcional. Neste contexto, assumiram particular relevância as intervenções de educação para a saúde personalizadas e orientadas em função das necessidades manifestadas pela pessoa cuidada e sua família.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso evidencia o contributo essencial do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica na abordagem às respostas humanas da pessoa cuidada na vivência da doença crónica e suas complicações. Através da prestação de cuidados de enfermagem centrados nas suas reais necessidades e da integração entre o conhecimento teórico e a prática clínica, foi possível mobilizar as competências clínicas, relacionais, éticas e científicas no cuidar, maximizando a recuperação e readaptação funcional face à condição de saúde.

Apesar dos resultados clínicos positivos observados, o processo de recuperação decorreu de forma morosa, influenciado por fatores como a multimorbilidade, a terapêutica farmacológica imunossupressora, a idade avançada e o défice na perfusão tecidual. Esta realidade reforça a importância de uma vigilância contínua e da articulação colaborativa entre os diferentes níveis de cuidados, destacando a necessidade de estratégias coordenadas e centradas na pessoa com doença crónica.

A elaboração deste estudo de caso proporcionou, igualmente, um espaço de reflexão crítica sobre os desafios éticos da prática especializada, nomeadamente no que respeita à advocacia pelo direito da autodeterminação e da decisão informada. Esta experiência permitiu desenvolver competências fundamentais para o exercício profissional diferenciado do enfermeiro especialista, potenciando o desenvolvimento da capacidade de avaliação da pessoa na sua complexidade, da prática informada na evidência e da comunicação terapêutica na relação com a pessoa e família.

Para além do seu valor pedagógico, este estudo de caso mostrou potencial para a melhoria das práticas institucionais, nomeadamente no domínio da gestão de feridas de difícil cicatrização em pessoas com multimorbilidades sublinhando a importância da prevenção de complicações, da articulação das equipas interdisciplinares e da continuidade de cuidados entre os diferentes contextos assistenciais, como fatores de elevado impacto na segurança e na qualidade dos cuidados.

Assim, este estudo reforça a relevância da prática de enfermagem especializada como elemento transformador dos cuidados em saúde, evidenciando o seu contributo para a qualificação da

resposta às necessidades complexas da pessoa em situação crónica, num compromisso contínuo com a excelência, a humanização e a sustentabilidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ World Health Organization. Global Health Estimates: Leading causes of death and disability. Geneva: WHO; 2023.
- ² Serviço Nacional de Saúde (PT). Estratégia Nacional para a Promoção da Saúde Renal e Cuidados Integrados na Doença Renal Crónica 2023–2026. Lisboa: SNS; 2023.
- ³ Ong KL, Makar M, Venkatraman V, Vu M, Bulloch T, Schmidt MI, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2023;402(10397):203–34.
- ⁴ Tsourdi E, Barthel A, Rietzsch H, Reichel A, Bornstein SR. Current aspects in the pathophysiology and treatment of chronic wounds in diabetes mellitus. *Biomed Res Int*. 2013;2013:385641.
- ⁵ Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, Abbas ZG, Allison G, Aragón-Sánchez J, et al. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections (IWGDF/IDSA 2023). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3687.
- ⁶ Wernick B, Nahimiak P, Stawicki SP. Impaired Wound Healing [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2023 Aug 28; cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482254/>
- ⁷ Bootun R. Effects of immunosuppressive therapy on wound healing. *Int Wound J*. 2013;10(1):98–104.
- ⁸ Safarini OA, Keshavamurthy C, Patel P. Calcineurin Inhibitors [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2023 Nov 12; cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558995/>
- ⁹ Khalid KA, Nawi AFM, Zulkifli N, Barkat MA, Hadi H. Aging and Wound Healing of the Skin: A Review of Clinical and Pathophysiological Hallmarks. *Life (Basel)*. 2022;12(12):2142.

- ¹⁰ Lindholm C, Bergsten A, Berglund E. Chronic wounds and nursing care. *J Wound Care*. 1999;8(1):5–10.
- ¹¹ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes*. 2nd ed. Toronto: RNAO; 2011.
- ¹² Criqui MH, Matsushita K, Aboyans V, Hess CN, Hicks CW, Kwan TW, et al. Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Contemporary Epidemiology, Management Gaps, and Future Directions: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021;144(9):e171–91.
- ¹³ Mahé G, Aboyans V, Cosson E, et al. Desafios e oportunidades no manejo do diabetes tipo 2 em pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores: uma revisão personalizada de diagnóstico e tratamento. *Cardiovasc Diabetol*. 2024;23:220.
- ¹⁴ Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP). *Mais de mil milhões de pessoas poderão ter diabetes em 2050* [Internet]. Lisboa: APDP; 2023 [citado 2025 Jun 29]. Disponível em: <https://www.apdp.pt/noticias/mais-de-mil-milhoes-de-pessoas-poderao-ter-diabetes-em-2050>
- ¹⁵ McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Care*. 2023;46(1):209–21.
- ¹⁶ Marco M, Valentina I, Daniele M, et al. Peripheral Arterial Disease in Persons with Diabetic Foot Ulceration: a Current Comprehensive Overview. *Curr Diabetes Rev*. 2021;17(4):474–85.
- ¹⁷ Hinchliffe RJ, Brownrigg JR, Apelqvist J, et al. IWGDF guidance on the diagnosis, prognosis and management of peripheral artery disease in patients with foot ulcers in diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32 Suppl 1:37–44.
- ¹⁸ Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol*. 2019;29:8–15.

- ¹⁹ Nussbaum SR, Carter MJ, Fife CE, et al. An Economic Evaluation of the Impact, Cost, and Medicare Policy Implications of Chronic Nonhealing Wounds. *Value Health*. 2018;21(1):27–32.
- ²⁰ Zhou H, Jin Q, Lu H. Exposure risk of patients with chronic infectious wounds during the COVID-19 outbreak and its countermeasures. *J Orthop Surg Res*. 2020;15(1):452.
- ²¹ Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2017.
- ²² Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135; 2018 Jul 16.
- ²³ McCormack B, McCance T. *Person-centred nursing: theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- ²⁴ Meleis AI. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- ²⁵ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Transitions in Care and Services*. Toronto: RNAO; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Medicação crónica do Sr AMP

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	CLASSE TERAPÉUTICA
Tacrolimus LP 3mg	1 comp. às 11h	Imunossupressor (Inibidor da calcineurina)
Micofenolato de Mofetil 250mg	1 comp. às 11h e 1 comp. às 23h	Imunossupressor (Inibidor da síntese de purinas)
Prednisolona 5mg	½ comp. ao pequeno-almoço	Corticosteróide (Anti-inflamatório)
Levotiroxina 0.025mg	1 comp. em jejum	Hormona tiroideia
Pantoprazol 20mg	1 comp. em jejum	Inibidor da bomba de prótons
Furosemida 40mg	1 comp. em jejum	Diurético da ansa
Alfacalcidol 0.5mcg	1 comp. ao pequeno-almoço	Análogo sintético da vitamina D
Insulina Insulatard	16U ao pequeno-almoço	Insulina basal (antidiabético)
Nifedipina 30mg	1 comp. ao pequeno-almoço + 1 comp. ao jantar	Anti-hipertensor (bloqueador dos canais de cálcio)
Clonidina 0.15mg	½ comp. ao pequeno-almoço + ½ comp. ao jantar	Anti-hipertensor (agonista alfa-2)
Pentoxifilina 400mg	1 comp. ao pequeno-almoço + 1 comp. ao jantar	Hemorreológico, vasodilatador periférico
Alopurinol 100mg	1 comp. ao almoço	Anti-hiperuricémico (inibidor da xantina oxidase)
AAS 100mg	1 comp. ao almoço	Antiagregante plaquetário
Sinvastatina 20mg	1 comp. ao jantar	Hipolipemiente (estatina)
Finasterida 5mg	1 comp. ao jantar	Inibidor da enzima 5-alfa-redutase
Epoetina Beta 2000U	1 injeção SC às segundas e quintas-feiras	Eritropoietina (estimulador da eritropoiese)

