

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

Transição para a Situação Crónica de Saúde:
Contributo do Enfermeiro Especialista

Maria Fernanda Vieira Fernandes
N.º2024920

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

**Transição para a Situação Crónica de Saúde:
Contributo do Enfermeiro Especialista**

Maria Fernanda Vieira Fernandes
N.º2024920

ORIENTADORES

Profª Doutora Helena José

Profª Doutora Isabel Rabiais

Barcarena, 4 de março 2026

“o autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”.

Agradecimentos

Agradeço profundamente à minha família e aos meus amigos, pelo apoio constante, pela paciência e pela força que me deram em cada etapa deste percurso. A sua presença, mesmo nos momentos mais exigentes, foi essencial para que este caminho se tornasse possível e mais leve.

Agradeço também aos colegas que fizeram parte desta jornada, pelas partilhas, pela enteadajuda e pela companhia que transformou desafios em oportunidades de crescimento.

Registo ainda um agradecimento às professoras envolvidas no processo, pela orientação académica prestada ao longo do mestrado, que enquadrou e sustentou etapas importantes deste trabalho.

Resumo

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, analisa criticamente o percurso de aprendizagem e aquisição de competências especializadas bem como, em particular, o contributo da intervenção do enfermeiro especialista na promoção de transições saudáveis da pessoa em situação crónica de saúde.

O Estágio I foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o Estágio II foi realizado numa unidade de hemodiálise, em contexto de intervenção com pessoas com Doença Renal Crónica sendo que este segundo estágio constitui o enfoque central do trabalho. O enquadramento conceptual assenta na explanação da Teoria das Transições de Meleis, integrando as dimensões de adaptação à cronicidade, centralidade na pessoa e na família e coordenação e continuidade da abordagem da pessoa em situação de doença crónica. Complementarmente, integram-se os Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que orientam a prática especializada para a avaliação clínica avançada, gestão da cronicidade, promoção da autonomia e continuidade assistencial, constituindo um referencial estruturante para intervenções seguras e baseadas na evidência. Adicionalmente, são consideradas as *Best Practice Guidelines* da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), que sustentam a prática baseada na evidência em domínios como a autogestão da doença crónica, a capacitação da pessoa e da família e o apoio às transições em saúde, reforçando a consistência teórica e metodológica da intervenção desenvolvida. Metodologicamente, o relatório estrutura-se numa descrição analítica do percurso formativo, sustentada por uma reflexão crítico-reflexiva orientada para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem médico-cirúrgica. A intervenção em enfermagem especializada operacionalizou-se através do cumprimento de plano de cuidados estruturado com base na ontologia de enfermagem e complementado por instrumentos de avaliação funcional e subjetiva da pessoa em situação de doença crónica.

Em conclusão pode salientar-se que os dois estágios realizados permitiram o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, ao nível da avaliação clínica avançada (integração de parâmetros clínicos e relato da perceção sobre a experiência vivida), intervenção educativa promotora da literacia em saúde, apoio psicossocial, tomada de decisão em situações complexas e coordenação interprofissional, bem como colaboração em atividades de melhoria contínua e na área da gestão. Também se desenvolveram competências correspondentes ao Grau de Mestre

Palavras-chave | Transição; Doença Renal Crónica; Hemodiálise; Enfermeiro Especialista; Cuidados centrados na pessoa.

Abstract

This internship report, developed within the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing Care for the Person in a Chronic Situation, presents a critical analysis of the learning process and acquisition of specialized competencies, with particular emphasis on the contribution of the specialist nurse's intervention in promoting healthy transitions for people living with chronic illness.

Internship I was carried out in a Continuing Care Unit (UCC) within the National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI), and Internship II took place in a hemodialysis unit, involving direct intervention with people with Chronic Kidney Disease. This second internship constitutes the central focus of the report. The conceptual framework is grounded in Meleis' Transitions Theory, integrating dimensions related to adaptation to chronicity, person- and family-centred care, and the coordination and continuity of care for individuals experiencing chronic illness. Additionally, the Quality Standards for Specialized Care in Medical-Surgical Nursing-Chronic Care Area are incorporated, guiding specialized practice in advanced clinical assessment, chronic disease management, promotion of autonomy, and continuity of care, thus providing a structured and evidence-based framework for safe interventions. The Best Practice Guidelines of the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) are also considered, supporting evidence-based practice in domains such as chronic disease self-management, empowerment of the person and family, and support during health transitions, reinforcing the theoretical and methodological consistency of the intervention.

Methodologically, the report is structured around an analytical description of the training pathway, supported by a critical-reflective analysis oriented towards the development of common and specific competencies in medical-surgical nursing. Specialized nursing intervention was operationalized through the implementation of a structured care plan based on the nursing ontology and complemented by functional and subjective assessment tools for people living with chronic illness.

In conclusion, the two internships enabled the development of competencies required of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing—Chronic Care Area, particularly in advanced cli-

nical assessment (integrating clinical parameters and the person's lived experience), educational interventions promoting health literacy, psychosocial support, decision-making in complex situations, and interprofessional coordination, as well as participation in continuous quality improvement and management-related activities. Competencies corresponding to the Master's Degree level were also achieved.

Keywords: Transition; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Specialist Nurse; Person-centred care.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DRC: Doença Renal Crônica

ePROM: Electronic Patient-Reported Outcome Measures

ERBP: European Renal Best Practice

ESSALTA: Escola Superior de Saúde Atlântica

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

UCC: Unidade de Cuidados Continuados

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Índice

INTRODUÇÃO	23
1. Enquadramento conceptual	27
1.1. Conceitos	27
1.2. Referencial teórico: Teoria das Transições de Meleis	30
2. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	35
2.1. Estágio I – Unidade de Cuidados Continuados (UCC)/RNCCI	36
2.2. Estágio II – Unidade de Hemodiálise em regime ambulatorio	39
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	45
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	46
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro na Área da Pessoa em Situação Crónica	49
3.3. Competências de Mestre	56
4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO	61
5. CONCLUSÕES	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	I
ANEXO 1 – Questionários ePROMs Exemplos	II
ANEXO 2 – Certificados	VI
Anexo 2.1 – Certificado de participação	VII
Anexo 2.2 – Certificado de participação	VIII
Anexo 2.3 – Certificado de participação	IX
Anexo 2.4 – Certificado de participação	X
Anexo 2.5 – Certificado de participação	XI
Anexo 2.6 – Certificado de comunicação oral	XII
Anexo 2.7 – Certificado de comunicação oral	XIII
Anexo 2.8 – Certificado de comunicação oral	XIV
APÊNDICES	a
Apêndice I — Estudo de caso	b
Apêndice II — Scoping Review	nn

1. Publicações Científicas (Coautoria)	nn
2. Comunicações Orais (Coautoria)	nn
3. Posters Apresentados (Coautoria)	nn
4. Eventos Frequentados	oo

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) constitui um desafio crescente para os sistemas de saúde, não apenas pela exigência de cuidados clínicos e custos económicos, mas também pelas consequências que se projetam no funcionamento diário, na autonomia e na participação social da pessoa, com impacto relevante na família e nos cuidadores informais (Francis et al., 2024).

Com a progressão da doença para estádios avançados, torna-se frequentemente necessária a implementação de terapêuticas de substituição da função renal, como a hemodiálise. Enquanto tratamento vital e prolongado, a hemodiálise implica uma reorganização estrutural do quotidiano, integrando dependência tecnológica, vigilância clínica rigorosa e gestão contínua de sintomas e restrições, exigindo ajustamentos emocionais e sociais sustentados no tempo. Estas exigências repercutem-se de forma significativa no bem-estar físico, psicológico e social, sendo frequentes sentimentos de incerteza, ansiedade e vulnerabilidade, bem como limitações na participação social e laboral que condicionam rotinas, papéis e projetos de vida (Elias et al., 2025).

Neste processo, a família assume um contributo central, respondendo a exigências acrescidas de apoio, reorganização de rotinas e tomada de decisões, muitas vezes num contexto de sobrecarga emocional e logística. Esta realidade reforça a importância de uma abordagem de cuidados centrada na pessoa e no contexto familiar, sensível às dimensões biopsicossociais da pessoa com DRC e às necessidades de informação e capacitação do cuidador ao longo do percurso terapêutico (Kim & Lee, 2022).

A complexidade da situação vivida pela pessoa em programa de hemodiálise evidencia a relevância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, cuja prática de uma enfermagem avançada integra vigilância e segurança, educação terapêutica, apoio psicossocial e coordenação de cuidados. Neste âmbito, o enfermeiro assume uma intervenção determinante na monitorização sistemática de sintomas, na prevenção de complicações e na promoção da adesão, articulando-se com a equipa interdisciplinar e com a família

para favorecer a comunicação, a decisão informada e o autocuidado, orientando a intervenção para a autonomia e para a melhor adaptação possível ao tratamento (Bennett et al., 2024).

Como referencial conceptual central, mobiliza-se a Teoria das Transições de Meleis por permitir compreender a hemodiálise como uma transição saúde-doença complexa e prolongada, marcada por mudança, instabilidade e reconstrução de significado. Este enquadramento apoia a identificação de condições facilitadoras e fatores inibidores do processo de transição, orienta intervenções de enfermagem (clínicas, educativas e psicossociais) e sustenta a monitorização de padrões de resposta e resultados, clarificando o contributo do enfermeiro especialista na avaliação, planeamento e acompanhamento ao longo do percurso de adaptação (Meleis, 2010; Wang et al., 2025).

O presente Relatório de Estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com centralidade no tema “Transição para a situação crónica de saúde: contributo do enfermeiro especialista”, tem como finalidade analisar critica e reflexivamente o desenvolvimento de competências ao longo do percurso formativo, com enfoque no contributo do enfermeiro especialista na promoção de transições mais seguras, saudáveis e humanizadas, baseada na evidência científica mais atual e orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Assim, analisa-se o percurso do processo formativo, considerando o contributo do enfermeiro especialista, na promoção de transições mais saudáveis e seguras para a vivência da situação crónica de saúde, com enfoque na adaptação da pessoa com Doença Renal Crónica em hemodiálise, mobilizando a Teoria das Transições de Meleis e sustentando-se em evidência científica. Para esta concretização caracterizam-se os contextos de estágio e as necessidades de transição predominantes ao longo do percurso de cuidados, identificando simultaneamente as condições que facilitam ou inibem o processo de transição da pessoa e família/cuidador, à luz do referencial teórico adotado, bem como se sistematiza o raciocínio clínico especializado por meio da recolha e interpretação de dados, formulação de diagnósticos e planeamento de cuidados estruturados, incorporando a Ontologia de Enfermagem e instrumentos de avaliação, centrados na pessoa. A implementação de intervenções especializadas orientadas para a

adaptação da pessoa à situação crónica, constitui outro eixo central, integrando educação terapêutica, suporte psicossocial, vigilância clínica e coordenação interprofissional. Complementarmente, procura-se avaliar os resultados sensíveis aos cuidados e os resultados de transição, recorrendo a indicadores clínicos, funcionais e reportados pela própria pessoa, incluindo um instrumento, *Electronic Patient-Reported Outcome Measures* (ePROM), validado e especificamente concebido para avaliar a qualidade de vida relacionada com a doença renal. O contributo para a qualidade e segurança dos cuidados conseguiu-se através da gestão do risco e da organização de recursos assistenciais no contexto da hemodiálise, incluindo a participação na gestão de stock de material. Finalmente, o percurso inclui a comunicação da produção académica e científica desenvolvida, evidenciando competências de nível de mestre e aprendizagem ao longo da vida, assim como a identificação de forças, fragilidades, oportunidades e ameaças do percurso formativo (análise SWOT), de modo a orientar prioridades para o desenvolvimento profissional contínuo.

O relatório adota uma lógica integradora: inicia-se com a descrição e análise do Estágio I, desenvolvido numa unidade de Cuidados Continuados da RNCCI, é mobilizado de forma complementar, permitindo aprofundar a compreensão da transição ao longo da continuidade de cuidados, nomeadamente na preparação da alta, reabilitação e reintegração no domicílio; e do Estágio II, realizado numa unidade de hemodiálise em regime ambulatorio. Neste capítulo, a intervenção em unidade de hemodiálise constitui o contexto central da análise da prática clínica em prol da aquisição de competências.

Para reforçar a fundamentação do percurso e garantir coerência entre teoria e prática, o relatório integra três eixos articulados: a prática clínica especializada desenvolvida em contexto de hemodiálise; o estudo de caso que permitiu sistematizar dados e acompanhar a evolução ao longo do tempo e a mobilização de evidência científica que sustentou a definição de intervenções, com particular atenção às dimensões educativas, psicossociais, preventivas e às competências relacionais e éticas que promovem a humanização dos cuidados.

A estrutura do relatório organiza-se em seis capítulos; sendo que após a presente nota introdutória, segue-se o capítulo 1 que apresenta o enquadramento conceptual sustentado na Te-

oria das Transições de Meleis e nos conceitos estruturantes da cronicidade, adaptação e continuidade de cuidados. O Capítulo 2 expõe a caracterização dos contextos de estágio, com maior destaque para o Estágio II. Tendo sido considerada a pertinência da integração complementar do Estágio I neste relatório, e como forma de assegurar a coerência cronológica facilitadora da leitura e compreensão dos desafios implicados na aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica: o capítulo I inicia-se a descrição e análise do estágio I. O Capítulo 3 desenvolve a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre, articulando teoria, prática e evidência. O Capítulo 4 apresenta a análise SWOT do percurso. O Capítulo 5 sintetiza as conclusões e implicações para a prática futura. O Capítulo 6 reúne as referências bibliográficas. Os anexos e apêndices complementares encontram-se no final do documento.