APÊNDICE II

Carta de transferência para continuidade do tratamento à ferida na unidade local de saúde

O Sr AMPC foi submetido a amputação digital do segundo dedo do pé esquerdo a 04/04/2025 no contexto de gangrena infetada, tendo iniciado antibioterapia dirigida por infeção polimicrobiana diagnosticada na amostra de tecido colhido na cirurgia, cumprido um esquema de antibioterapia dirigida durante vinte e sete dias. Foi avaliado em consulta da especialidade de cirurgia vascular, tendo realizado angiografia diagnóstica e terapêutica, que revelou presença de doença arterial periférica grave, estando as artérias tibial anterior e tibial ocluídas a partir do terço médio da perna. Foi submetido a angioplastia para revascularização endovascular, contudo por calcificação maciça não foi possível revascularizar os segmentos distais, que permanecem ocluídos, condicionando um défice significativo na perfusão tecidual a nível do membro inferior esquerdo, tendo a colateralidade assegurada por apenas uma fina artéria peroneal permeável, que fornece um aporte sanguíneo deficitário face às necessidades fisiológicas.

Neste contexto apresenta uma ferida cirúrgica no pé esquerdo, com presença de uma loca com 2x2cm, ao nível dos tecidos profundos, com presença de tecido de granulação. Mantém tratamento em dias alternados na unidade local de saúde com limpeza da ferida com NaCl 0.9%, aplicação de Polihexanida + Betaina gel, apósito de carboximetilcelulose com prata iónica e aplicação de ligadura.

APÊNDICE IX – Estudo de caso II

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Unidade curricular: estágio II com relatório - unidades de tratamento ambulatorio e estruturas de apoio na comunidade

Intervenção do enfermeiro especialista na gestão da transição e do prurido associado à doença renal crónica terminal: Um estudo de caso

Elaborado por:

Sónia Ferreira, nº 202490024

Enfermeira Supervisora Clínica:

Enf.^a Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

Docentes orientadoras:

Prof.^a Doutora Helena José

Prof.^a Doutora Isabel Rabiais

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Unidade curricular: estágio II com relatório - unidades de tratamento ambulatorio e estruturas de
apoio na comunidade

**Intervenção do enfermeiro especialista na gestão da transição e do prurido associado à doença renal crónica
terminal: Um estudo de caso**

Elaborado por:

Sónia Ferreira, nº 202490024

Enfermeira Supervisora Clínica:

Enf.^a Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

Docentes orientadoras:

Prof.^a Doutora Helena José

Prof.^a Doutora Isabel Rabiais

“o autor é o único responsável pelas ideias expressas neste documento académico”

LISTA DE SIGLAS

CLD - Cateter de Longa duração

Cp – Comprimido

DP - Diálise Peritoneal

DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial

DOENÇA RENAL CRÓNICA - Doença renal

crónica

DRct - Doença renal crónica Terminal

EEEMCPSCrón - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

HD - Hemodiálise

IOS - Infecções do Orifício de Saída

LES - Lúpus Eritematoso Sistémico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PA – Pequeno almoço

PaDRC – Prurido associado à Doença renal crónica

PTA - Prótese Total Anca

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR - Terapia Substitutiva da Função Renal

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	9
1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO DA SRA. M.L	10
2. ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA.....	12
2.1. Fisiopatologia e impacto do prurido associado à doença renal crónica (PaDOENÇA RENAL CRÓNICA)	13
3. ARTICULAÇÃO ENTRE OS REGULAMENTOS, TEORIA DAS TRANSIÇÕES E MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA	14
4. TRANSIÇÃO SITUACIONAL E SAÚDE-DOENÇA NA DOENÇA RENAL CRÓNICA.....	15
5. CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA.....	16
6. CUIDAR EM CONTEXTO DE CRONICIDADE: A INTERVENÇÃO DO EEMCPSRÓN	16
7. METODOLOGIA.....	17
8. DISCUSSÃO	22
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

RESUMO

O estudo de caso centra-se na intervenção do Enfermeiro Especialista à pessoa com doença renal crónica terminal em situação de transição entre técnicas dialíticas e com prurido associado a hiperfosfatemia. A metodologia utilizada assentou numa abordagem descritiva e reflexiva e na mobilização dos referenciais teóricos - Teoria das transições de Meleis e no Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack & McCance. A colheita de dados incluiu a consulta do processo clínico, a observação participante e entrevistas semiestruturadas realizadas durante a prestação de cuidados.

Os resultados demonstraram que a abordagem promoveu uma transição saudável e adaptativa, o reforço da literacia em saúde, da autogestão da doença e da adesão terapêutica da pessoa cuidada.

O estudo evidencia a intervenção essencial do enfermeiro especialista em contextos de doença crónica complexa, demonstrando que a combinação entre estratégias de educação para a saúde e cuidados centrados na pessoa contribuem para ganhos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados centrados; enfermagem especializada; hemodiálise; prurido; transição.

ABSTRACT

The case study focuses on the intervention of the Specialist Nurse in the care of a person with end-stage chronic kidney disease in transition between dialysis techniques and with pruritus associated with hyperphosphataemia. The methodology used was based on a descriptive and reflective approach and on the mobilisation of theoretical references - Meleis' Theory of Transitions and McCormack & McCance's Person-Centred Care Model. Data collection included consultation of the clinical record, participant observation and semi-structured interviews conducted during the provision of care.

The results showed that the approach promoted a healthy and adaptive transition, strengthening health literacy, self-management of the disease, and therapeutic adherence of the person receiving care.

The study highlights the essential intervention of the specialist nurse in contexts of complex chronic disease, demonstrating that the combination of health education strategies and person-centred care contributes to health gains.

KEYWORDS: centred care; specialist nursing; haemodialysis; pruritus; transition.

0. INTRODUÇÃO

A gestão da doença renal crónica terminal (DRCt) representa um desafio significativo para os sistemas de saúde e para a prática de enfermagem, exigindo uma intervenção diferenciada e adaptada às necessidades singulares e multidimensionais da pessoa e família.

Neste contexto, o presente estudo de caso, foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, realizado numa unidade de hemodiálise de uma instituição hospitalar da região de Lisboa. A seleção deste caso clínico fundamentou-se na sua relevância e complexidade, constituindo-se uma oportunidade significativa para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEMCPSCró), conforme os regulamentos de competências n.º 429/2018 e n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE).

A articulação entre a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Cuidados Centrados na pessoa orienta a uma intervenção de enfermagem que privilegia a capacitação da pessoa para a autogestão da sua condição de saúde, para a adesão terapêutica e para uma transição saudável. Este estudo de caso, ao centrar-se na análise das respostas humanas à experiência de doença e nas intervenções de enfermagem que promovem a adesão terapêutica e facilitam o processo de transição, evidencia a relevância da intervenção especializada na promoção da saúde, na prevenção de complicações, na readaptação funcional e na garantia da continuidade de cuidados.

Atendendo à complexidade observada e à importância da adesão terapêutica para a qualidade de vida e para o prognóstico favorável da DRCt, este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: De que modo as intervenções de enfermagem contribuem para a capacitação da pessoa na autogestão da doença crónica e na adesão terapêutica?

A partir desta questão, definiu-se como objetivo geral: Identificar as intervenções de enfermagem que potenciam a capacitação da pessoa para a autogestão da sua condição de saúde e para a adesão terapêutica, de modo a favorecer uma transição saudável.

Para a sua concretização, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais as intervenções de enfermagem que facilitam a compreensão da sua condição de saúde e promovem a adesão terapêutica.