1. Enquadramento conceptual

O presente relatório de estágio centra-se no processo de transição para a situação crónica de saúde e explora o contributo do enfermeiro especialista na promoção de transições mais seguras, saudáveis e humanizadas. No Estágio II, esta problemática tornou-se particularmente evidente no acompanhamento de pessoas com DRC em hemodiálise, contexto em que se articulam exigências clínicas, gestão terapêutica complexa e impacto psicossocial prolongado.

De acordo com as orientações institucionais, este capítulo define os principais conceitos mobilizados e fundamenta o percurso formativo com base numa teoria de enfermagem, a Teoria das Transições de Meleis, complementada por contributos conceptuais relevantes. A escolha deste referencial visa sustentar a interpretação das intervenções implementadas e clarificar o contributo especializado do enfermeiro na adaptação à cronicidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A transição para a situação crónica de saúde constitui um processo complexo e contínuo, no qual a pessoa e a família enfrentam mudanças significativas nos domínios biológico, psicológico, social e funcional, exigindo adaptação progressiva à nova condição de vida. Neste contexto, a continuidade de cuidados e a coordenação entre níveis e serviços são determinantes para assegurar intervenções integradas, coerentes e sustentadas ao longo do tempo, reduzindo ruturas assistenciais e promovendo segurança e qualidade (Meleis, 2010; Kern et al., 2024).

Paralelamente, a centralidade na pessoa e na família e a tomada de decisão partilhada constituem princípios estruturantes da prática de enfermagem contemporânea, favorecendo *empowerment*, autonomia e participação ativa no processo terapêutico, com intervenções ajustadas às necessidades e preferências da pessoa e ao seu contexto (RNAO, 2015).

1.1. Conceitos

No contexto da enfermagem especializada, a clarificação de conceitos centrais é fundamental para estruturar a intervenção e orientar decisões clínicas. Ao longo do estágio, estes conceitos

funcionaram como “fio condutor” para compreender melhor a experiência da pessoa em situação crónica e para tornar mais intencional a intervenção de enfermagem.

A continuidade de cuidados diz respeito à consistência e coordenação do acompanhamento ao longo do tempo e entre serviços e profissionais. Na prática observada, a continuidade revelou-se particularmente relevante para a segurança percebida pela pessoa e para a redução de incerteza durante mudanças de contexto ou de plano terapêutico. Mais do que um procedimento organizacional, traduz-se numa experiência vivida, dependente de comunicação eficaz, articulação entre equipas e coerência assistencial; quando fragilizada, aumenta vulnerabilidade e insegurança, e quando bem estruturada favorece adaptação, autocuidado e qualidade de vida (Kern et al., 2024).

A transição para a situação crónica de saúde refere-se ao percurso através do qual a pessoa incorpora as mudanças associadas a uma condição crónica, implicando ajustamentos físicos, emocionais e sociais. Trata-se de um processo dinâmico, progressivo e influenciado por fatores individuais, familiares e contextuais, que pode facilitar ou dificultar a integração da doença na vida quotidiana (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

A transição constitui uma experiência inevitável para quem vive com doença crónica e, ao longo do estágio, foi possível observar que é vivida de forma singular: algumas pessoas integram progressivamente a doença no quotidiano, enquanto outras manifestam medo, resistência e dificuldade em reorganizar a identidade e os projetos de vida. Nesta perspetiva, a transição envolve mudança e transformação ao longo do tempo, num percurso frequentemente não linear e condicionado por fatores pessoais, familiares e contextuais (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

No caso da pessoa com doença renal crónica, a transição adquire particular complexidade quando se inicia hemodiálise, por se tratar de um tratamento vital, invasivo e prolongado, que introduz dependência tecnológica e impõe reorganização da vida pessoal, familiar e laboral. Esta reorganização é frequentemente acompanhada por limitações funcionais e sociais, alterações nutricionais e restrições hídricas, bem como pela convivência com sintomas persistentes, exigindo redefinição do autocuidado e reformulação de rotinas, papéis e expectativas. A

forma como a pessoa se consciencializa da sua condição e se envolve no processo terapêutico influencia a qualidade da transição e os resultados alcançados, com impacto direto na adaptação e na perceção de bem-estar (Meleis, 2010).

Neste enquadramento, as intervenções de enfermagem orientadas para facilitar transições saudáveis devem privilegiar acompanhamento continuado, educação terapêutica individualizada e suporte psicossocial, promovendo capacitação, segurança e autonomia possível ao longo do processo. Na prática, a capacitação da pessoa e da família/cuidador ajustada ao nível de literacia em saúde e ao contexto de vida mostrou-se determinante para reduzir vulnerabilidades e reforçar a participação ativa na autogestão do regime terapêutico, incluindo prevenção de complicações e identificação de sinais de alerta (RNAO, 2015).

Por fim, a síntese de evidência realizada (*scoping review*) reforçou a relevância de intervenções educativas, psicossociais e de suporte continuado na promoção de uma adaptação mais saudável, evidenciando a pertinência de uma intervenção especializada, estruturada e sustentada no tempo (Apêndice II).

A centralidade na pessoa e na família e a tomada de decisão partilhada, implicam considerar não apenas indicadores clínicos, mas também valores, preferências e objetivos da pessoa, promovendo envolvimento ativo e corresponsabilização na definição do plano terapêutico. Ao longo do acompanhamento clínico e educativo realizado, tornou-se evidente que a participação da pessoa e, quando pertinente, da família/cuidador, contribui para maior adesão e para a construção de metas realistas e significativas. A integração destes princípios reforça a relação terapêutica e potencia intervenções educativas, psicossociais e clínicas ajustadas às necessidades reais, com resultados mais sustentáveis (RNAO, 2015).

O cuidado centrado na pessoa e na família valoriza a parceria terapêutica, o respeito por preferências e valores, a participação ativa nas decisões e a inclusão da rede de suporte. Esta perspetiva é particularmente relevante em contextos de doença crónica e terapêutica prolongada, nos quais a experiência vivida, as prioridades pessoais e as condições familiares e sociais influenciam diretamente o processo de adaptação e a sustentabilidade do autocuidado. As-

sim, a tomada de decisão partilhada implica não apenas informar, mas negociar objetivos terapêuticos realistas, adequar recomendações ao quotidiano e reconhecer o que é significativo para a pessoa (por exemplo, manter rotinas familiares, preservar autonomia, conciliar o tratamento com trabalho e papéis sociais).

No contexto da hemodiálise, a centralidade na pessoa traduz-se em intervenções ajustadas ao momento do percurso e às capacidades individuais, procurando integrar o tratamento na vida quotidiana e reduzir o impacto percebido de restrições e dependência terapêutica. Em termos práticos, esta abordagem expressa-se na adequação da educação terapêutica ao nível de literacia e às rotinas da pessoa, na clarificação conjunta de prioridades e na definição de estratégias de autogestão exequíveis (por exemplo, organização da medicação, gestão da ingestão hídrica e reconhecimento precoce de sinais de alerta). A inclusão da família/cuidador é igualmente determinante, quer no apoio instrumental (gestão de rotinas, transporte, alimentação), quer no suporte emocional, sobretudo em fases de maior instabilidade clínica ou de menor adaptação ao regime terapêutico.

A relação terapêutica assume, neste âmbito, um papel estruturante: a continuidade do contacto, a escuta ativa e a validação das dificuldades contribuem para fortalecer a confiança e criar condições para participação ativa. Esta participação é particularmente relevante quando existem dilemas frequentes no percurso de hemodiálise, como dificuldades na adesão, fadiga persistente, alterações do humor, desmotivação ou conflitos entre recomendações terapêuticas e exigências da vida social e laboral. A tomada de decisão partilhada permite, nestes casos, construir soluções ajustadas, reforçando o compromisso com o plano terapêutico e promovendo autonomia possível, em vez de abordagens prescritivas descontextualizadas.

1.2. Referencial teórico: Teoria das Transições de Meleis

A Teoria das Transições de Meleis foi adotada como referencial central deste relatório por permitir compreender a transição como um processo dinâmico, situado e multidimensional, particularmente pertinente para interpretar a vivência da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) avançada em hemodiálise. Para além de descrever a experiência de mudança, este referencial fornece um quadro operativo para caracterizar a natureza da transição, identificar

condições facilitadoras e inibidoras, acompanhar padrões de resposta e orientar intervenções de enfermagem dirigidas à promoção de transições mais saudáveis e bem-sucedidas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

No contexto da hemodiálise, a transição associa-se a uma rutura significativa com o modo de vida anterior, exigindo reorganização de rotinas, redefinição de papéis e integração progressiva de um regime terapêutico complexo. Assim, o foco da teoria na experiência vivida — e não apenas na condição clínica — revelou-se essencial para sustentar uma leitura mais abrangente do processo de adaptação. A transição passa a ser entendida como um percurso que se desenvolve no tempo, marcado por eventos críticos (por exemplo, início do tratamento, intercorrências clínicas, alterações funcionais) e por necessidades variáveis, que se expressam simultaneamente em dimensões físicas, emocionais, sociais e familiares (Meleis, 2010).

A teoria organiza a análise da transição a partir de componentes que orientam a prática clínica. Em primeiro lugar, permite reconhecer tipos de transição relevantes na hemodiálise (saúde–doença e terapêutica), bem como as propriedades da experiência (consciência, envolvimento, mudança, temporalidade e eventos críticos). A avaliação destas propriedades mostrou-se particularmente útil para ajustar intervenções à singularidade de cada pessoa: níveis mais elevados de consciência e envolvimento tendem a favorecer respostas mais adaptativas, enquanto medo, negação, baixa compreensão do regime ou frágil suporte podem comprometer a qualidade da transição. Deste modo, a avaliação deixa de se centrar exclusivamente em parâmetros biomédicos e passa a incluir indicadores do modo como a pessoa interpreta a doença, atribui significado ao tratamento e se posiciona perante as exigências da cronicidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Em segundo lugar, a teoria enfatiza a importância das condições de transição, distinguindo fatores que facilitam ou inibem o processo. Na prática clínica em hemodiálise, destacaram-se como condições críticas a literacia em saúde, o suporte familiar e social, a estabilidade clínica, a relação terapêutica e a consistência do acompanhamento ao longo do tempo. Estas condições influenciam diretamente a capacidade de autogestão, a adesão terapêutica e a integra-

ção do tratamento na vida quotidiana. A evidência recente sobre transições para diálise sub-linha, de forma consistente, necessidades informacionais, suporte psicossocial e preparação estruturada como dimensões-chave para reduzir vulnerabilidade e promover adaptação, reforçando a adequação do enquadramento de Meleis para orientar a intervenção (Wang et al., 2025).

Em terceiro lugar, a teoria orienta a monitorização de padrões de resposta, isto é, manifestações observáveis que indicam a qualidade da transição (por exemplo, desenvolvimento de competências de autocuidado, maior confiança, integração do regime terapêutico, reconfiguração da identidade perante a doença). Estes padrões funcionam como indicadores sensíveis à intervenção de enfermagem, permitindo avaliar resultados para além de marcadores clínicos e reajustar o plano de cuidados de forma contínua. Neste domínio, a utilização da teoria apoia a intencionalidade clínica e a tomada de decisão, ao clarificar “o que observar” e “como interpretar” respostas do ponto de vista adaptativo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A operacionalização da Teoria das Transições reforça, ainda, a responsabilidade do enfermeiro especialista enquanto facilitador de transições, ao explicitar intervenções terapêuticas de enfermagem orientadas para a preparação, acompanhamento e consolidação do processo de adaptação. Em pessoas em hemodiálise, estas intervenções integram, de forma articulada, avaliação da prontidão e necessidades, educação terapêutica individualizada, apoio emocional, suporte ao autocuidado, envolvimento da família/cuidador e coordenação de cuidados. Evidência recente na área da enfermagem em hemodiálise tem recorrido à Teoria das Transições para estruturar e validar intervenções, reforçando a sua aplicabilidade como base para organizar o raciocínio terapêutico e a prática clínica centrada na pessoa (Almeida et al., 2024). Do mesmo modo, estudos qualitativos que utilizam Meleis como referencial, evidenciam como a transição pode ser vivida como oportunidade de maior autonomia e reorganização da vida, quando existe acompanhamento ajustado, preparação e suporte continuado (Yilmaz et al., 2024).

Em síntese, a adoção da Teoria das Transições de Meleis permitiu sustentar conceptualmente o percurso formativo desenvolvido em Estágio II e clarificar o contributo especializado do enfermeiro na resposta a necessidades complexas da pessoa com DRC em hemodiálise. Ao integrar a avaliação das propriedades da transição, das condições facilitadoras/inibidoras e dos padrões de resposta, este referencial fortalece uma intervenção de enfermagem mais sistemática, centrada na pessoa e orientada para ganhos em adaptação, segurança e qualidade de vida, em coerência com uma prática avançada e com a complexidade inerente à cronicidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

2. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

A caracterização dos contextos de prática clínica permite compreender a organização do trabalho, os recursos disponíveis, a dinâmica da equipa e as necessidades predominantes das pessoas cuidadas, constituindo um suporte essencial para a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição de competências concretizado durante o estágio. Neste relatório, o Estágio II em unidade de hemodiálise em regime ambulatorio e estruturas de apoio na comunidade, assume maior relevância, dado ser um contexto que melhor se enquadra na problemática em estudo: o processo de transição na situação de doença crónica de saúde. O Estágio I, desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), por sua vez unidade de prestação de cuidados da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) é descrito e analisado sumariamente de forma a facilitar e mesmo fundamentar a compreensão do percurso de aprendizagem bem como a escolha e a pertinência desta área de intervenção.

Os contextos de prática clínica assumem uma função determinante no desenvolvimento e consolidação das competências do enfermeiro em formação especializada, constituindo espaços privilegiados de aprendizagem na e pela prática. É nestes contextos que o enfermeiro mobiliza e articula conhecimentos teóricos, competências técnicas e capacidades relacionais, éticas e reflexivas, em resposta à complexidade das situações reais de cuidado (Benner, 2001). A aprendizagem experiencial, resultante da interação contínua com a pessoa cuidada, a família e a equipa multidisciplinar, favorece o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão fundamentada, essenciais à prática avançada de enfermagem (Kolb, 2014). Acresce que, em contextos de cuidado à pessoa em situação crónica, a prática clínica aprofunda a compreensão dos processos de transição vivenciados pela pessoa e família, permitindo ao enfermeiro desenvolver intervenções mais ajustadas, consistentes e centradas na pessoa, conforme preconizado por Meleis (2010).

O presente capítulo encontra-se organizado em subcapítulos que permitem uma caracterização progressiva e integrada dos contextos de prática clínica onde decorreram os estágios. Inicia-se com um enquadramento geral, no qual são apresentados os principais aspetos organi-

zacionais, funcionais e normativos que sustentam a prática de enfermagem especializada. Seguidamente, procede-se à caracterização do estágio desenvolvido numa Unidade de Hemodiálise em regime ambulatorio, destacando-se a tipologia de cuidados prestados, a população-alvo, a dinâmica da equipa multidisciplinar e a pertinência deste contexto para a intervenção junto da pessoa em situação crónica. Por último, apresenta-se o contexto complementar correspondente ao estágio realizado numa unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através de uma caracterização sumária que permite contextualizar o percurso formativo e evidenciar a articulação dos cuidados ao longo da continuidade assistencial, com enfoque nos processos de transição vivenciados pela pessoa e pela família.

2.1. Estágio I – Unidade de Cuidados Continuados (UCC)/RNCCI

O Estágio I é apresentado de forma sintética, uma vez que a análise aprofundada do percurso formativo incide no Estágio II, desenvolvido em contexto de hemodiálise. Ainda assim, este estágio assumiu um papel relevante na aprendizagem e compreensão dos processos de transição e das intervenções de enfermagem especializadas em diferentes contextos de cuidados, nomeadamente ao longo do continuum assistencial e em unidades com objetivos distintos de intervenção, aspetos fundamentais para a problemática em estudo.

A Unidade de Cuidados Continuados (UCC) insere-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), configurando um nível intermédio de cuidados entre o hospital e a comunidade, orientado para a reabilitação funcional, controlo sintomático e promoção da autonomia da pessoa cuidada (República Portuguesa, 2025). A dinâmica da RNCCI assenta na coordenação integrada entre os setores da saúde e da segurança social, visando a continuidade assistencial, a articulação interinstitucional e a personalização dos cuidados (Santos et al., 2022). Esta articulação reforça a função do enfermeiro especialista na gestão de transições, na coordenação dos cuidados e no apoio à adaptação da pessoa em situação crónica, promovendo uma abordagem centrada nas necessidades e capacidades individuais (Meleis, 2010).

Equipa multidisciplinar e modelo de trabalho

O Estágio I decorreu numa UCC integrada na RNCCI, com prestação de cuidados 24 horas/dia e intervenção orientada para vigilância clínica, reabilitação funcional e transição segura para o domicílio. A equipa assume um modelo de trabalho interdisciplinar, integrando médico, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacional, nutricionista, técnico de serviço social e assistentes operacionais, garantindo uma resposta articulada às necessidades clínicas, funcionais e psicossociais da pessoa.

A colaboração interprofissional é operacionalizada através de reuniões semanais, nas quais se discutem a evolução clínica, as metas terapêuticas e o plano de alta, favorecendo a tomada de decisão partilhada e a coerência do plano assistencial. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista destacou-se na avaliação e reavaliação clínica e funcional, na planificação de cuidados individualizados e na gestão do risco, com foco na prevenção de complicações frequentes neste tipo de população (por exemplo, quedas, alterações da integridade cutânea, dor e declínio funcional), contribuindo para cuidados mais seguros e consistentes.

Perfil da população e necessidades de saúde

A UCC tem capacidade para 22 camas e destina-se a pessoas clinicamente estáveis, mas com dependência funcional, frequentemente associada a doença crónica e multimorbilidade (por exemplo, insuficiência cardíaca, DPOC, sequelas de AVC e estados pós-cirúrgicos). As necessidades de saúde predominantes centram-se na estabilização e vigilância clínica, recuperação/otimização funcional, prevenção de complicações e capacitação para a transição segura para o domicílio, com atenção simultânea às dimensões psicossociais e ao envolvimento do cuidador.

A avaliação sistemática permitiu identificar necessidades relacionadas com mobilidade e segurança (transferências, equilíbrio e risco de queda), autocuidado, gestão sintomática (dor, dispneia, fadiga), integridade cutânea e adaptação psicossocial à condição crónica e/ou a eventos de saúde recentes com impacto no projeto de vida.

Continuidade de cuidados, educação terapêutica e transição para casa

A continuidade de cuidados constituiu um eixo estruturante na UCC, uma vez que o internamento é, por definição, transitório e orientado para a preparação da alta e reintegração na comunidade. Nesta perspetiva, a intervenção de enfermagem privilegiou a planificação atempada da alta, a articulação com a família/cuidador e, quando aplicável, com recursos formais na comunidade e níveis de cuidados subseqüentes, reduzindo o risco de descontinuidade assistencial após a saída da unidade (Santos et al., 2022). A sistematização do plano de cuidados e a comunicação interprofissional favoreceram a coerência entre objetivos, intervenções e resultados esperados, permitindo ajustar precocemente estratégias perante barreiras identificadas (por exemplo, limitações do cuidador, condições do domicílio ou necessidade de apoio técnico e/ou social).

A educação terapêutica assumiu uma função central na capacitação da pessoa e do cuidador, incidindo na promoção do autocuidado, na gestão de sintomas e na prevenção de complicações, com adaptação ao nível de literacia em saúde e às rotinas familiares. Como exemplos destacou-se a educação para prevenção de quedas e segurança no domicílio, orientação sobre organização do espaço (remoção de obstáculos, iluminação adequada, calçado seguro) e a educação para prevenção de lesões cutâneas e autocuidado, incluindo inspeção diária da pele, hidratação adequada, mudança de posicionamento e identificação de sinais de alerta que justificassem contacto com profissionais de saúde. Sempre que pertinente, a educação incluiu também clarificação do regime terapêutico e sinais/sintomas de descompensação (por exemplo, agravamento de dispneia, edema, febre ou dor não controlada), promovendo tomada de decisão informada e procura atempada de cuidados.

Melhoria contínua e segurança dos cuidados

No domínio da melhoria contínua, embora diversos aspetos possam ser considerados como auditoria interna, monitorização de indicadores, práticas baseadas na evidência e gestão do risco, este estágio permitiu um contacto mais direto com as dimensões relacionadas com a segurança dos cuidados. Por esse motivo, este domínio é aqui destacado, uma vez que se

revelou particularmente relevante para a vigilância clínica, prevenção de complicações e otimização de processos assistenciais, áreas centrais na intervenção do enfermeiro especialista.

Em termos formativos, o Estágio I contribuiu para consolidar e desenvolver competências essenciais para o Estágio II, sobretudo no que respeita à compreensão das transições ao longo do percurso de vida das pessoas, ao trabalho interdisciplinar, à educação terapêutica e à preparação do regresso a casa. Esta aprendizagem revelou-se particularmente relevante para o contexto de hemodiálise, onde a adaptação a um tratamento prolongado exige vigilância clínica rigorosa, capacitação para o autocuidado, suporte psicossocial e articulação contínua entre serviços, sempre com a preocupação de prestar cuidados centrados na pessoa e orientados para transições seguras e saudáveis.

2.2. Estágio II – Unidade de Hemodiálise em regime ambulatorio

O Estágio II decorreu numa unidade de hemodiálise em regime ambulatorio, contexto clínico de elevada complexidade e central para o desenvolvimento de competências comuns e específicas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, dado que permite observar e refletir sobre os processos de transição da pessoa a viverem uma situação crónica de saúde e a responsabilidade do enfermeiro especialista na resposta a necessidades complexas ao longo de um percurso de cuidados prolongado (Meleis, 2010; Hamric et al., 2015). Este contexto caracteriza-se por uma elevada frequência de contacto entre a pessoa em tratamento e os profissionais de saúde, exigindo planeamento, coordenação, avaliação contínua e uma intervenção de enfermagem informada pela evidência científica, competências avançadas e comunicação terapêutica eficaz.

A estrutura desta secção prende-se à caracterização do serviço e recursos disponíveis, à dinâmica da equipa e modelo de trabalho, ao perfil da população cuidada e respetivas necessidades predominantes e, finalmente, aos mecanismos de continuidade de cuidados, orientação educativa e estratégias de melhoria contínua. A análise destes elementos promove uma compreensão mais aprofundada de como os cuidados são organizados e prestados, bem como da forma como contribuem para a promoção da autonomia, adaptação, adesão terapêutica e qualidade de vida da pessoa em hemodiálise.

Caracterização do Serviço e Recursos Estruturais

A unidade de hemodiálise em regime ambulatorio presta cuidados a pessoas com Doença Renal Crónica em estágio avançado que necessitam de terapêutica substitutiva de forma regular. O espaço de hemodiálise está equipado com 23 monitores de hemodiálise, cadeirões adaptáveis, dispositivos de monitorização contínua de sinais vitais e materiais de suporte à prática clínica segura, permitindo a execução de procedimentos técnicos com padrões de qualidade e segurança (World Health Organization, 2016; KDIGO, 2024).

Além da sala de tratamento, sala de espera e casas de banhos a unidade integra espaços destinados à consulta médica, gabinete para assistente social e nutricionista, copa, suporte administrativo, sala de reunião e gabinete de enfermagem. O ambiente físico, cuidadosamente planeado, favorece a segurança, conforto e privacidade, aspetos essenciais que influenciam positivamente a experiência de cuidado e a percepção de bem-estar durante sessões prolongadas de tratamento.

Equipa Multidisciplinar e Modelo de Trabalho

A prestação de cuidados em hemodiálise é assegurada por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros (generalistas e especialistas), nefrologistas, assistentes operacionais, uma assistente social e uma nutricionista com horário parcial, promovendo uma abordagem integral centrada na pessoa (KDIGO, 2024). Este modelo de trabalho integrado possibilita a articulação de diferentes saberes e práticas profissionais, fortalecendo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

O modelo de trabalho em hemodiálise é fortemente protocolado e baseado em diretrizes clínicas que visam garantir a segurança do procedimento, prevenir complicações e reduzir riscos como infeções do acesso vascular (World Health Organization, 2016). Contudo, para além das dimensões técnicas, a intervenção de enfermagem inclui competências relacionais que favorecem a construção de uma relação terapêutica sólida, elemento considerado crucial para o bem-estar emocional da pessoa em tratamento e para a promoção da adesão às recomendações terapêuticas (Santos et al., 2023; Mancin et al., 2025).

As intervenções de enfermagem englobam a avaliação pré-diálise, monitorização hemodinâmica, vigilância do acesso vascular, gestão de complicações agudas e crónicas, ensino de comportamentos de autogestão, promoção de estilos de vida saudáveis, apoio psicossocial e suporte à família ou cuidador, mostrando a amplitude da função do enfermeiro neste contexto.

Perfil da população: necessidades de saúde

A população que recorre regularmente à hemodiálise caracteriza-se por elevada complexidade clínica, com múltiplas comorbilidades como hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, e impactes significativos na funcionalidade e qualidade de vida. A doença renal crónica impõe desafios contínuos à pessoa, traduzindo-se frequentemente em limitações físicas, alterações nutricionais, fadiga, dor e alterações psicossociais que exigem uma intervenção que vá além do foco técnico, integrando também a dimensão emocional, social e educativa.

A necessidade de reorganização da vida pessoal e familiar, bem como a adaptação a restrições alimentares, hídricas e de atividade física, constitui uma dimensão relevante das necessidades de cuidado em hemodiálise, exigindo respostas de enfermagem ajustadas à singularidade de cada pessoa. Neste enquadramento, a literacia em saúde assume particular importância, por se associar a melhor autogestão, adesão terapêutica e qualidade de vida; inversamente, níveis reduzidos de literacia podem dificultar a compreensão e implementação eficaz do regime terapêutico, justificando estratégias educativas contínuas, individuais e em grupo orientadas para a autonomia e para a participação ativa no processo de cuidados (Weiner et al., 2023).

Processos de Continuidade, Educação Terapêutica e Melhoria Contínua

Num contexto de hemodiálise em regime ambulatorio, a continuidade de cuidados concretiza-se através de uma avaliação sistemática e repetida (pré, intra e pós-sessão), da monitorização longitudinal de parâmetros clínicos e da revisão periódica do plano terapêutico, garantindo coerência entre necessidades identificadas, intervenções e resultados. A prática diária integrada, de forma estruturada, a gestão do risco e a prevenção de complicações, com particular atenção à segurança do procedimento, à vigilância do acesso vascular e ao controlo de sintomas,

assegurando uma resposta atempada perante alterações hemodinâmicas e outras intercorrências. Estas práticas contribuem para cuidados consistentes e seguros, alinhados com recomendações internacionais para a abordagem integrada da pessoa com DRC (KDIGO, 2024).

A educação terapêutica constitui um eixo estruturante da intervenção de enfermagem, sendo trabalhada de forma contínua e ajustada ao nível de literacia em saúde, às rotinas e às prioridades da pessoa e, sempre que pertinente, com envolvimento da família/cuidador. Esta intervenção incide, entre outros aspetos, na autogestão do regime hídrico-alimentar, adesão terapêutica, reconhecimento de sinais de alerta (por exemplo, sintomas de sobrecarga hídrica, infeção ou descompensação clínica), cuidados com o acesso vascular e estratégias para lidar com sintomas frequentes (fadiga, câibras, hipotensão intradiálise, prurido), promovendo autonomia e participação ativa no processo de cuidados. (KDIGO, 2024).