- Implementar intervenções educação para a saúde que fomentam a literacia e capacitação para a transição saudável.

Para a consecução dos objetivos definidos, a abordagem foi ancorada na Teoria das Transições de Afaf Meleis e no Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, bem como na prática de enfermagem informada por evidência. A integração destes referenciais permite compreender a complexidade das mudanças vivenciadas pela pessoa com doença crónica e orientar a uma intervenção especializada que favore a readaptação funcional, a participação ativa e a continuidade dos cuidados.

1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO DA SRA. M.L.

O estudo de caso centra-se na experiência da Sr.^a M.L., portadora de DRCt sob terapia substitutiva da função renal (TSFR), que transitou abruptamente da diálise peritoneal para hemodiálise devido a complicações infecciosas, apresentando concomitantemente prurido associado a hiperfosfatemia.

A colheita de dados realizou-se durante o período de estágio, mediante consulta do processo clínico (garantindo o anonimato e confidencialidade), observação participante e entrevistas semiestruturadas nas sessões de hemodiálise.

A Sra. M.L., tem 54 anos, é leucodérmica, independente em todos os autocuidados, profissionalmente ativa, trabalha como operadora de call center, atualmente em teletrabalho. Reside sozinha em Carcavelos. Tem uma estrutura familiar coesa e que a apoia.

Tem como antecedentes de saúde conhecidos: DRC estadio 5D, causada por nefrite lúpica, diagnosticada em 2000. Com história de remissão após múltiplos esquemas terapêuticos e duas experiências prévias de hemodiálise, com recuperação subsequente da função renal. Posteriormente houve nova exacerbação e a progressão da DRC culminou na TSFR, tendo optado pela diálise peritoneal (DP). O cateter de *tenckhoff* foi colocado em 01/02/2022, tendo a Sra. M.L. iniciado diálise peritoneal contínua ambulatorial (DPCA) em 14/03/2022.

A Sr.^a M.L. enfrentou, durante a DP, múltiplas intercorrências infecciosas, nomeadamente infeções recorrentes do orifício de saída (IOS) e tunelites, nomeadamente:

- IOS + tunelite provocada por *Staphylococcus Aureus* e *Corynebacterium*. Submetida a *shaving* do *cuff* externo a 15/01/2025;

- IOS a *Staphylococcus lugdunensis* e *Corynebacterium tuberculostearicum* a 24/03/2025;

- IOS a *Staphylococcus aureus* sensível à metilina e *Corynebacterium* a 02/06/2025.

Estas intercorrências levaram à remoção do cateter de *tenckhoff* a 24/09/2025, tendo ficado em programa de hemodiálise (HD). Foi submetida a colocação de Cateter de Longa Duração (CLD) na veia jugular interna direita a 02/06/2025 e induziu HD no mesmo dia. Por bacteriemia cumpriu antibioterapia com Vancomicina pós-hemodiálise até 06/10/2025.

Lúpus Eritematoso Sistémico (LES): Diagnóstico em 2000, com nefrite lúpica Classe IV e síndrome nefrótica grave. Seguida em Consulta de Reumatologia.

Outros antecedentes de saúde relevantes:

- Hipotireoidismo desde 1986, com bócio mergulhante. Realizou tireoidectomia total + paratiroidectomia subtotal a 15/01/2024.
- Flebotrombose do membro inferior direito e trombose venosa da veia axilar (associada ao cateter totalmente implantado).
- Necrose asséptica da cabeça do fémur bilateral (2011), submetida a prótese total da anca (PTA) bilateral.
- Cirurgia bariátrica (banda gástrica em 2011), após remoção de balão intragástrico (2006) por intolerância.
- Carcinoma da mama direita, com tumorectomia em 2015 que evoluiu para mastectomia em 2015 por carcinoma luminal B, realizou terapêutica coadjuvante com quimioterapia. Em 2017 fez cirurgia de reconstrução mamária.
- Mais recentemente, a 09/05/2025 foi diagnosticada com carcinoma ductal in situ da mama esquerda, submetida a mastectomia simples com biópsia do gânglio sentinela, fez reconstrução mamária à esquerda e substituição da prótese à direita.
- Bicitopénia (leucopenia e anemia) atribuída a toxicidade farmacológica, com estudo medular inocente em 2021.

Medicação habitual

Fármaco	Posologia	Via	Classe Terapêutica	Indicações
Hidroxicloroquina 400mg	1 cp ao PA	Oral	Antimalárico/ Imunomodulador	Doenças autoimunes

Ramipril 5mg	1 cp ao jantar	Oral	Anti hipertensor	Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, nefroprotetor
Sertralina 50 mg	1 cp ao PA	Oral	Antidepressivo	Depressão, ansiedade generalizada, perturbação do pânico
Eritropoietina 5000 UI	1x semana na HD	SC	Agente estimulante da eritropoiese	Anemia associada a DRC
Vitamina D3	6 gotas/dia	Oral	Suplemento de vitamina D	Deficiência de vitamina D
Dapagliflozina 10 mg	1 cp ao almoço	Oral	Antidiabético (inibidor SGLT2)	Diabetes tipo 2, IC crónica,
Levotiroxina 0.125mg	1 cp em jejum	Oral	Hormona tiroideia sintética	Hipotiroidismo
Sulfato de magnésio 1229.6	1 carteira/dia	Oral	Suplemento mineral	Défice de magnésio
Ácido fólico 5 mg	1 cp na HD	Oral	Vitamínico complexo B	Suplementação em anemia megaloblástica
Letrozol 2.5 mg	1 cp ao PA	Oral	Inibidor da aromatase	Tratamento do cancro da mama hormono-dependente
Sevelâmero 800mg	1 cp nas principais 3 refeições	Oral	Quelante do fósforo	Hiperfosfatemia em DRC

2. ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

A DRC é definida nas diretrizes KDIGO 2024 como a presença de anormalidades na estrutura ou na função renal, persistentes por pelo menos três meses, com impacto na saúde do indivíduo.

Esta patologia constitui, atualmente, um dos maiores desafios de saúde pública, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também pelas implicações clínicas, sociais e económicas associadas à sua evolução. A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) de 2024, estima que a DRC afete cerca de um milhão de pessoas em Portugal, correspondendo aproximadamente a 10% da população adulta, valor consideravelmente elevado quando comparado com outros países europeus.

A natureza frequentemente silenciosa da DRC contribui para que grande parte dos casos permaneça sub diagnosticada. Na maioria das situações, a doença evolui de forma assintomática até fases avançadas, momento em que já se verificam alterações significativas e, frequentemente, irreversíveis da função renal (SPN,2024).

As principais causas de DRC em Portugal refletem a evolução epidemiológica das doenças crónicas não transmissíveis. A diabetes mellitus é responsável por 32,5% dos casos, seguida da hipertensão arterial, com 11,7%, sendo ambas, condições altamente prevalentes na população

portuguesa. O envelhecimento demográfico e a crescente incidência de fatores de risco como obesidade, sedentarismo e síndrome metabólica contribuem igualmente para o aumento sustentado do número de pessoas com DOENÇA RENAL CRÓNICA (SPN, 2024).

A progressão da doença traduz-se, em muitos casos, na necessidade de recorrer a terapêuticas de substituição da função renal (TSFR). Os dados do Registo Nacional da DRC da SPN revelam que a prevalência das pessoas sob estas técnicas permanece elevada, com mais de 2 040 casos por milhão de habitantes, o que coloca Portugal entre os países europeus com maior número de doentes em diálise. Paralelamente, observa-se uma tendência crescente na população, com um incremento de 1,6% face a 2022 (SPN, 2024).

Segundo o Registo Nacional da DRC da SPN, a 31 de dezembro de 2023 existiam 13 976 pessoas em hemodiálise e 889 em diálise peritoneal, num total de 21 690 pessoas em tratamento substitutivo renal (SPN,2024).