Paralelamente, a utilização de instrumentos centrados na pessoa, como os *Electronic Patient-Reported Outcome Measures* (ePROMs), exemplificados no anexo 1 através de perguntas habitualmente colocadas à pessoa, permite captar dimensões subjetivas da experiência vivida (sintomas, impacto funcional e psicossocial e perceções de bem-estar), favorecendo uma comunicação mais dirigida e intervenções mais personalizadas e ajustadas ao longo do tempo (Sousa et al., 2024; Tang et al., 2024).

Este conjunto de processos que inclui a avaliação sistemática pré, intra e pós-diálise, a monitorização longitudinal de parâmetros clínicos, a gestão do risco e prevenção de complicações, a educação terapêutica contínua e a utilização de ePROMs para captar a experiência subjetiva da pessoa, revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências especializadas, pela exigência de julgamento clínico avançado, tomada de decisão em situações complexas, intervenção educativa estruturada, comunicação terapêutica eficaz e acompanhamento contínuo da adaptação da pessoa à condição crónica. A natureza repetida e prolongada da hemodiálise evidencia a transição como um percurso dinâmico, com fases de instabilidade, reajuste e reintegração, no qual o enfermeiro especialista monitoriza indicadores sensíveis à intervenção de enfermagem e ajusta o plano de cuidados de forma individualizada, em consonância com o enquadramento conceptual e normativo da prática especializada (Meleis, 2010; Hamric et al., 2015; Regulamento n.º 429/2018).

Pertinência do Contexto para a Problemática em foco

O contexto da hemodiálise em regime ambulatorio revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas, uma vez que exige raciocínio clínico avançado, comunicação terapêutica eficaz, articulação interprofissional, educação para a autogestão e tomada de decisão em situações complexas. A natureza repetida, prolongada e previsível das sessões permite compreender a transição como um percurso dinâmico, marcado por fases de instabilidade, reajuste e reintegração, no qual as respostas de cuidado devem ser sensíveis a fatores clínicos, psicossociais e contextuais. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro especialista assume um contributo determinante na promoção de transições mais seguras, no fortalecimento da adaptação à condição crónica e no suporte à qualidade de vida, através de acompanhamento prolongado, capacitação e monitorização contínua (Meleis, 2010).

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

Este capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências ao longo do percurso de estágio, tomando como referência os normativos e os referenciais profissionais da Ordem dos Enfermeiros. A reflexão é sustentada predominantemente na prática desenvolvida no Estágio II (hemodiálise), integrando também contributos complementares do Estágio I (RNCCI) quando estes acrescentam valor à compreensão do fenómeno “transição” e da continuidade de cuidados. A análise articula, de forma intencional, a evidência científica e o referencial teórico adotado (Teoria das Transições de Meleis), procurando explicitar o raciocínio clínico subjacente às decisões, intervenções e resultados, bem como os ganhos sensíveis aos cuidados observados (Meleis, 2010).

A vivência do estágio, embora assente numa experiência prévia sólida em hemodiálise, foi reposicionada pela exigência académica de tornar explícito o raciocínio clínico, fundamentar decisões e conferir intencionalidade a intervenções que, por rotina e familiaridade, poderiam permanecer implícitas. Esta “dupla identidade” (profissional experiente e estudante) constituiu um motor de crescimento, exigindo desaceleração, observação metódica e validação sistemática das escolhas clínicas à luz da evidência e dos referenciais profissionais.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, constituíram um eixo estruturante da prática desenvolvida ao longo do estágio, orientando uma atuação clínica fundamentada, ética e reflexiva. Destacam-se, neste âmbito, as competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A exigência de explicitar o raciocínio clínico reforçou uma prática sustentada na evidência e na tomada de decisão deliberada, promovendo cuidados seguros e centrados na pessoa. A reflexão sistemática sobre a prática, aliada à monitorização de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, contribuiu para uma atuação mais consciente e alinhada com princípios de qualidade em contextos de elevada complexidade clínica, como a hemodiálise (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No domínio da prestação e gestão de cuidados especializados, evidenciou-se o desenvolvimento de competências relacionadas com a avaliação integral da pessoa em situação crónica, a antecipação de riscos, a priorização de intervenções e a coordenação de cuidados ao longo da trajetória assistencial. A mobilização da Teoria das Transições permitiu aprofundar a compreensão das respostas humanas à DRC avançada e à hemodiálise, orientando intervenções educativas, clínicas e psicossociais ajustadas às diferentes fases do processo de adaptação. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume uma função central na facilitação de transições mais saudáveis, promovendo capacitação, continuidade e articulação do cuidado, em coerência com uma abordagem centrada na pessoa e na família (Meleis, 2010; RNAO, 2015).

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, o estágio permitiu consolidar uma prática diferenciada na resposta às necessidades da pessoa em situação crónica com doença orgânica grave e dependente de terapêutica de substituição da função renal. Destaca-se a capacidade de gerir situações clínicas complexas, monitorizar parâmetros críticos, prevenir complicações e intervir de forma precoce e especializada perante alterações do estado de saúde. Paralelamente, a competência para promover adaptação psicossocial, apoiar decisão informada e integrar o regime terapêutico na vida quotidiana revelou-se essencial na promoção da autonomia possível e da qualidade de vida, alinhando-se com recomendações que valorizam intervenções estruturadas, acompanhamento continuado e suporte ao autocuidado em pessoas em tratamento dialítico (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Bethel et al., 2021).

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Responsabilidade profissional, ética e legal

A prática em hemodiálise decorre num contexto de elevada complexidade clínica e risco, onde a instabilidade pode surgir de forma súbita e exigir decisões rápidas, seguras e tecnicamente fundamentadas. Ao longo do estágio, apesar da experiência prévia consolidada, a exigência académica de explicitar o raciocínio clínico obrigou a transformar decisões frequentemente “automáticas” em escolhas deliberadas, justificadas e alinhadas com padrões éticos, legais e de segurança. Esta intencionalidade traduziu-se numa maior atenção à avaliação sistemática,

à identificação precoce de alterações clínicas e à coerência entre o que se observa, o que se decide e o que se comunica à equipa e à pessoa, reforçando a responsabilidade profissional na prevenção de dano e na proteção da pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 140/2019; ICN, 2021).

No acompanhamento de pessoas em tratamento dialítico, situações como a deteção precoce de hipotensão intradialítica, queixas súbitas, intolerância ao procedimento ou sinais de complicação do acesso vascular evidenciaram a necessidade de integrar conhecimento técnico, protocolos institucionais e princípios éticos em cada decisão. A responsabilidade profissional mostrou-se, assim, indissociável da qualidade da comunicação com a equipa e com a pessoa, garantindo informação clara, respeito pela autonomia e salvaguarda da segurança ao longo de todo o processo de cuidados, sobretudo quando existem fatores de vulnerabilidade acrescida (ICN, 2021; WHO, 2021).

Melhoria contínua da qualidade

A integração numa unidade de hemodiálise distinta da habitual constituiu uma oportunidade para observar práticas, identificar variações, comparar rotinas e reforçar uma cultura de questionamento orientada para a melhoria contínua. A vivência no contexto permitiu analisar criticamente dimensões centrais de qualidade e segurança, como a vigilância do acesso vascular, a monitorização hemodinâmica, a gestão de sintomas e o registo sistemático de intervenções, reconhecendo que a melhoria contínua exige monitorização, padronização e aprendizagem permanente, mais do que a mera repetição de procedimentos (Regulamento n.º 140/2019; WHO, 2021).

Paralelamente, a qualidade foi entendida também a partir da experiência da pessoa, valorizando dimensões que nem sempre são captadas por indicadores laboratoriais ou operacionais. A incorporação de uma lógica mais centrada em resultados relevantes para a pessoa, nomeadamente sintomas e impacto funcional/psicossocial, reforçou a importância de recolher informação reportada pela própria de forma estruturada, como suporte à decisão clínica e à personalização do plano de cuidados. Este enfoque está alinhado com recomendações

recentes para a evolução dos modelos de qualidade em diálise, com maior integração de indicadores centrados na pessoa e na experiência vivida do tratamento (KDIGO, 2023; Weiner et al., 2024).

Gestão dos cuidados

A competência de gestão dos cuidados foi mobilizada de forma consistente durante o Estágio II, num contexto em que a segurança, a continuidade do tratamento e a qualidade do cuidado dependem de decisões tomadas em tempo útil, organização do trabalho e articulação estreita com a equipa. A adaptação a uma unidade nova exigiu conhecer circuitos internos, compreender protocolos e gerir prioridades sem comprometer a consistência do cuidado, reforçando que “gerir” não é apenas distribuir tarefas, mas assegurar coerência clínica, continuidade e resposta adequada às necessidades da pessoa ao longo do turno (Regulamento n.º 140/2019).

Durante as sessões de hemodiálise, a gestão dos cuidados traduziu-se na realização de avaliações iniciais estruturadas, monitorização contínua e priorização de intervenções perante intercorrências, equilibrando a resposta imediata ao risco com objetivos de médio prazo, como educação terapêutica, promoção do autocuidado e acompanhamento psicossocial. Em particular, no estudo de caso, tornou-se necessário planear momentos específicos para recolha de dados e aplicação de instrumentos centrados na pessoa, sem interferir na dinâmica assistencial nem na segurança do procedimento. Esta experiência reforçou a relevância de uma gestão intencional e integrada, articulando continuidade informacional e relacional, para evitar fragmentação e promover consistência do plano de cuidados (Kern et al., 2024). A descrição integral do estudo de caso encontra-se no Apêndice I.

Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais

A aprendizagem profissional constituiu um eixo transversal ao estágio, traduzindo-se numa postura contínua de atualização e reinterpretação crítica da prática. Apesar da experiência prévia em hemodiálise, a exigência de fundamentar decisões e tornar explícito o raciocínio clínico promoveu uma aprendizagem mais estruturada, orientada por evidência recente e por referenciais normativos, reforçando a responsabilidade ética de manter competência e qualidade profissional ao longo do tempo (Regulamento n.º 140/2019; ICN, 2021).

Neste percurso, destacou-se a atualização contínua em recomendações internacionais e a consolidação de práticas que valorizam a integração de indicadores clínicos com informação centrada na pessoa (incluindo sintomas e impacto na qualidade de vida), permitindo decisões mais consistentes e intervenções mais alinhadas com prioridades individuais. A aprendizagem desenvolveu-se também de forma relacional, através de discussão em equipa, análise crítica de situações clínicas e feedback, favorecendo maturidade clínica e maior intencionalidade na tomada de decisão, com impacto direto na segurança e na qualidade do cuidado (WHO, 2021; KDIGO, 2023).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro na Área da Pessoa em Situação Crónica

Este subcapítulo apresenta a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crónica, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018. Para garantir clareza e alinhamento com o referencial normativo, são explicitadas as duas competências específicas desta área: (a) cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e (b) maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores. Estas competências concretizam-se nos critérios de avaliação definidos no Regulamento n.º 429/2018, que abrangem a avaliação clínica avançada e sistemática, a identificação precoce de instabilidade e necessidades emergentes, a implementação de intervenções especializadas baseadas na evidência, a promoção da literacia, do autocuidado e da participação ativa, a criação de um ambiente terapêutico seguro e humanizado, bem como a articulação interprofissional e a gestão da continuidade de cuidados. A reflexão centra-se maioritariamente no Estágio II (hemodiálise), por ser o contexto onde estas competências se expressaram de forma mais completa, permitindo demonstrar como o referencial normativo orientou a avaliação clínica avançada, a gestão de problemas complexos, a promoção da adaptação à cronicidade e a coordenação de cuidados ao longo de um percurso terapêutico prolongado.

Avaliação clínica avançada

A avaliação clínica avançada consiste num processo sistemático, aprofundado e contínuo que integra dados objetivos (hemodinâmicos, laboratoriais, nutricionais, funcionais) e dados subjetivos (sintomas, perceções, emoções, expectativas), permitindo compreender a pessoa de forma global e orientar decisões clínicas especializadas. Esta avaliação exige raciocínio clínico avançado, capacidade de síntese e interpretação crítica, ultrapassando a mera recolha de dados.

No Estágio II, a avaliação da pessoa com DRC avançada em programa de hemodiálise integrou monitorização hemodinâmica rigorosa, análise de parâmetros laboratoriais, avaliação do estado nutricional e identificação de sinais de adaptação psicossocial. A observação sistemática permitiu antecipar intercorrências, identificar padrões de instabilidade e ajustar intervenções de forma segura e individualizada. Este ajuste traduziu-se, por exemplo, na modificação de estratégias de ultrafiltração perante sinais precoces de intolerância, na adequação do ensino terapêutico ao nível de literacia identificado e na mobilização de intervenções psicossociais quando emergiam indicadores de ansiedade, fadiga ou perda de controlo.

A utilização das ePROMs revelou-se essencial para captar dimensões subjetivas que não emergem espontaneamente, como fadiga, ansiedade, impacto emocional, autoestima ou perceção de controlo. A integração destes dados permitiu orientar intervenções educativas, psicossociais e clínicas de forma mais precisa, diferenciando a prática especializada ao possibilitar decisões fundamentadas na experiência vivida pela pessoa e não apenas em parâmetros biomédicos. Assim, a intervenção avançada assentou na capacidade de interpretar tendências, antecipar necessidades e ajustar o plano terapêutico em articulação com a equipa, promovendo segurança, adaptação e participação ativa (Meleis, 2010; RNAO, 2015; Regulamento n.º 429/2018).