O estadio 5 da DRC, representa a fase de falência renal estabelecida, clinicamente definida por uma taxa de filtração glomerular (TFG) persistentemente inferior a 15 ml/min/1,73m² (KDIGO, 2024).

Nesta fase, a perda da função excretora, metabólica e endócrina dos rins torna-se crítica e incompatível com a homeostasia do organismo, tornando necessária uma TSFR para a sobrevivência. A incapacidade renal em filtrar adequadamente o plasma sanguíneo resulta na acumulação progressiva de toxinas urémicas, desequilíbrios hidroeletrólíticos e acidose metabólica (Magnani et al., 2021). Perante a falência orgânica irreversível, o início de diálise é imperativo. As modalidades terapêuticas disponíveis são a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal, estas são as únicas opções capazes de substituir a função renal e consequentemente, prolongar a vida da pessoa com qualidade (KDIGO, 2024).

A hemodiálise e a diálise peritoneal constituem-se as principais TSFR para pessoas com insuficiência renal terminal, estas permitem remover produtos azotados, corrigir distúrbios metabólicos e eletrólíticos e restabelecer o equilíbrio hídrico comprometido. Para além de restaurarem a homeostasia, reduzem a sintomatologia urémica, previnem as complicações decorrentes da progressão da doença e promovem a estabilidade hemodinâmica. Ao assegurar um controlo metabólico e funcional mais eficaz, contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas com DRCt (KDIGO, 2024).

2.1. Fisiopatologia e impacto do prurido associado à doença renal crónica

O PaDRC é uma das manifestações cutâneas mais prevalentes e debilitantes nas pessoas com DRcT (Osakwe et al., 2024). Caracteriza-se por uma sensação persistente de prurido, geralmente sem evidência de doença dermatológica primária, mas com repercussões significativas no bem-estar físico e psicológico, afetando o sono, o humor e a qualidade de vida (Simonsen et al., 2017; Swarna et al., 2019). Estudos indicam que a sua prevalência aumenta à medida que a função renal diminui, atingindo entre 40% e 55% das pessoas em programas de diálise (Hu et al., 2018).

A etiologia PaDOENÇA RENAL CRÓNICA é multifatorial, envolvendo alterações metabólicas, inflamatórias e neurológicas, sendo a hiperfosfatemia uma das complicações mais comuns e um fator contributivo significativo para o sintoma (Mettang & Kremer, 2015; Osakwe et al., 2024). O excesso de fósforo no organismo favorece a deposição de cristais de fosfato de cálcio na pele, atuando como irritantes locais que ativam mastócitos e desencadeiam uma resposta inflamatória. Este processo leva à libertação de mediadores como a histamina e citocinas, intensificando a sensação de prurido (Simonsen et al., 2017; Tinôco et al., 2018).

As diretrizes da KDIGO CKD-MBD Update Work Group (2017) recomendam a monitorização da hiperfosfatemia como componente fundamental da abordagem do distúrbio mineral e ósseo na DRcT. O enfoque principal recai na monitorização constante e na redução dos níveis elevados de fosfato sérico para valores normais ou próximos do normal, através de restrição dietética, quelantes de fosfato e aumento da sua remoção por diálise.

Embora o prurido não seja alvo de recomendações específicas nesta diretriz, o controlo da hiperfosfatemia assume-se como essencial para minimizar o prurido. (Osakwe et al., 2024; Stumm et al., 2017).

3. ARTICULAÇÃO ENTRE OS REGULAMENTOS, TEORIA DAS TRANSIÇÕES E MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica em contextos de elevada complexidade clínica, como a DRcT, requer a mobilização de referenciais teóricos sólidos. Os referenciais que sustentaram a intervenção na prestação de cuidados à Sr.^a M.L. foram a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010) e o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa (McCormack & McCance, 2010), em articulação com os regulamentos de competências da OE (n.º 140/2019 e n.º 429/2018) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017).

A vivência da DRc impõe desafios multidimensionais, que se intensificam perante processos de

transição abruptos ao longo do percurso da doença. O caso da Sr.^a M.L. ilustra claramente esta realidade: a falência da DP, decorrente de complicações infecciosas, determinou a suspensão da técnica dialítica DP e o início de HD, desencadeando uma transição não programada. Este evento, conforme descrito por Meleis (2010), implica alterações profundas na rotina diária, no desempenho dos papéis sociais e na própria identidade da pessoa, condição que sublinha e impõe a necessidade de uma abordagem multidimensional, centrada na vivência e necessidades da pessoa, de modo a promover uma transição saudável.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece o enquadramento conceptual que permite compreender e estruturar a intervenção de enfermagem, porque permite perceber que a Sr.^a M.L. vivencia simultaneamente transições situacionais e de saúde-doença, que elevam a sua suscetibilidade e exigem acompanhamento especializado por forma a facilitar a sua adaptação à nova condição. Paralelamente, o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa orienta os cuidados de enfermagem para o reconhecimento da unicidade do indivíduo, a construção de uma relação terapêutica empática e para o cuidado holístico, integrando dimensões físicas, psicológicas, sociais e, quando pertinente, espirituais (McCormack & McCance, 2010).

4. TRANSIÇÃO SITUACIONAL E SAÚDE-DOENÇA NA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Para compreender a experiência complexa da Sr.^a M.L., a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) constitui um referencial teórico nuclear. Esta abordagem permite compreender que, em contextos de mudança abrupta, a pessoa apresenta uma vulnerabilidade acrescida, evidenciando a necessidade de uma intervenção de enfermagem que promova o processo de transição e favoreça a sua readaptação. Neste caso clínico, identificam-se duas transições principais que se sobrepõem e interagem:

- Transição situacional: Mudança não planeada e abrupta da DP para HD, envolvendo alterações significativas na rotina diária, nos papéis sociais e estilo de vida, demandando à reorganização do seu quotidiano.
- Transição saúde-doença: caracteriza-se pelo surgimento de complicações da DRCh, nomeadamente o PaDRCh, bem como pelo plano terapêutico instituído, exigindo a implementação de novas estratégias de autocuidado e gestão de sintomas com vista à melhoria do seu bem-estar.

A sobreposição e interdependência destas transições intensificam a complexidade do processo adaptativo da Sr.^a M.L., evidenciando a intervenção central do enfermeiro especialista na avaliação

holística, apoio à reorganização do quotidiano, gestão de sintomas e promoção da autogestão e adesão terapêutica, elementos essenciais para a sua readaptação e transição saudável (Meleis, 2010).

5. CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA

Complementarmente à Teoria das Transições, o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa (McCormack & McCance, 2010) constitui-se um referencial teórico orientador da prática de enfermagem, ao valorizar a individualidade e as preferências da pessoa, requisitos fundamentais para um cuidado humanizado e personalizado. Este modelo direciona o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica para:

- O reconhecimento da unicidade da pessoa e preservação da sua *personhood*, considerando-a como um ser ativo e singular no seu percurso de saúde-doença.
- A construção de uma relação terapêutica empática e de confiança, que favoreça a comunicação eficaz e o apoio mútuo.
- A promoção da decisão partilhada e capacitação da pessoa para a autogestão da DRCt e dos sintomas associados, alinhada com os seus valores.
- A garantia do cuidado holístico, integrando as dimensões físicas, psicológicas, sociais e, se pertinente, espirituais, para promover o bem-estar global.

Este modelo enfatiza a intervenção do EEEMCPSCro, ao garantir que os cuidados prestados são tecnicamente competentes e conduzidos de forma a respeitar a sua dignidade, valores e escolhas individuais, promovendo uma prática de enfermagem ética, segura e centrada na pessoa com doença crónica.