Diagnóstico e gestão de problemas complexos

A pessoa com DRC avançada em programa de hemodiálise configura uma condição de elevada complexidade, na qual alterações fisiológicas, funcionais, nutricionais e psicossociais interagem e influenciam a qualidade de vida. No Estágio II, a competência de diagnóstico e gestão de problemas complexos foi mobilizada de forma contínua, integrando informação clínica e percepções subjetivas para orientar intervenções individualizadas e seguras. O estudo de caso evidenciou situações típicas desta complexidade, como instabilidade hemodinâmica, fadiga persistente, alterações nutricionais, ansiedade, impacto na imagem corporal e tendências para isolamento social, exigindo uma leitura integrada da situação e uma resposta terapêutica ajustada.

A prática evidenciou que o diagnóstico não se limita à identificação de sinais e sintomas isolados: implica compreender relações entre fatores clínicos e contextuais. Por exemplo, episódios de hipotensão intradialítica foram analisados considerando não apenas parâmetros hemodinâmicos, mas também padrão alimentar, estado hídrico, fadiga, ansiedade e adesão ao regime, permitindo delinear respostas imediatas (segurança e estabilização) e estratégias de médio prazo (educação, reestruturação de rotinas e suporte). A integração de informação reportada pela pessoa (via ePROM) reforçou esta leitura, ao tornar visíveis fatores emocionais e barreiras à autogestão que condicionavam o curso do problema.

A gestão de problemas complexos exigiu raciocínio clínico avançado, priorização e tomada de decisão em tempo útil, articulando protocolos institucionais, recomendações clínicas e objetivos terapêuticos orientados para a adaptação e autonomia possível. A comunicação e a articulação com a equipa multidisciplinar permitiram otimizar coerência do plano de cuidados, reduzir fragmentação e reforçar segurança (Meleis, 2010; Regulamento n.º 429/2018; KDIGO, 2020; Kern et al., 2024).

Promoção da adaptação à cronicidade

A promoção da adaptação à cronicidade constituiu um eixo central do Estágio II, considerando que a hemodiálise representa uma transição terapêutica prolongada e exigente, com impacto significativo na reorganização da vida, na identidade e na percepção de futuro. A intervenção

procurou apoiar a integração progressiva do regime terapêutico na vida quotidiana, reconhecendo que a adaptação não é linear e varia consoante a consciência do processo, o envolvimento, o suporte familiar e a estabilidade clínica.

A Teoria das Transições de Meleis foi mobilizada para interpretar o processo de adaptação, permitindo identificar momentos críticos, fatores facilitadores e inibidores e padrões de resposta (por exemplo, maior autogestão, confiança e integração do tratamento na rotina). A intervenção focou-se em aumentar consciência e envolvimento, reforçar a parceria terapêutica e criar condições para que a pessoa definisse objetivos realistas e significativos. A valorização de metas pessoais (como retomar atividades relevantes de forma gradual e segura) revelou-se útil para reforçar autonomia percebida e sentido de continuidade biográfica, favorecendo uma adaptação menos centrada na limitação e mais orientada para a reconstrução de significado.

A integração dos ePROMs permitiu acompanhar sinais de progresso que nem sempre se refletem de imediato em parâmetros clínicos, como maior confiança, expressão emocional, envolvimento e capacidade de decisão. No estudo de caso acompanhado, por exemplo, a jovem inicialmente referia não ter regressado ao trabalho por se sentir desconfortável com a própria imagem corporal — trabalhava numa piscina e evitava usar o fato justo por se perceber demasiado magra. Contudo, ao longo das sessões, começou a expressar vontade de retomar atividades significativas, como a dança, tendo inclusive procurado uma escola próxima. Embora estivesse fechada no momento da visita, este movimento revelou abertura para a mudança, maior iniciativa e reconstrução de identidade, constituindo um indicador relevante de adaptação psicossocial. Estes aspetos, captados através dos ePROMs e explorados na relação terapêutica, proporcionaram oportunidades de diálogo e reforço positivo, incentivando-a a retomar gradualmente atividades valorizadas (Meleis, 2010; RNAO, 2015).

Educação terapêutica

A educação terapêutica assumiu-se como intervenção estruturante no Estágio II, sendo determinante para a segurança, adesão e autonomia possível em hemodiálise. A abordagem adotada foi entendida como um processo contínuo, terapêutico e relacional, ajustado à literacia

em saúde, às necessidades individuais e ao momento emocional da pessoa, evitando uma lógica meramente informativa.

A intervenção incidiu sobre áreas nucleares: reconhecimento e gestão de sintomas, cuidados ao acesso vascular, adesão ao regime, restrições hídricas e alimentares e prevenção de complicações. Para aumentar efetividade, recorreu-se a objetivos concretos e graduais, verificação de compreensão, reforço positivo e revisão sistemática dos conteúdos, ajustando-os ao progresso e às dificuldades identificadas. Sempre que possível, a educação foi alinhada com prioridades expressas pela pessoa, reforçando significado, utilidade prática e participação ativa no plano terapêutico.

Os ePROMs funcionaram como suporte à orientação educativa, ao evidenciarem sintomas e preocupações que poderiam não emergir espontaneamente, permitindo intervir de forma mais pertinente e centrada na experiência vivida. Numa das pessoas a quem apliquei o questionário, surgiu a referência a câibras frequentes no período pós-diálise, um sintoma que não tinha sido previamente comunicado à equipa. Este dado permitiu reforçar a educação terapêutica sobre a adequação da ingestão hídrica e alimentar, bem como orientar estratégias específicas de prevenção e monitorização, como a identificação de fatores desencadeantes, a adequação da ingestão de eletrólitos, a monitorização da evolução dos episódios e a utilização de medidas não farmacológicas recomendadas. A informação foi igualmente transmitida ao nefrologista, tendo sido solicitada uma nova avaliação pela nutricionista, assegurando uma abordagem integrada e ajustada às necessidades identificadas.

À luz da Teoria das Transições, a educação terapêutica constitui uma intervenção facilitadora que promove envolvimento, confiança e competências de autogestão, contribuindo para a integração do tratamento na vida quotidiana e para resultados de transição mais positivos (Meleis, 2010; RNAO, 2015; Riegel et al., 2019).

Apoio psicossocial e promoção da resiliência emocional

O apoio psicossocial revelou-se uma dimensão nuclear do cuidado em hemodiálise, dada a vulnerabilidade emocional frequentemente associada à cronicidade, às limitações funcionais

e à dependência de um tratamento prolongado. Ao longo do estágio, foram mobilizadas estratégias de escuta ativa, validação emocional e apoio à expressão de sentimentos, procurando reduzir sofrimento, promover sentido de controlo e reforçar autoestima.

A intervenção incluiu, sempre que necessário, o envolvimento da família, com enfoque na compreensão das dificuldades, na gestão de expectativas e na promoção da continuidade do autocuidado em contexto domiciliário. A integração dos ePROM permitiu identificar precocemente preocupações emocionais e barreiras à adesão, orientando intervenções mais ajustadas e permitindo trabalhar objetivos realistas e graduais, potenciadores de confiança e autonomia percebida. No caso acompanhado, por exemplo, o ePROM evidenciou níveis elevados de ansiedade, que foram posteriormente aprofundados nas conversas terapêuticas durante as sessões de hemodiálise. A pessoa verbalizava receio de complicações, sentimentos de perda de controlo e impacto emocional associado à instabilidade clínica, aspetos que nem sempre emergiam espontaneamente. Esta informação permitiu estruturar intervenções de apoio psicossocial mais direcionadas, incluindo validação emocional, técnicas simples de regulação da ansiedade e reforço da perceção de segurança, contribuindo para maior envolvimento no tratamento e para a construção gradual de resiliência emocional.

A prática evidenciou que o apoio psicossocial não é um “extra”, mas um elemento estruturante do cuidado especializado, por sustentar a adaptação à cronicidade, a adesão e a qualidade de vida. (Meleis, 2010; RNAO, 2015; Bethel et al., 2021).

Coordenação de cuidados

A coordenação de cuidados constitui um processo contínuo que visa assegurar a articulação eficaz entre diferentes profissionais e intervenções, garantindo consistência, continuidade e alinhamento no plano terapêutico. No Estágio II, esta competência foi mobilizada de forma intensa, dada a elevada complexidade clínica e psicossocial das pessoas em hemodiálise e a necessidade permanente de integrar informação proveniente de múltiplas áreas. No estudo de caso, a coordenação revelou-se essencial para evitar mensagens contraditórias e assegurar uma abordagem coerente entre nefrologia, nutrição e equipa de enfermagem. Para além

disso, noutra pessoa a quem apliquei o ePROM, a identificação de câibras pós-diálise, até então não verbalizadas, exigiu articulação com nefrologia e encaminhamento para nova avaliação nutricional, ilustrando a importância da comunicação interprofissional na resposta a necessidades emergentes. A experiência demonstrou que a pessoa vive o percurso com maior segurança quando existe clareza na comunicação, continuidade no acompanhamento e coerência entre intervenções. A coordenação foi, assim, entendida como um processo dinâmico que exige antecipação, priorização e comunicação eficaz, ajustando o plano de cuidados perante intercorrências (Regulamento n.º 429/2018; Tyler et al., 2023; Kern et al., 2024).

Integração da Ontologia de Enfermagem e do electronic Patient-Reported Outcome Measure na prática clínica

A integração de uma Ontologia de Enfermagem constituiu um recurso estruturante para organizar diagnósticos, resultados e intervenções, promovendo coerência, rastreabilidade e explicitação do raciocínio clínico. Em contexto de hemodiálise, esta estrutura revelou-se particularmente útil para integrar necessidades clínicas, funcionais e psicossociais e sustentar planos de cuidados individualizados, sem perder consistência documental e comunicacional.

Paralelamente, os ePROMs utilizados no serviço; KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) e SF-12, aplicados anualmente em formato eletrónico, permitiram captar indicadores subjetivos essenciais para a prática centrada na pessoa (por exemplo, perceção global de saúde, impacto da doença renal, efeitos na vida diária e sintomas intradialíticos). A estrutura do questionário organiza-se em quatro temas: a sua saúde; a sua doença renal; efeitos da doença renal na sua vida; e sintomas intradialíticos. Esta informação complementou os dados clínicos e fortaleceu a tomada de decisão, ao integrar sistematicamente a experiência vivida pela pessoa no planeamento e ajuste das intervenções.

Em síntese, a utilização combinada destes instrumentos contribuiu para transformar dados objetivos e subjetivos em decisões clínicas mais intencionais, consistentes e centradas na pessoa, sustentando ganhos sensíveis aos cuidados (Meleis, 2010; Regulamento n.º 429/2018; Moorhead et al., 2018).

Tomada de decisão em situações complexas

A tomada de decisão em situações complexas revelou-se central no Estágio II, pela necessidade de responder a intercorrências clínicas mantendo o cuidado alinhado com objetivos terapêuticos de médio e longo prazo. Cada sessão exigiu equilíbrio entre respostas imediatas à instabilidade e continuidade do plano de cuidados, integrando dimensões clínicas, educativas e psicossociais.

A experiência prévia foi importante, mas o estágio aprofundou a decisão como processo sistemático: avaliação, interpretação, priorização e reflexão crítica sobre impacto. A utilização de registos estruturados e informação centrada na pessoa (como os ePROM) permitiu tornar explícitas as decisões e acompanhar resultados, reduzindo o risco de uma prática apenas reativa. A articulação com a equipa foi determinante para validar opções, alinhar intervenções e evitar fragmentação, reforçando segurança e consistência.

Em síntese, a tomada de decisão consolidou-se como competência avançada sustentada em análise crítica, integração de informação e foco na pessoa, com impacto direto na segurança e na qualidade do cuidado em hemodiálise (Meleis, 2010; Regulamento n.º 429/2018; Kern et al., 2024).

3.3. Competências de Mestre

As competências de mestre refletem a capacidade de integrar conhecimento avançado, mobilizar pensamento crítico, desenvolver investigação aplicada e sustentar uma prática autónoma e fundamentada. Ao longo do percurso de estágio, estas competências foram mobilizadas de forma transversal, tornando-se particularmente visíveis no Estágio II (hemodiálise), pela necessidade de transformar decisões rápidas e situacionais em escolhas deliberadas e justificadas, alinhadas com os resultados observáveis.

O DL n.º 65/2018, define o mestre como sendo capaz de fundamentar decisões, integrar conhecimento e resolver problemas em contextos complexos, a exigência académica de explicitar o raciocínio clínico constituiu um fator estruturante: obrigou a organizar a informação, clarificar prioridades e avaliar de forma sistemática o impacto das intervenções, reforçando a

intencionalidade do cuidado e a capacidade de sustentar opções clínicas com base em critérios claros.

Integração de conhecimento avançado

A integração de conhecimento avançado, enquanto competência do grau de mestre, traduz-se na capacidade de articular teoria, evidência científica e prática clínica para fundamentar decisões em contextos complexos, conforme preconizado no DL n.º 65/2018. No Estágio II, esta competência tornou-se evidente na forma como conceitos nucleares como cronicidade, adaptação, autocuidado e transição, foram mobilizados para interpretar necessidades concretas da pessoa em hemodiálise. A Teoria das Transições funcionou como uma verdadeira lente teórica, permitindo compreender a experiência da pessoa para além do procedimento técnico, ao evidenciar que iniciar e manter um tratamento prolongado, implica mudanças progressivas na identidade, nas rotinas, nos papéis familiares e na perceção de controlo. Esta lente orientou a avaliação e a planificação de cuidados, tornando visíveis dimensões frequentemente menos explícitas, como o envolvimento, o significado atribuído à doença, as expectativas e os recursos disponíveis. Na prática, esta integração traduziu-se na definição de objetivos realistas e graduais, ajustados ao momento do percurso terapêutico e ao grau de participação da pessoa, valorizando simultaneamente segurança clínica, gestão de sintomas e adaptação ao regime terapêutico. Assim, o conhecimento avançado deixou de ser apenas enquadramento conceptual e passou a orientar decisões quotidianas; o que avaliar, o que priorizar e como adequar intervenções para favorecer continuidade e integração do tratamento na vida da pessoa (Meleis, 2010).