6. CUIDAR EM CONTEXTO DE CRONICIDADE: A INTERVENÇÃO DO EEEMCRÓN

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica revela-se determinante na gestão da DRCt, condição marcada por regimes terapêuticos complexos e sucessivas adaptações por parte da pessoa. No caso da Sr.^a M.L., esta intervenção traduz-se na avaliação das suas necessidades, no estabelecimento de uma relação terapêutica, no planeamento de cuidados individualizados e na implementação de estratégias que promovam a autogestão da doença e a adesão terapêutica.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017) orientaram para a promoção da saúde e bem-estar, prevenção de complicações e readaptação funcional, promovendo a sua saúde e bem-estar. A intervenção de enfermagem ancorou-se ainda com os regulamentos de competências específicas e comuns do enfermeiro especialista (n.º 429/2018 e n.º 140/2019), garantindo cuidados individualizados, seguros e informados em evidência, elementos essenciais para uma transição saudável.

7. METODOLOGIA

Este estudo adotou a abordagem do estudo de caso, reconhecida por permitir análise aprofundada de fenómenos complexos no seu contexto real. Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, centrado na experiência vivida pela Sr.^a M.L., cliente com DRc que transitou abruptamente da diálise peritoneal para hemodiálise, apresentando concomitantemente PaDRc.

A articulação entre a evidência científica, a Teoria das Transições e o Modelo de Cuidados Centrados na pessoa, os Regulamentos n.º 429/2018, 140/2019 e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017) permitiu uma compreensão profunda da complexidade das transições na doença crónica e a promoção da reflexão crítica de e sobre o processo assistencial.

Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem incidiu sobre os domínios físico, psicossocial e do conhecimento, conforme competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Domínio Físico

A Sr.^a M.L. referiu prurido generalizado, mais intenso à noite, condicionando insónia e ansiedade. Exames laboratoriais revelaram hiperfosfatemia (6,5 mg/dl), sugerindo uma relação direta com o prurido. A intervenção de enfermagem centrou-se no ensino dos cuidados à pele e alívio sintomático (hidratação regular, evicção de banhos quentes e de produtos irritantes), combinando estratégias de *coping* com educação para a saúde relativamente à importância da adesão terapêutica, designadamente: na necessidade de uma dieta restritiva em fósforo, da toma correta dos quelantes e do cumprimento do tratamento dialítico, visando reduzir os níveis séricos de fósforo e, conseqüentemente, o prurido associado (Stumm, et al., 2017; Osakwe et al., 2024).

Domínio Psicossocial

A Sr.^a M.L. manifestou ansiedade pela transição abrupta entre técnicas dialíticas, com perda de autonomia e incerteza quanto ao futuro e prognóstico. O suporte emocional e a literacia em saúde promoveram a adaptação, reduzindo a ansiedade e reforçando o controlo percetivo (Elias et al., 2025).

Domínio do Conhecimento

Identificou-se um défice de conhecimentos da Sr.^a M.L. relativamente à HD, aos cuidados com CLD, à gestão dietética restritiva em fósforo, à toma correta dos quelantes e aos cuidados com a pele para melhorar o conforto e bem-estar. A educação personalizada e direcionada para as suas necessidades, promoveu a literacia em saúde, capacitando-a para a autogestão da condição, adesão terapêutica e respostas adaptativas à transição experienciada.

A literatura evidencia que a literacia em saúde das pessoas com DRC em TSFR melhora o autocuidado e a adesão terapêutica, posicionando-a como pilar fundamental para a qualidade de vida, ao capacitar para compreensão da doença, tomada de decisões informadas e manutenção de regimes terapêuticos complexos (Amorim et al., 2025).

FOCO DE ATENÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS
Prurido	Prurido, relacionado com hiperfosfatemia	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da intensidade, localização e características do prurido e inspeção de lesões ou infeções secundárias; -Educação para autocuidado da pele, incluindo uso regular de emolientes ou cremes hidratantes sem perfume, especialmente após o banho, para manter a hidratação cutânea; - Orientação para manter unhas curtas e limpas, minimizando risco de traumatismos cutâneos; - Recomendação de banhos curtos com água morna e sabão de pH neutro para evitar irritação; - Ensino de estratégias de <i>coping</i>, como compressas frias para aliviar o prurido e técnicas de distração para desviar a atenção; - Identificação e evicção de fatores desencadeantes, como tecidos sintéticos e ambientes de calor excessivo; - Educação sobre administração correta e adesão à medicação prescrita para controlo sintomático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato de diminuição ou ausência de prurido; - Ausência de lesões de coceira; - Verbalização de compreensão das medidas de alívio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menção de redução significativa ou ausência de prurido, indicando a eficácia das intervenções de enfermagem e do controlo dos fatores desencadeantes; - Apresenta integridade da pele, sem escoriações ou outras lesões de coceira; -Demonstra conhecimento e aplicação correta das estratégias de alívio do prurido, incluindo cuidados com a pele e adesão às orientações terapêuticas.
Alteração da integridade dos tecidos	Integridade cutânea comprometida por PaDOENÇA RENAL CRÓNICA	- Avaliar evolução da integridade dos tecidos;	- Determinação da evolução da integridade dos tecidos;	- Manutenção da integridade cutânea.

Transição	Transição Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a expressão de sentimentos e expectativas sobre a nova condição de saúde; - Capacitar para a autogestão e adesão terapêutica, envolvendo o cliente e família nos cuidados; - Fornecer informação clara e faseada, na medida das necessidades e desejo da cliente sobre a doença, tratamento e prognóstico; - Identificar e reforçar os pontos fortes e as capacidades da cliente e as estratégias de <i>coping</i>; - Identificar e mobilizar a rede de apoio (família, amigos); - Facilitar o contacto com outros profissionais de saúde (psicólogo, assistente social) ou grupos de apoio, se necessário e aceite pelo cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de estratégias de <i>coping</i> eficazes; -Envolvimento ativo no planeamento dos cuidados; - Expressão de sentimentos e preocupações sobre a mudança. 	<ul style="list-style-type: none"> - A cliente demonstra capacidade de identificar e aplicar estratégias de <i>coping</i> para lidar com os desafios da doença e do tratamento; - Demonstra envolvimento ativo no planeamento dos cuidados; -Expressa sentimentos, dúvidas e preocupações relacionados com processo de transição.
Ansiedade	Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da ansiedade; - Determinar evolução ansiedade; - Executar técnica de relaxamento; - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade; - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade; - Facilitar a comunicação expressão de emoções; - Promover autocontrolo da ansiedade-executar reestruturação cognitiva; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição e controlo da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - A cliente demonstra controlo da ansiedade; - Apresenta um nível de ansiedade diminuído.

Autogestão do regime terapêutico	- Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso	- Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso; - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso; - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso; - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso; - Promover autogestão: regime medicamentoso.	- Evolução da autogestão do regime medicamentoso.	- Cliente demonstra conhecimento sobre a autogestão da doença e do plano terapêutico; - Identifica os sinais e sintomas que deve reportar à equipa de saúde.
Padrão alimentar: ingestão de alimentos específicos desaconselhados	- Autogestão do regime dietético	- Avaliar evolução do padrão alimentar; - Ensinar sobre dieta; - Promover o conhecimento sobre regime dietético.	- Determinação da evolução do padrão alimentar.	- A cliente demonstra conhecimentos sobre a dieta restritiva de fósforo.
Qualidade do sono	Sono comprometido	- Avaliar evolução do sono; - Implementar estratégias de promoção do sono; - Executar técnica de relaxamento; - Referenciar sono comprometido ao médico	- Promoção adesão: estratégias promotoras do sono.	- A cliente refere um aumento progressivo da duração do sono, com noites mais regulares e reparadoras; - Expressa sentir-se mais descansada e alerta, com redução da fadiga diurna, evidenciando a melhoria da qualidade do sono e do bem-estar geral.
Conhecimento sobre prevenção de infeção	-Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção	- Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção; - Ensinar sobre prevenção da infeção;	- A cliente não apresenta sinais e sintomas de infeção; -A cliente demonstra conhecimento sobre medidas de prevenção da infeção.	- A cliente mantém pele e local de inserção do CLD sinais de infeção; -Demonstra conhecimento sobre prevenção da infeção.

8. DISCUSSÃO

A transição abrupta e não planeada da diálise peritoneal para a hemodiálise constituiu um evento disruptivo no percurso de saúde-doença da Sr.^a M.L., ao comprometer a continuidade do plano terapêutico previamente estabelecido e ao introduzir desafios fisiológicos (hiperfosfatemia e prurido), emocionais (ansiedade) e sociais (reorganização de rotinas). Esta vulnerabilidade acentuada enquadra-se na teoria das transições de Afaf Meleis, que define estes processos como mudanças complexas que envolvem a redefinição de papéis, significados e estratégias adaptativas (Meleis, 2010).

A intervenção de enfermagem especializada articulou dois referenciais complementares: a teoria das transições, que permitiu identificar vulnerabilidades e antecipar padrões de resposta, e o Modelo de Cuidados Centrados de McCormack e McCance (2010), que orientou ao estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na parceria, respeito mútuo e participação ativa pessoa. Esta integração impulsionou a uma prática clínica personalizada, alinhada com os valores, expectativas e prioridades da pessoa cuidada.

A capacitação para a autogestão da condição através da literacia em saúde revelou-se como estruturante neste processo, com a educação a ser focada na fisiopatologia da hiperfosfatemia, na sua relação com o prurido e na importância da adesão terapêutica (dieta restritiva em fósforo, quelantes, tratamento dialítico). Esta abordagem potenciou a confiança da cliente nas suas capacidades, diminuiu a sua ansiedade e facilitou a adaptação à nova modalidade dialítica, através de um processo de comunicação terapêutica eficaz que apoiou a reconstrução da sua identidade pessoal, conforme defendido por Meleis (2010) para a promoção de transições saudáveis.

Este estudo de caso demonstra que a articulação teoria das Transições e o Modelo de Cuidados Centrados na pessoa se constitui um referencial robusto para a prática de enfermagem em processos transição, com a literacia em saúde a destacar-se como um elemento potenciador das respostas adaptativas. A intervenção especializada alicerçada nestes referenciais revelou-se determinante para uma transição saudável e capacitadora para a gestão da DRCt.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso evidencia que a abordagem especializada de enfermagem, centrada na pessoa, é essencial para o sucesso das transições na doença crónica. A gestão integrada de sintomas físicos, como o prurido e das suas repercussões psicossociais destaca o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica como o profissional de referência para proporcionar um cuidado holístico.

A integração da Teoria das Transições de Meleis com o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance constituiu-se como um suporte teórico sólido para guiar a intervenção de enfermagem em situações marcadas por transições súbitas e imprevisíveis. Os achados destacam a educação para a saúde personalizada como preponderante para a capacitação na autogestão e adesão terapêutica, bem como para o reforço da autoeficácia e reconstrução identitária na doença crónica.

Limitações e Recomendações

Como limitação inerente ao estudo de caso, destaca-se que os resultados não são generalizáveis e carecem de acompanhamento por maiores períodos, a fim de avaliar de forma consistente a eficácia da adaptação. Recomenda-se a realização de estudos futuros abrangendo populações mais amplas, focando protocolos padronizados de literacia em saúde na DRCt e o impacto da integração de referenciais teóricos na promoção da adesão terapêutica.

Implicações e Síntese

As implicações para o conhecimento em enfermagem são relevantes, ao destacar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica como potenciadora de transições saudáveis. Em síntese, a integração de referenciais teóricos robustos reflete-se numa prática intencional, reflexiva e centrada nas reais necessidades da pessoa com doença crónica.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, L. M. de, Leite, E. de S., Nobrega, L. G. da, Teixeira, M. M. de S., Brasil, M. V. de O., Lima Júnior, J. F., & Cândido, E. L. (2025). Literacia em saúde de pessoas com doença renal crónica em hemodiálise. *Revista DCS*, 22(84), e3613. Acedido a 1/12/2025. Disponível em:<https://doi.org/10.54899/dcs.v22i84.3613>

Elias, M. A., Van Damme, W., Ku, G. M. V., Kadammanavar, M., & Wouters, E. (2025). Lived experiences of people with chronic kidney disease on maintenance dialysis: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC nephrology*, 26(1), 22. Acedido a 30/11/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12882-025-03952-4>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group (2017). KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney international supplements*, 7(1), 1–59. Acedido a 2/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.04.001>

Hu, X., Sang, Y., Yang, M., Chen, X., & Tang, W. (2018). Prevalence of chronic kidney disease-associated pruritus among adult dialysis patients: A meta-analysis of cross-sectional studies. *Medicine*, 97(21), e10633. Acedido a 1/12/2025. Disponível em:<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010633>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*, 105(4S), S117–S314. Acedido a 1/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Lu, P. H., Tai, Y. C., Yu, M. C., Lin, I. H., & Kuo, K. L. (2020). Western and complementary alternative medicine treatment of uremic pruritus: A literature review. *Tzu Chi Medical Journal*, 33(4), 350–358. Acedido a 30/11/2025. Disponível em:https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_151_20

Magnani, S., & Atti, M. (2021). Uremic Toxins and Blood Purification: A Review of Current Evidence and Future Perspectives. *Toxins*, 13(4), 246. Acedido a 2/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/toxins13040246>

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific in Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, ISBN: 9780826105356.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444390506>. Acedido a 2/12/2025. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781444390506.refs>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 1/12/2025. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, II Série, n.º 135, 19359–19370. Acedido a 2/12/2025. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115822076>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, n.º 26, 4744–4750. Acedido a 2/12/2025. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119449364>

Osakwe N, Rout P. Uremic Pruritus Evaluation and Treatment. [Updated 2024 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available from: Acedido a 3/12/2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587340/>

Simonsen, E., Komenda, P., Lerner, B., Askin, N., Bohm, C., Shaw, J., Tangri, N., & Rigatto, C. (2017). Treatment of Uremic Pruritus: A Systematic Review. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 70(5), 638–655. Acedido a 2/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.05.018>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2024). Relatório do Registo Nacional de Doença renal crónica 2024. Acedido a 2/12/2025. Disponível em <http://www.spnefro.pt>

Stumm, E. M. F., Kirchner, R. M., Guido, L. A., Benetti, E. R. R., Belasco, A. G. S., Sesso, R. C. C., & Barbosa, D. A. (2017). Intervenção educacional de enfermagem para redução da hiperfosfatemia em pacientes em hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 31–38. Acedido a 1/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0015>

Swarna, S. S., Aziz, K., Zubair, T., Qadir, N., & Khan, M. (2019). Pruritus Associated With Chronic Kidney Disease: A Comprehensive Literature Review. *Cureus*, 11(7), e5256. Acedido a 1/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.5256>

Tinôco, J. D. S., Paiva, M. D. G. M. N., Macedo, B. M., Cossi, M. S., Delgado, M. F., & Lira, A. L. B. C. (2018). Prurido em pacientes em hemodiálise: Associação com ingestão de fósforo e nível sérico de cálcio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0081. Acedido a 1/12/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0081>.