Capacidade de investigação

A capacidade de investigação foi desenvolvida através da realização do estudo de caso (Apêndice I) e da *scoping review* (Apêndice II), que exigiram recolha sistemática de dados, organização rigorosa da informação e análise crítica orientada para a tomada de decisão. A sistematização de parâmetros clínicos (por exemplo, evolução hemodinâmica e dados laboratoriais), articulada com informação reportada pela própria pessoa (incluindo indicadores subjetivos), permitiu acompanhar o percurso com maior profundidade e rastreabilidade. Este processo

favoreceu a identificação de padrões relevantes, a formulação de hipóteses clínicas e a avaliação do efeito das intervenções ao longo do tempo, apoiando ajustes sucessivos do plano de cuidados em função da resposta observada. Para além do produto final, a principal aprendizagem consistiu em integrar uma lógica investigativa na prática: observar com método, registar de forma estruturada, interpretar criticamente e transformar dados em decisões terapêuticas mais consistentes e orientadas para resultados (Moorhead et al., 2018).

Comunicação científica

A comunicação científica consolidou-se por meio da produção académica e da sistematização de informação clínica em formatos estruturados, bem como da discussão crítica de situações complexas com orientadores e equipa. A elaboração de sínteses, relatórios e descrições de caso implicou selecionar informação relevante, justificar decisões e apresentar resultados com clareza e rigor, mantendo coerência conceptual e terminológica. Paralelamente, a necessidade de explicitar limitações, implicações e contributos para a prática reforçou competências de argumentação e de escrita académica, essenciais para tornar comunicável o conhecimento produzido a partir da experiência clínica.

Para além dos trabalhos desenvolvidos ao longo do mestrado, participei como coautora em duas publicações científicas em revista indexada, contribuindo para a disseminação de conhecimento na área da adaptação à doença crónica e das intervenções de enfermagem. Integrei como co-autora comunicações orais e apresentações de póster em eventos nacionais e internacionais, reforçando competências de comunicação oral, síntese e divulgação científica. A lista completa das publicações, comunicações e posters encontra-se organizada no Apêndice III, e os comprovativos de participação em eventos no Anexo 2.

Estas experiências evidenciam que a comunicação científica não é apenas uma competência académica, mas uma ferramenta estratégica para integrar prática, evidência e investigação aplicada, promovendo melhoria contínua dos cuidados (Polit & Beck, 2021).

Resolução de problemas complexos

A resolução de problemas complexos foi aprofundada num contexto onde a variabilidade de respostas ao tratamento e a coexistência de comorbilidades exigem decisões frequentes, com impacto imediato na segurança e no bem-estar. A prática em hemodiálise implicou integrar dados objetivos (por exemplo, sinais vitais, tolerância à ultrafiltração e resultados analíticos) com elementos contextuais e subjetivos (fadiga, ansiedade, perceção de capacidade funcional e impacto no quotidiano). Esta competência desenvolveu-se na gestão de intercorrências e na priorização de intervenções, equilibrando respostas imediatas a risco com objetivos de médio prazo, como educação terapêutica, promoção do autocuidado e suporte emocional. A utilização de referenciais de prática clínica e de critérios de segurança permitiu sustentar decisões e reforçar a consistência na atuação, sem descuidar a necessidade de ajustar estratégias à singularidade de cada pessoa e ao seu contexto. A articulação com a equipa multidisciplinar foi determinante para garantir coerência terapêutica e continuidade, especialmente quando se justificavam ajustes no plano dialítico e/ou no plano educativo (KDIGO, 2020).

Aprendizagem autónoma ao longo da vida

A aprendizagem autónoma ao longo da vida consolidou-se como elemento transversal e estruturante, sobretudo pela exigência de atualizar conhecimento, refletir criticamente e reajustar intervenções de forma contínua. A experiência prévia em hemodiálise facilitou a fluidez técnica; contudo, o estágio exigiu transformar rotinas em prática intencional, sustentando as decisões com critérios explícitos e avaliação de resultados. Esta postura traduziu-se na revisão de evidência pertinente, na integração de *feedback* e supervisão e na análise sistemática do impacto das intervenções no percurso de adaptação. A aprendizagem deixou, assim, de ser apenas acumulação de experiência e passou a traduzir-se numa capacidade deliberada de questionar, fundamentar e melhorar a prática, mantendo a atuação alinhada com padrões exigentes de qualidade e segurança e com as responsabilidades profissionais associadas ao grau de mestre, conforme preconizado no DL n.º 65/2018.

Em síntese, o estágio permitiu consolidar a articulação entre prática clínica, fundamentação científica e referenciais teóricos, promovendo uma leitura mais estruturada das necessidades

da pessoa em situação crónica e orientando intervenções centradas na segurança, na adaptação e em ganhos sensíveis aos cuidados. Deste modo, a aprendizagem autónoma afirmou-se como um eixo essencial da prática avançada, sustentando decisões conscientes, intervenções fundamentadas e desenvolvimento profissional contínuo. No capítulo seguinte apresenta-se a análise SWOT do percurso, com identificação de forças, fragilidades, oportunidades e ameaças, orientando prioridades de desenvolvimento profissional futuro.

4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO

A análise SWOT permitiu sintetizar, de forma estruturada, os principais elementos que influenciaram o desenvolvimento das competências ao longo do percurso de estágio. Esta reflexão integra fatores internos (forças e fragilidades) e fatores externos (oportunidades e ameaças), permitindo compreender como estes elementos condicionaram ou potenciaram a aprendizagem, a prática clínica e a consolidação da identidade profissional enquanto enfermeira especialista na área da pessoa em situação crónica.

Forças	Fragilidades
<p>Experiência prévia sólida em hemodiálise, que facilitou a integração rápida na unidade, a leitura clínica e a tomada de decisão em situações complexas.</p> <p>Capacidade de raciocínio clínico avançado, reforçada pela utilização de instrumentos estruturantes (Ontologia de Enfermagem, ePROM).</p> <p>Competências de comunicação terapêutica, que permitiram estabelecer relação de confiança, promover expressão emocional e facilitar a adaptação à cronicidade.</p> <p>Postura reflexiva e crítica, evidenciada na capacidade de justificar decisões, integrar evidência e transformar práticas intuitivas em intervenções fundamentadas.</p> <p>Autonomia e organização, essenciais para gerir simultaneamente exigências assistenciais, académicas e o estudo de caso.</p> <p>Compromisso ético e responsabilidade profissional, garantindo segurança, continuidade e qualidade dos cuidados</p>	<p>Tendência inicial para assumir tarefas de forma automática, decorrente da experiência prévia, exigindo esforço consciente para desacelerar e explicitar o raciocínio clínico.</p> <p>Dificuldade em equilibrar exigências académicas e assistenciais, sobretudo na recolha de dados do estudo de caso, exigindo maior gestão do tempo e articulação com a equipa.</p> <p>Necessidade de consolidar estratégias de autorregulação emocional perante situações de sofrimento e vulnerabilidade psicossocial.</p> <p>Necessidade de aprofundar competências formais de investigação, nomeadamente análise e sistematização de dados</p> <p>Adaptação a circuitos organizacionais novos, que exigiu tempo para consolidar rotinas e priorizar intervenções.</p>
Oportunidades	Ameaças
<p>Integração numa unidade com equipa experiente, favorecendo aprendizagem colaborativa, discussão de casos e partilha de boas práticas.</p> <p>Acesso a instrumentos avançados (Ontologia, ePROM), que potenciaram a avaliação holística e a monitorização de ganhos sensíveis aos cuidados.</p> <p>Ambiente clínico rico em situações complexas, permitindo desenvolver competências de tomada de decisão, gestão de risco e intervenção especializada.</p> <p>Supervisão próxima e orientada, que promoveu reflexão crítica, autonomia e consolidação da identidade profissional.</p> <p>Possibilidade de articular teoria e prática, aplicando a Teoria das Transições de Meleis como referencial estruturante da intervenção.</p> <p>Participação em processos organizacionais, como gestão de stock, reforçando competências de gestão e continuidade de cuidados.</p>	<p>Instabilidade clínica frequente, exigindo elevada capacidade de resposta e podendo limitar momentos de educação terapêutica ou recolha de dados.</p> <p>Vulnerabilidade emocional da pessoa com DRC, que pode dificultar envolvimento, adesão e continuidade do autocuidado.</p> <p>Dependência de recursos materiais específicos, onde ruturas de stock podem comprometer segurança e consistência do tratamento.</p> <p>Limitações estruturais do contexto, como tempo reduzido para intervenções psicossociais mais prolongadas.</p>

Em síntese, a análise SWOT evidencia um percurso formativo sustentado em bases clínicas sólidas, pensamento crítico e intencionalidade na intervenção, particularmente em contexto de elevada complexidade como a hemodiálise. As forças e oportunidades identificadas favoreceram a consolidação de competências especializadas e de mestre, enquanto as fragilidades e ameaças funcionaram como elementos reguladores do processo de aprendizagem, orientando prioridades de desenvolvimento profissional contínuo e de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

5. CONCLUSÕES

O percurso de estágio permitiu consolidar competências avançadas na área da pessoa em situação crónica, integrando conhecimento científico, reflexão crítica e prática especializada. A hemodiálise, enquanto contexto de elevada complexidade clínica e emocional, constituiu um espaço privilegiado para aprofundar o raciocínio clínico, reforçar a autonomia profissional e sustentar intervenções intencionais, alinhadas com referenciais normativos da profissão (República Portuguesa, 2018). Reitera-se que a análise e reflexão desenvolvidas, incidem predominantemente sobre o Estágio II (hemodiálise), sendo o Estágio I (UCC/RNCCI) mobilizado como enquadramento complementar da continuidade assistencial.

A vivência em hemodiálise evidenciou, de forma particularmente clara, a natureza multidimensional da cronicidade e o impacto que o regime terapêutico prolongado tem na organização do quotidiano, nos papéis familiares e na experiência subjetiva de viver com uma condição irreversível. Ao longo do estágio, a tomada de decisão exigiu integrar informação objetiva (parâmetros hemodinâmicos, resultados laboratoriais, estado funcional e nutricional) com informação subjetiva (experiência de sintomas, preocupações, perceções de controlo e significado atribuído ao tratamento), articulando intervenções com a equipa para garantir coerência terapêutica e segurança do cuidado.

A Teoria das Transições de Meleis revelou-se um referencial estruturante para compreender a hemodiálise como um processo de mudança dinâmico e prolongado, marcado por fases de instabilidade, reajuste e reintegração. A avaliação foi organizada de forma a ultrapassar o domínio estritamente biomédico, entendendo a adaptação como um percurso condicionado por fatores que podem facilitar ou dificultar esse caminho — como a literacia em saúde, o suporte familiar, a estabilidade clínica e a qualidade da relação terapêutica — e orientando intervenções que promovem consciência, envolvimento, confiança e desenvolvimento de competências ao longo do tempo (Meleis, 2010). Tornou-se igualmente claro que a transição raramente decorre de forma linear e que eventos críticos, como intercorrências clínicas, alterações na tolerância ao tratamento ou mudanças significativas no estado emocional, exigem um acompanhamento contínuo e ajustado ao contexto.

Neste enquadramento, a integração de instrumentos estruturados, como a Ontologia de Enfermagem e as medidas centradas na pessoa (ePROM/PROM), contribuiu para tornar mais explícito o raciocínio clínico, apoiar a documentação de decisões e incorporar sistematicamente a dimensão subjetiva na planificação do cuidado. Estas medidas são consideradas centradas na pessoa porque recolhem informação diretamente da própria pessoa sobre sintomas, impacto do tratamento, bem-estar e qualidade de vida, permitindo integrar a sua perspetiva na tomada de decisão clínica. Esta abordagem revelou-se particularmente útil no estudo de caso, por permitir monitorizar necessidades, reajustar intervenções e reconhecer ganhos psicossociais (como maior envolvimento, confiança e adesão), mesmo quando persistem limitações clínicas inerentes à DRC avançada (Moorhead et al., 2018). O estudo de caso integral pode ser consultado no Apêndice I.

No que concerne ao desenvolvimento de competências, o estágio contribuiu para aprofundar e aplicar de forma mais consistente as competências comuns do enfermeiro especialista, reforçando dimensões como a responsabilidade profissional e segurança, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e a tomada de decisão em contexto complexo. A participação em processos organizacionais (como a gestão e requisição de material clínico), em articulação com a enfermeira orientadora, permitiu compreender de forma concreta como os fatores logísticos e organizacionais condicionam a continuidade assistencial e a segurança, reforçando a necessidade de uma visão sistémica da qualidade do cuidado.

Paralelamente, foram aprofundadas competências específicas na área da pessoa em situação crónica, através da aplicação sistemática de avaliação clínica avançada, gestão de problemas complexos, educação terapêutica, apoio psicossocial e coordenação de cuidados em situações reais de elevada exigência. A prática evidenciou que intervenções educativas e psicossociais sustentadas, ajustadas à literacia e ao contexto de vida, são determinantes para reduzir vulnerabilidades, fortalecer a participação ativa e apoiar a integração do regime terapêutico na vida quotidiana, numa lógica de cuidado centrado na pessoa e na família (RNAO, 2015).

A vivência da “dupla identidade”, enfermeira experiente e estudante de mestrado, funcionou como um motor de crescimento profissional, ao exigir desaceleração, observação metódica e

explicitação do raciocínio subjacente às decisões. Este exercício de tornar visível o pensamento clínico, permitiu transformar rotinas em prática deliberada, justificável e avaliável, promovendo maior consciência profissional, reforçando a responsabilidade ética e consolidando uma prática avançada mais intencional.

A análise SWOT permitiu sintetizar fatores internos e externos com impacto no percurso. Identificaram-se forças associadas à experiência técnica, capacidade de sistematização, comunicação terapêutica e orientação para qualidade e segurança; fragilidades relacionadas com exigência emocional e gestão do tempo; oportunidades ligadas ao reforço de práticas centradas na pessoa e participação em projetos de melhoria contínua; e ameaças associadas à sobrecarga assistencial e risco de desgaste profissional. Esta leitura, resultante da análise SWOT, reforça a necessidade de desenvolvimento profissional contínuo, integrando atualização científica, liderança clínica, supervisão reflexiva e estratégias de autocuidado.

Recomendações para a prática e desenvolvimento futuro

A realização deste estágio foi um momento exigente e profundamente formativo, porque me obrigou a transformar experiência em prática especializada mais consciente. Em hemodiálise, percebi que a complexidade do cuidado exige presença, escuta, consistência e capacidade de reajustar intervenções ao ritmo e às prioridades de cada pessoa. Mais do que “fazer bem”, tornou-se essencial saber por que faço, o que estou a avaliar e que resultados pretendo alcançar.

Recomenda-se, em primeiro lugar, a manutenção de um percurso de formação contínua orientada para a prática avançada, com atualização regular sobre recomendações clínicas, segurança dos procedimentos e intervenção educativa e psicossocial. A qualidade do cuidado melhora quando a atualização deixa de ser pontual e passa a integrar a dinâmica profissional.

Reforça-se também a importância de uma educação terapêutica contínua, ajustada à literacia, ao contexto de vida e às prioridades da pessoa, com objetivos pequenos, verificáveis e alinhados com aquilo que a pessoa valoriza, envolvendo a família sempre que tal contribua para a segurança e continuidade do autocuidado.

Outra recomendação essencial prende-se com a centralidade na pessoa e na família e com a forma como a equipa organiza a comunicação e a tomada de decisão. A coerência entre profissionais, a consistência das mensagens e a existência de espaços regulares de alinhamento contribuem para maior segurança e continuidade.

Considera-se ainda fundamental incentivar a utilização sistemática de instrumentos que captem a experiência subjetiva da pessoa, a par dos indicadores clínicos, permitindo monitorizar evolução, reconhecer ganhos e reajustar intervenções com base em resultados observáveis.

No plano organizacional, recomenda-se atenção contínua aos aspetos logísticos e de recursos, dado o seu impacto direto na segurança e consistência do tratamento. A participação na gestão de material evidenciou como pequenas ruturas podem influenciar o cuidado e aumentar o stress da equipa e da pessoa.

Por fim, destaca-se a importância de estratégias de autocuidado profissional e supervisão reflexiva, essenciais para sustentar uma prática segura, humana e emocionalmente sustentável.

Em síntese, este percurso reforça que a enfermagem especializada se constrói na articulação entre conhecimento, reflexão e relação terapêutica. As recomendações apresentadas traduzem o compromisso de manter e aprofundar uma prática intencional, centrada na pessoa e na família, informada pela evidência e orientada para segurança, continuidade e ganhos reais na experiência de viver com a cronicidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. R. L. P., Oliveira, F. A., Costa, L. E. L., Alves, M. B., & Sousa, A. R. (2024). Intervenções de enfermagem para pessoas em tratamento hemodialítico: Validação de conteúdo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 26, e76073. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76073>

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Bennett, P., Warren, M., Aydin, Z., Beige, J., Bowes, E., Cheung, M., FINDERUP, J., Gallego, D., Hecking, M., Hurst, H., King, J. M., Kleophas, W., Liossatos, A., Martins, P., Masià-Plana, A., Meuleman, Y., Neri, L., Noruišienė, E., Ortiz, J., ... Tsukamoto, Y. (2024). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) workshop on the nurse's role in managing the symptoms of people receiving dialysis. *Kidney International Reports*, 10(2), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2024.11.029>

Bethel, S. R., Browne, T., Forfang, D., Joseph, J., Damron, K. C., & Brereton, L. (2021). The state of patient-centered outcomes research in chronic kidney disease: Perspectives from patients, care partners, and researchers. *Journal of Nephrology Social Work*, 45(1).

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. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-03952-4>

Entidade Reguladora da Saúde. (2025). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Entidade Reguladora da Saúde.

Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C. M., Tummalapalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., Fliser, D., Roy-Chaudhury, P., Fontana, M., Nangaku, M., Wanner, C., Malik, C., Hradsky, A., Adu, D., Bavanandan, S., Cusumano, A., Sola, L., Ulasi, I., & Jha, V. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: An international consensus. *Nature Reviews Nephrology*, 20(7), 473–485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2015). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5th ed.). Elsevier.

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses.

Kern, L. M., Bynum, J. P. W., & Pincus, H. A. (2024). Care fragmentation, care continuity, and care coordination—How they differ and why it matters. *JAMA Internal Medicine*, *184*(3), 236–237. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7628>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2022). *KDIGO 2022 clinical practice guideline for the management of chronic kidney disease*. *Kidney International Supplements*, *12*(1), 1–150. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(22\)00507-5/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(22)00507-5/fulltext)

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. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. (2020). *KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease*. *Kidney International*, *98*(4S), S1–S115. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.019>

Kim, E.-Y., & Lee, Y.-N. (2022). Coexisting with the life of patients with hemodialysis: Qualitative meta-synthesis study of life of caregivers of patients with hemodialysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(4), 2163. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042163>

Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Pearson Education.

Mancin, S., Palomares, S. M., Sguanci, M., Palmisano, A., Gazineo, D., Parozzi, M., Ricco, M., Savini, S., Ferrara, G., Anastasi, G., Cangelosi, G., Godino, L., & Andreoli, D. (2025). Relational

skills of nephrology and dialysis nurses in clinical care settings: A scoping review and stakeholder consultation. *Nurse Education in Practice*, 82, 104229. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104229>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing*. Springer Publishing Company.

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

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (6th ed.). Elsevier.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise: Guia orientador de boa prática* (Cadernos OE, Série 1, n.º 9). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 (16 de julho): Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698612>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt/>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and family-centred care*. Registered Nurses' Association of Ontario.

República Portuguesa. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto*. *Diário da República*, 1.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

República Portuguesa. (2025). *Portaria n.º 156/2025: Normas e orientação sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/156-2025-913947260>

Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in Nursing Science*, 42(3), 206–215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>

Santos, M. T., Halberstadt, B. M. K., Trindade, C. R. P., Lima, M. A. D. S., & Aued, G. K. (2022). Continuity and coordination of care: Conceptual interface and nurses' contributions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220100. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en>

Tyler, N., Hodkinson, A., Planner, C., Angelakis, I., Keyworth, C., Hall, A., Jones, P. P., Wright, O. G., Keers, R., Blakeman, T., & Panagioti, M. (2023). Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(11), e2344825. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825>

Wang, X., Tian, K., Hu, J., Kang, S., Deng, S., Gao, X., & Mo, Y. (2025). Patients' transition experience and care from predialysis to dialysis: A theory-guided integrative review. *BMC Nephrology*, 26, 182. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04104-4>

Weiner, M., Rinne, S. T., Haggstrom, D. A., & Yano, E. M. (2023). Advancing the science of electronic health record transitions. *Journal of General Internal Medicine*, 38(Suppl. 4), 931–933. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08333-x>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services (A69/39).* World Health Organization. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. * World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

ANEXOS

I

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

ANEXO 1 – Questionários ePROMs Exemplos

QUESTIONARIO DE SINTOMAS INTRA-DIALÍTICOS

Questionário de sintomas intra-dialíticos

Durante o último tratamento de diálise, você apresentou algum sintoma?

Sim

Não

Anterior

Questionário de sintomas intra-dialíticos

Quanto tempo você demorou para se recuperar de sua última sessão de diálise e retomar suas atividades normais e habituais?

Poucos minutos

Aproximadamente 1 hora

1-3 horas

3-8 horas

Mais de 8 horas

Eu não quero responder

Anterior

II

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista 1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

EFEITOS DA DOENÇA RENAL EM SUA VIDA DIÁRIA

Efeitos da doença renal em sua vida diária

Algumas pessoas sentem-se incomodadas com os efeitos da doença renal no seu dia-a-dia, enquanto outras não. Até que ponto é que a doença renal o/a incomoda em cada uma das seguintes áreas?

29. Restrição de líquidos

Nada incomodado

Um pouco incomodado

Moderadamente incomodado

Muito incomodado

Extremamente incomodado

Eu não quero responder

Efeitos da doença renal em sua vida diária

30. Restrição de dietética?

Nada incomodado

Um pouco incomodado

Moderadamente incomodado

Muito incomodado

Extremamente incomodado

Eu não quero responder

III

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

SUA DOENÇA RENAL

Sua doença renal

Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa para si?

13. A minha doença renal interfere demasiado na minha vida

Completamente verdadeira

Quase toda verdadeira

Não sei

Quase toda falsa

Completamente falsa

Eu não quero responder

Anterior

Sua doença renal

15. Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal

Completamente verdadeira

Quase toda verdadeira

Não sei

Quase toda falsa

Completamente falsa

Eu não quero responder

Anterior

IV

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista 1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

SUA SAUDE

Sua saúde

Este questionário inclui uma ampla variedade de perguntas sobre a sua saúde e a sua vida. Estamos interessados em saber como se sente em relação a cada um destes assuntos.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente

Muito boa

Boa

Razoável

Fraca

Eu não quero responder

Sua saúde

As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

2. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa

Sim, muito limitado/a

Sim, um pouco limitado/a

Não, nada limitado/a

Eu não quero responder

Anterior

ANEXO 2 – Certificados

Este anexo reúne os certificados e comprovativos relativos às atividades de comunicação científica, apresentações e participação em eventos realizadas durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os documentos encontram-se organizados por categoria, garantindo transparência e rastreabilidade das atividades desenvolvidas.

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo 2.1 – Certificado de participação

Certificado de participação no Cascais International Health Forum (20 –
21 março 2025) *Centro de Congressos do Estoril, Cascais, Portugal*



VII

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo 2.2 – Certificado de participação

Certificado de participação no Workshop “Distúrbios da deglutição: Espessantes” (17 junho 2025) Clínica de São Cristóvão – ASMECL, Lisboa.

 **clínica de
são.cristovão**
Hospital de Especialidade de
Enfermagem do Centro de Saúde de Lisboa

Clínica de São Cristóvão – ASMECL
Gabinete de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria Fernanda Gonçalves Fernandes**, portador(a) do Cartão de Cidadão n.º 10990688 8 ZW2, válido até 23.03.2031, participou como Formando(a) na seguinte ação de formação:

TEMA / CONTEÚDOS	MODALIDADE	DATA
WORKSHOP alimentares Distúrbios de deglutição: Espessantes	IIIH	17 junho

Clínica de São Cristóvão - 17 de junho de 2025
O Gestor do Gabinete de Formação

Gonçalo Vital, Ed.

Clínica de São Cristóvão - CSC - Departamento de Gestão Médica de Programas do Centro de Saúde de Lisboa - 010
Largo de São Cristóvão, 4 - 1100-003 Lisboa - Tel: 218 611 212 - Fax: 218 611 290 - geral@csclisboa.asmecl.com
Linha 180 222 266 - Fax: 218 611 266 - Atendimento: 218 611 265 - geral@csclisboa.asmecl.com

VIII

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo 2.3 – Certificado de participação

Certificado de participação no Workshop “Tratamento de feridas agudas e crónicas – A limpeza e a desinfeção” (17 junho 2025) *Clínica de São Cristóvão, Lisboa.*

 **clínica de
são.cristóvão**
Associação de Especialistas Médicos
de Enfermagem em Portugal de Lisboa

Clínica de São Cristóvão – ASMECL
Gabinete de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria Fernanda Gonçalves Fernandes**, portador(a) do Cartão de Cidadão n.º 10990688 8 ZW2, válido até 23.03.2031, participou como Formando(a) na seguinte acção de formação:

TEMA / CONTEÚDOS	HORAS	DATA
Tratamento de feridas agudas e crónicas: A limpeza e a desinfeção	1H	17 junho 2025

Clínica de São Cristóvão, 17 de junho de 2025
O Gestor do Gabinete de Formação

António Vitor Enfi

Clínica de São Cristóvão - ASE - Associação de Especialistas Médicos de Enfermagem em Portugal de Lisboa - IPE
Largo de São Cristóvão, 5, 1145-015 Lisboa - Tel 218 917 204 - Fax 218 917 209 - secretaria@clinicadeosao.cristovao.pt
N.º de Registo 122 299 - Ins.º Reg.º 218 917 300 - N.º de Reg.º 218 917 301 - geral@clinicadeosao.cristovao.pt
N.º de Reg.º 124 299 218 917 302

IX

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo 2.4 – Certificado de participação

Certificado de participação no 53º EDTNA/ERCA International Conference (11–
14 outubro 2025) *International Council of Nurses, Porto, Portugal.*



X

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo 2.5 – Certificado de participação

Certificado de participação no evento “Conversas Fim de Tarde – O Cuidado à Pessoa Mais Velha” (29 maio 2025) Ordem dos Enfermeiros, Clínica de São Cristóvão, Lisboa.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA FERNANDA GONÇALVES VIEIRA FERNANDES

membro nº 7583 desta Ordem, participou no(a) "Encontro - Conversas Fim de Tarde: "O Cuidado à Pessoa Mais Velha", realizado no(s) dia(s) no dia 29 de Maio de 2025, com duração total de 3h no(a) **Clínica de São Cristóvão, em Lisboa.**

Lisboa, 29 de Maio de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é aprovada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 6,48 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

XI

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Anexo 2.6 – Certificado de comunicação oral

“Inovação na gestão da medicação para clientes com doenças crónicas” (23 maio 2025)
IV Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA.



Anexo 2.7 – Certificado de comunicação oral

“As Intervenções do Navigator Nurse na Gestão da Doença Crónica: uma revisão rápida” (30 junho–1 julho 2025) *II Jornadas LusoSaúde 2025*.



CERTIFICADO

Andreia Oliveira participou como autora da Comunicação Oral,

Maria Fernandes, Maria Gomes, João Tomás, Isabel Rabiais, Luís Sousa e Helena José participaram como coautores da Comunicação Oral,

com o título “As Intervenções do Navigator Nurse na Gestão da Doença Crónica: uma revisão rápida”, 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, XX de julho de 2025

P'la Comissão Organizadora

Acedido por: **VERA MAFALDA GOMES DUARTE**
Num. de identificação: 11458109
Data: 2025.07.26 11:54:17+0100
Prof.ª Doutora Mafalda Duarte
(Direção da RACS)



Anexo 2.8 – Certificado de comunicação oral

“A intersecção das práticas de enfermagem e a adaptação à doença crónica: Uma análise multidimensional” (2025) II Jornadas LusoSaúde 2025.



Jornadas Científicas da Saúde da Lusofonia – II LusoSaúde 2025

CERTIFICADO

Andreia Oliveira participou como autor da Comunicação Oral,

Maria Fernandes, Maria Gomes, João Tomás, Isabel Rabiais, Luís Sousa e Helena José participaram como coautoras da Comunicação Oral,

com o título “A Intersecção das Práticas de Enfermagem e a Adaptação à Doença Crónica: Uma Análise Multidimensional”, 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^{ta} Comissão Organizadora

Assinado por: **VERA MAFALDA GOMES DUARTE**
Núm. de identificação: 11658109
Data: 2025.07.28 14:50:32+01:00

Prof.ª Doutora Mafalda Duarte
(Direção da RACS)



XIV

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

APÊNDICES

a
Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Apêndice I — Estudo de caso

b

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM

À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

ESTÁGIO II

UNIDADES DE TRATAMENTO AMBULATORIO E ESTRUTURAS DE APOIO NA

COMUNIDADE

Plano de Cuidados Especializado na Adaptação da Pessoa Jovem com Doença

Renal Crónica

Estudo de Caso

Elaborado por:

Maria Fernanda Gonçalves Vieira Fernandes N.º 202490320

DOCENTES

Profª Doutora Helena José

Profª Doutora Isabel Rabiais

ORIENTADOR

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermeira Ana Sofia Mendes, Enfermeira Vera Andrade

Barcarena, 11 de dezembro 2025

C

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM

À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

ESTÁGIO II

UNIDADES DE TRATAMENTO AMBULATÓRIO E ESTRUTURAS DE APOIO NA

COMUNIDADE

Plano de Cuidados Especializado na Adaptação da Pessoa Jovem com Doença Renal Crónica

Estudo de Caso

Elaborado por:

Maria Fernanda Gonçalves Vieira Fernandes N.º 202490320

DOCENTES

Profª Doutora Helena José

Profª Doutora Isabel Rabiais

ORIENTADOR

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermeira Ana Sofia Mendes, Enfermeira Vera Andrade

Barcarena, 11 de dezembro 2025

d

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

RESUMO

Este estudo de caso descreve uma jovem de 30 anos com Doença Renal Crónica em estágio 5, em hemodiálise há cerca de um ano, marcada por múltiplas comorbilidades e desafios emocionais. A observação participante e o plano de cuidados centrado na pessoa permitiram identificar necessidades clínicas, emocionais e sociais que influenciam a adaptação ao tratamento. As intervenções especializadas incluíram escuta ativa, apoio emocional, educação terapêutica e colaboração multidisciplinar. A análise SWOT orientou estratégias individualizadas. Os resultados mostram ganhos psicossociais relevantes, como maior expressão das emoções, retoma gradual de objetivos pessoais e reforço da autoestima, apesar da instabilidade clínica e nutricional. O estudo sublinha a função do enfermeiro especialista na promoção de uma transição segura e humanizada, integrando cuidados clínicos e psicossociais para melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação crónica.

Descritores: Doença Renal Crónica (DRC); Hemodiálise; Adaptação à Doença Crónica; Enfermagem centrada na pessoa; Cuidados especializados

This case study describes a 30-year-old woman with end-stage Chronic Kidney Disease, undergoing hemodialysis for about one year and facing multiple comorbidities and emotional challenges. Participant observation and a person-centered care plan identified clinical, emotional, and social needs shaping adaptation to treatment. Specialized nursing interventions included active listening, emotional support, therapeutic education, and collaboration with the multidisciplinary team. A SWOT analysis guided individualized strategies. Findings show psychosocial gains such as greater emotional expression, gradual resumption of personal goals, and strengthened self-esteem, despite ongoing clinical and nutritional instability. The study highlights the contribution of the specialist nurse in fostering a safe and humanized transition, integrating clinical and psychosocial care to enhance quality of life in chronic illness.

Keywords: Chronic Kidney Disease (CKD); Hemodialysis; Adaptation to Chronic Illness; Person-Centered Nursing; Specialized Nursing Care

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

f

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BCM: Body Composition Monitor

ESSATLA: Escola Superior de Saúde Atlântica

DGS: Direção-Geral de Saúde

PROM: Patient-Reported Outcome Measure

OE: Ordem dos Enfermeiros

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. OBJETIVOS	7
1.1 Objetivo Geral	7
1.2 Objetivos específicos	7
1.3 Questão norteadora	7
2. MATERIAIS E MÉTODOS	7
2.1. Caracterização Clínica e Psicossocial	9
2.2. Medicação habitual	9
2.3. Impacto da Disautonomia	9
2.4 Perfil psicossocial	9
2.5 Análise SWOT	10
2.6 Plano de Cuidados	11
3. RESULTADOS	14
3.1 Resultados laboratoriais.....	14
3.2 Peso seco, ganhos interdialíticos e BCM	14
3.3 Parâmetros hemodinâmicos	14
3.4 Resumo dos últimos tratamentos	15
3.5 Terapêutica farmacológica e adesão:	15
3.6 Dimensão psicossocial e perceção da utente:	15

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

4.DISSCUSSÃO	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7
ANEXOS	8
Anexo I – Resultados laboratoriais	9
Anexo II – Evolução do peso seco (BCM)	10
Anexo III – Valores tensionais médios	11
Anexo IV – Resumo dos últimos tratamentos	12
Anexo V – Terapêutica farmacológica	13

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) representa um desafio crescente para os sistemas de saúde, não apenas pela sua prevalência, mas pelo impacto multidimensional que exerce sobre a vida das pessoas. Em Portugal, estima-se que cerca de 13% da população adulta apresente algum grau de DRC, sendo a hemodiálise a terapêutica substitutiva mais comum (Direção-Geral da Saúde, 2022; Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023).

O início do tratamento Hemodialítico constitui uma transição crítica, marcada por alterações físicas, emocionais e sociais. A pessoa vê-se confrontada com mudanças abruptas na rotina, na imagem corporal, na autonomia e nas relações interpessoais. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista é fundamental para promover uma adaptação segura, humanizada e centrada na pessoa.

Este estudo acompanha uma jovem de 30 anos com múltiplas comorbilidades em programa de hemodiálise há cerca de um ano. A utente apresenta episódios recorrentes de instabilidade clínica, ansiedade, dificuldades alimentares e isolamento social, o que torna o seu percurso particularmente desafiante. Através da observação participante e da construção de um plano de cuidados individualizado, este estudo visa refletir sobre as intervenções especializadas que podem facilitar a adaptação à doença e ao tratamento.

A complexidade clínica e psicossocial desta utente, marcada por instabilidade metabólica, sintomas autonómicos e impacto emocional significativo, reforça a necessidade de uma abordagem integrada, centrada na pessoa, que contemple dimensões clínicas, educativas e psicossociais. Esta perspetiva orientou a construção do plano de cuidados, visando promover adaptação à doença, reduzir ansiedade, melhorar adesão terapêutica e qualidade de vida.

O estudo aplicou a Ontologia de Enfermagem para identificar focos prioritários, definir diagnósticos e orientar intervenções especializadas, em coerência com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Promover a adaptação da pessoa jovem com Doença Renal Crónica ao tratamento hemodialítico, através de intervenções de enfermagem especializadas, centradas na pessoa e orientadas para a melhoria da sua qualidade de vida.

1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos consistem em: identificar fatores clínicos, emocionais e sociais que condicionam a adaptação; estabelecer relação terapêutica com escuta ativa e apoio emocional; elaborar plano de cuidados segundo a Ontologia de Enfermagem; implementar estratégias educativas e psicossociais para autocuidado e adesão; avaliar ganhos em saúde e indicadores de qualidade de vida reportados pela utente.

1.3 Questão norteadora

De que modo um plano de cuidados de enfermagem especializado pode promover a adaptação de uma pessoa jovem com Doença Renal Crónica ao tratamento hemodialítico em unidade de tratamento ambulatorio?

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso clínico, de natureza descritiva, desenvolvido em contexto de prática clínica especializada em hemodiálise, com recurso a observação participante e análise documental. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, não tendo sido recolhidos elementos de identificação pessoal. A pessoa em estudo autorizou expressamente a utilização da informação clínica para fins académicos.

O estudo foca uma utente jovem, em tratamento hemodialítico crónico em unidade de tratamento ambulatorio, integrando dados clínicos, funcionais e psicossociais relevantes para a compreensão do processo de adaptação à doença e ao tratamento.

Este estudo de caso foi realizado no âmbito do Estágio II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, num serviço de hemodiálise onde o enfermeiro especialista assume uma função central na gestão da transição saúde/doença, na segurança do tratamento e na promoção da qualidade de vida. A intervenção foi enquadrada pela Ontologia de Enfermagem e pelas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica, bem como por recomendações nacionais e internacionais, incluindo normas da Direção-Geral da Saúde e guidelines KDIGO.

A recolha de dados incluiu: consulta do processo clínico, registos de enfermagem e exames complementares de diagnóstico; parâmetros laboratoriais (hemoglobina, ureia, creatinina, fósforo, cálcio, albumina, proteína C-reativa e HbA1c); dados dialíticos (peso seco, ganhos interdialíticos, volume ultrafiltrado, tempo de tratamento); e parâmetros hemodinâmicos (tensão arterial pré e pós-hemodiálise, episódios de hipotensão intradialítica). Foram ainda considerados registos relativos à terapêutica farmacológica em curso e aos episódios intercorrentes no período em análise.

Os dados foram sistematizados em quadros e gráficos, permitindo correlacionar a evolução clínica com as intervenções de enfermagem especializadas. Estes elementos encontram-se organizados em anexos:

- Anexo I – Resultados laboratoriais;
- Anexo II – Evolução do peso seco Body Composition Monitor (BCM);
- Anexo III – Valores tensionais médios;
- Anexo IV – Resumo dos últimos tratamentos;

- Anexo V – Terapêutica farmacológica, possibilitando a consulta detalhada dos dados objetivos recolhidos.

O recorte temporal considerado correspondeu ao período de setembro a dezembro de 2025, coincidindo com a realização e conclusão do Estágio II e com a elaboração do presente estudo de caso.

Para avaliação funcional, foi utilizada a Escala de Barthel, incorporada no sistema informático da unidade, permitindo aferir o grau de dependência nas atividades de vida diária e orientar intervenções ajustadas às necessidades da pessoa. Complementarmente, foi aplicado um electronic Patient-Reported Outcome Measure (ePROM) específico para pessoas em hemodiálise, com o objetivo de integrar a perceção subjetiva da utente sobre sintomas, impacto psicossocial e qualidade de vida no processo de tomada de decisão em enfermagem.

A intervenção de enfermagem e o plano de cuidados foram delineados à luz dos resultados de uma revisão scoping prévia sobre intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa e do cuidador à hemodiálise, na qual emergiram como centrais intervenções educativas, psicossociais, preventivas e humanizadoras. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva, permitindo observar tendências e variações ao longo do tempo, enquanto os dados qualitativos foram objeto de análise interpretativa, articulando os focos de atenção de enfermagem com o contexto de vida da utente.

2.1. Caracterização Clínica e Psicossocial

A utente é uma jovem de 30 anos, com Doença Renal Crónica (DRC) em estágio 5, em programa de hemodiálise há cerca de um ano, secundária a nefropatia diabética e hipertensiva. Apresenta múltiplas comorbilidades: diabetes mellitus insulínica com mau controlo metabólico, hipertensão arterial mal controlada, hipotireoidismo, gastroparesia diabética, disautonomia e perturbação ansiosa, além de nódulos hepáticos em investigação. Tem Histórico de internamentos frequentes por complicações metabólicas e infeções associadas ao acesso vascular.

2.2. Medicação habitual

Regime habitual: insulina, anti-hipertensores, ansiolíticos/antidepressivos, quelantes de fósforo e terapêutica intradialítica (darboepoetina, ferro EV). A complexidade exige monitorização rigorosa da adesão e efeitos adversos (ver. Anexo V).

2.3. Impacto da Disautonomia

A disautonomia presente na utente corresponde a uma disfunção do sistema nervoso autónomo, responsável pela regulação involuntária de funções vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, motilidade gastrointestinal e sudorese. Esta condição contribui para episódios de hipotensão durante a diálise, taquicardia, náuseas e vômitos incoercíveis, agravando a instabilidade clínica e dificultando a adesão ao regime terapêutico. A imprevisibilidade dos sintomas aumenta a vulnerabilidade emocional, potenciando ansiedade e sentimentos de perda de controlo, o que justifica a necessidade de uma abordagem integrada que contemple intervenções clínicas, educativas e psicossociais.

2.4 Perfil psicossocial

A utente verbaliza sentimentos de culpa pela evolução da doença, reconhecendo baixa adesão ao regime terapêutico no passado