APÊNDICE X – Projeto de segurança e melhoria continua

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Unidade curricular: estágio II com relatório - unidades de tratamento ambulatorio e estruturas de apoio na comunidade

PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Implementação da higienização com água e sabão do acesso arteriovenoso previamente à punção para a sessão de hemodiálise

Elaborado por:

Sónia Ferreira, nº 202490024

Enfermeira Supervisora Clínica:

Enf.^a Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

Elsa Moura

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

**I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

Unidade curricular: estágio II com relatório - unidades de tratamento ambulatorio e estruturas de
apoio na comunidade

PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Implementação da higienização com água e sabão do acesso arteriovenoso previamente à punção para a sessão de hemodiálise

Elaborado por:

Sónia Ferreira, nº 202490024

Enfermeira Supervisora Clínica:

Enf.^a Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica

Elsa Moura

PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Implementação da higienização com água e sabão do acesso arteriovenoso previamente à punção para a sessão de hemodiálise

“o autor é o único responsável pelas ideias expressas neste documento acadêmico”

LISTA DE SIGLAS

CDC- Centers Disease Control

CLD- Catéter Longa duração

DOENÇA RENAL CRÓNICA –

Doença renal crónica terminal FAV-

Fístula arteriovenosa

HD- Hemodiálise

KDOQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	7
1. OBJETIVO GERAL	8
1.1 Objetivos do Projeto (SMART)	9
2. METODOLOGIA.....	9
3. POPULAÇÃO ALVO	9
4. ANÁLISE PRELIMINAR SWOT	10
5. APLICAÇÃO CICLO PDCA.....	10
6. RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	11
7. RECURSOS NECESSÁRIOS	11
8. CRONOGRAMA.....	11
9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	11
10. IMPACTO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS	12
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

0. Introdução e Justificação do Problema

A prevenção de complicações infecciosas no acesso arteriovenoso é um fator crítico para a segurança e eficácia da terapêutica substitutiva da função renal em pessoas com DOENÇA RENAL CRÓNICA. Esta prática assistencial alinha-se com os princípios da qualidade e excelência em enfermagem, que preconizam a gestão rigorosa do risco e a criação de um ambiente terapêutico seguro como meio para prevenir eventos adversos (OE, 2017).

As infeções associadas ao acesso vascular constituem uma causa significativa de morbidade e mortalidade. Estas complicações têm um impacto negativo significativo nos indicadores de qualidade e nos custos em saúde, refletindo-se frequentemente, em períodos longos de internamento e, em situações mais graves, na perda funcional do acesso (Lok et al., 2020).

A preparação da pele antes da canulação do acesso arteriovenoso para a sessão de hemodiálise constitui-se um passo essencial para a prevenção de infeções. Este processo realiza-se em duas fases: limpeza e antissepsia, conforme recomendado pelas 'Core Interventions for Dialysis BSI Prevention' do CDC (2024), a cadeia de prevenção inicia-se com a higiene do acesso vascular realizada pela própria pessoa, que deve lavar a área com água e sabão antes da sessão. Este passo inicial considera-se como crucial para remover mecanicamente detritos, matéria orgânica e parte significativa da flora microbiana transitória, incluindo patógenos como *Staphylococcus aureus*. De forma complementar, as diretrizes internacionais da Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI, 2019) reforçam a adoção de um protocolo em duas fases: após a lavagem inicial, o profissional de saúde aplica um antisséptico, garantindo a máxima eficácia na prevenção de infeções associadas ao acesso arteriovenoso (Lok et al., 2020).

Pelo exposto considera-se que a implementação da prática da higienização do membro do acesso arteriovenoso prévia à punção para o tratamento de hemodiálise se constitui como uma intervenção importante no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Reforçar esta prática, incentivando a que a pessoa realize a lavagem prévia à sessão de hemodiálise representa um eixo fundamental na cultura de segurança, contribuindo para a sua proteção, para a preservação do património vascular e para a consolidação do compromisso institucional com a excelência e a segurança dos cuidados (Lok et al., 2020).

Apesar da robustez das recomendações existentes, a variabilidade na sua execução evidencia uma lacuna entre a prática atual e as melhores práticas internacionais, representando um risco potencial para a segurança da pessoa e, simultaneamente, uma oportunidade para a implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade. O presente projeto visa, por isso, sugerir a

implementação desta boa prática, reforçando a sua importância junto das pessoas em programa de hemodiálise e nas equipas de enfermagem da instituição, promovendo a sua adesão.

A relevância do projeto reside na sua capacidade de mitigar um fator de risco significativo através da implementação de uma medida de fácil execução, simples, de baixo custo e elevada eficácia, mas que se afigura como uma intervenção de grande impacto na prevenção de infeções associadas ao acesso vascular (Lok et al., 2020).

Ao capacitar e envolver ativamente a pessoa na autogestão da sua segurança, através da lavagem do membro do acesso arteriovenoso antes de cada sessão reforça-se a sua literacia em saúde e promove-se uma cultura de segurança partilhada. A sua implementação e monitorização representam um passo fundamental na consolidação de um ambiente de cuidados de excelência, alicerçado na prevenção e na salvaguarda do património vascular da pessoa em hemodiálise (KDOQI, 2019).

A articulação entre a evidência científica atual e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE,2017) confere pertinência a este projeto, que fundamenta a prática na melhor evidência disponível. O projeto visa reforçar a adesão à higienização com água e sabão do acesso vascular antes da canulação para a sessão de hemodiálise, contribuindo para a prevenção de complicações, como a infeção, e promovendo uma cultura de qualidade, segurança e melhoria contínua nos cuidados de enfermagem prestados na unidade de hemodiálise.

O presente projeto de melhoria contínua foi formulado de acordo com o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) e fundamenta-se em documentos orientadores reconhecidos, nomeadamente: Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2013) e a coletânea descritiva de etapas metodológicas publicada na Revista Percursos (2010), garantindo uma abordagem estruturada, sistemática e informada em evidência para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A adoção do ciclo PDCA como estrutura metodológica deste projeto de melhoria contínua permite aplicar uma abordagem sistemática para planear, executar, verificar e ajustar intervenções, promovendo a melhoria sustentada da qualidade dos cuidados (OE, 2013). A análise SWOT, por sua vez, oferece um instrumento estratégico para compreender o contexto organizacional e adaptar as ações conforme as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças identificadas, potenciando o sucesso da intervenção.

1. Objetivo Geral

Implementar na Unidade de Hemodiálise a adesão da higienização do acesso arteriovenoso previamente à canulação para a realização da sessão de hemodiálise

1.1 Objetivos do Projeto (SMART)

Os objetivos foram formulados segundo os critérios SMART para garantir sua clareza e operacionalidade:

Objetivos específicos	Indicador	Prazo
-Sensibilizar e capacitar as pessoas em hemodiálise sobre a importância da higienização do acesso vascular antes da sessão.	-Número de sessões educativas realizadas; -Participação das pessoas documentada.	-1º mês do projeto (4 semanas)
-Garantir que todas as pessoas em hemodiálise realizem a higienização correta do acesso arteriovenoso antes da canulação.	-Observação direta e registo em checklist padronizado; Adesão $\geq 90\%$ das sessões.	-2 meses
-Monitorizar a implementação sistemática da higienização do acesso arteriovenoso como medida preventiva de complicações infecciosas.	-Observação e registo do cumprimento da prática durante as sessões de hemodiálise.	--Durante toda a duração do projeto
-Padronizar a prática de higienização do acesso arteriovenoso de acordo com as guidelines internacionais.	Criação e implementação de protocolo escrito aprovado pela coordenação da unidade.	1º mês do projeto
-Promover uma cultura de melhoria contínua e segurança na unidade de Hemodiálise.	Realização de reuniões mensais de feedback com a equipa; análise de resultados e ajustes das estratégias.	-Durante toda a duração do projeto (3 meses)

2. Metodologia

Este documento constitui -se como um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto clínico da Unidade de Hemodiálise, implementado segundo o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), considerado uma referência metodológica para processos de melhoria contínua em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

3. População-alvo

Incluem-se todos os clientes em programa regular de hemodiálise com acesso arteriovenoso (fístula ou prótese arteriovenosa) a realizar hemodiálise nesta unidade, que demonstrem capacidade cognitiva e comunicacional para participação ativa na intervenção educativa.

4. Análise Preliminar: SWOT

Para contextualizar a intervenção, foi realizada uma análise SWOT visando identificar os pontos fortes e fracos internos da unidade de hemodiálise, bem como as oportunidades e ameaças externas, com vista à maximização do potencial de implementação efetiva do procedimento padronizado de higienização do membro do acesso arteriovenoso:

- **Forças:** orientação normativa clara, equipa capacitada e com experiência prévia em projetos de melhoria.
- **Fraquezas:** variabilidade da adesão, limitações na supervisão sistemática e diferenças na literacia em saúde dos clientes.
- **Oportunidades:** Pertinência do projeto, disponibilidade de instalações e materiais educativos, tendências para adoção de práticas informadas em evidência.
- **Ameaças:** Restrições de tempo e recursos, resistência natural à mudança, desafios comunicacionais.

5. Aplicação do Ciclo PDCA

5.1 PLAN (Planear)

Atividades:

- Revisão da evidência científica
- Identificação da prática atual e das lacunas existentes.
- Elaboração de materiais educativos: Cartaz de sensibilização
- Procedimento operativo para a equipa de enfermagem.

5.2 Do (Executar):

Atividades:

- Implementação da intervenção educativa individualizada e coletiva, disponibilização de

PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Implementação da higienização com água e sabão do acesso arteriovenoso previamente à punção para a sessão de hemodiálise

suportes visuais e supervisão sistemática da prática pela equipa de enfermagem.

- Disponibilização de cartazes visuais simples nos balneários e na sala de entrada.
- Implementação da rotina padronizada de higienização do acesso arteriovenoso antes da canulação.
- Realização de sessões de educação terapêutica dirigidas aos clientes, reforçando:
 - O objetivo da higienização,
 - O método correto,
 - A importância da corresponsabilização no tratamento.

5.3 Check (Verificar):

Atividades:

- Monitorização contínua da adesão dos clientes, com recolha de dados para avaliação quantitativa dos indicadores.
- Identificação de constrangimentos, facilitadores e oportunidades de melhoria.
- Reunião para apresentação de resultados intermédios.

5.4 Act (Agir):

Atividades:

- Análise dos resultados, implementação de ações corretivas e consolidação dos processos na rotina clínica.
- Reforço das medidas com menor adesão.
- Atualização dos materiais educativos, se necessário.
- Repetição da formação a novos elementos da equipa.
- Integração da prática no procedimento interno da Unidade de Hemodiálise.
- Definição do plano de monitorização contínua após o término do projeto.

6. Recolha e Análise de Dados

PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Implementação da higienização com água e sabão do acesso arteriovenoso previamente à punção para a sessão de hemodiálise

A adesão à higienização do acesso arteriovenoso prévia à canulação do acesso para a sessão de hemodiálise será avaliada através da observação direta e registros sistemáticos, calculando-se a taxa de adesão (percentagem de clientes que realizam a lavagem do acesso vascular).

7. Recursos Necessários

- Equipa de enfermagem para coordenação, educação, supervisão e auditoria.
- Recursos e Materiais: sabão líquido, toalhetes descartáveis, impressos educativos.
- Apoio da direção da unidade para alocação de tempos e recursos mínimos.

8. Cronograma Resumido

Fase	Atividades Principais	Período
Diagnóstico e Planeamento	Recolha de dados, análise SWOT, formação	Meses 1-2
Implementação da Intervenção	Educação, supervisão, distribuição de materiais	Meses 3-8
Monitorização e Ajustes	Auditorias e avaliação contínua	Meses 4-12
Avaliação Final	Análise dos resultados e relato conclusivo	Mês 12

9. Indicadores de Avaliação

- Indicador Processo: Percentagem de clientes que realizam a lavagem do acesso arteriovenoso antes da diálise. Meta: $\geq 95\%$ em 6 meses.
- Indicador Resultado: Percentagem de melhoria da adesão à lavagem do membro do acesso arteriovenoso antes da sessão de hemodiálise.

10. Impacto na Qualidade dos Cuidados

Ao promover a corresponsabilização da pessoa cuidada, as boas práticas informadas na evidência e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, o projeto contribui diretamente para a qualidade, segurança e excelência dos cuidados na Unidade de hemodiálise.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem centra-se na promoção da segurança da pessoa, com enfoque na prevenção de complicações infecciosas do acesso arteriovenoso em hemodiálise. Partindo do reconhecimento de que a higienização prévia à punção constitui uma prática essencial para a redução do risco infeccioso, foi delineada uma intervenção capaz de elevar os padrões de qualidade dos cuidados prestados e, simultaneamente, incentivar a participação ativa da pessoa no seu processo terapêutico.

A proposta apresenta uma intervenção metodologicamente estruturada e sustentada na evidência científica, orientada para o reforço da cultura de melhoria contínua e da segurança dos cuidados. Embora ainda não implementado, o projeto revela, desde a sua conceção, elevado potencial para promover ganhos na qualidade e na segurança dos cuidados prestados às pessoas em programa regular de hemodiálise.

O recurso ao ciclo PDCA permitiu delinear um plano de ação sistemático e orientado para resultados, garantindo que a futura implementação decorra de forma organizada, monitorizável e ajustável. Paralelamente, a análise SWOT contribuiu para a compreensão do contexto real da unidade, antecipando barreiras, oportunidades e necessidades que devem ser consideradas para maximizar o impacto da intervenção.

Ao propor a implementação da prática da higienização prévia à canulação do acesso arteriovenoso, o projeto procura colmatar a variabilidade atualmente observada e alinhar a atuação da equipa com as melhores práticas internacionais. A integração de atividades educativas, materiais de apoio e a definição de indicadores objetivos de monitorização refletem uma abordagem orientada para a mudança sustentada e para a consolidação de uma cultura de segurança dos cuidados.

Apesar de ainda não ter sido aplicado na prática clínica, o projeto evidencia diversas vantagens antecipadas, nomeadamente:

- Redução expectável do risco de infeções associadas ao acesso vascular, reforçando a segurança do tratamento;
- Padronização de um procedimento informado na evidência, contribuindo para maior consistência nas práticas de enfermagem;

PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Implementação da higienização com água e sabão do acesso arteriovenoso previamente à punção para a sessão de hemodiálise

- Promoção da literacia em saúde e da corresponsabilização da pessoa, favorecendo comportamentos seguros e informados; Fortalecimento da cultura de qualidade e melhoria contínua, alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- Simplicidade, baixo custo e potenciais ganhos em saúde, fatores que facilitam a sua adoção e sustentabilidade futura.

Em síntese, este projeto revela-se uma proposta exequível e alinhada com uma necessidade verificada na unidade de hemodiálise. A sua implementação representa uma oportunidade de elevar os padrões de qualidade e segurança dos cuidados, reforçando o compromisso institucional com a excelência e com a prática informada na evidência. A expectativa é que, uma vez colocado em prática, o projeto permita gerar melhorias significativas, mensuráveis e duradouras, contribuindo para a proteção do património vascular e para a melhoria dos resultados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Best practices for bloodstream infection prevention in dialysis settings: Core interventions for dialysis BSI prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Disponível em: <https://www.cdc.gov/dialysis-safety/hcp/clinical-safety/index.htm>

-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., ... & Winkelmayer, W. C. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4 Suppl 2), S1–S164. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>


-Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/>.

-Revista Percursos. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

APÊNDICE Xi – Cartaz de Sensibilização

ANTES DE INICIAR
A SUA SESSÃO DE
DIÁLISE LAVE O
BRAÇO DO
ACESSO
ARTERIOVENOSO





A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA CAPACITAÇÃO PARA A ADESÃO TERAPÊUTICA DA PESSOA EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE

Sónia Maria Monteiro Ferreira

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA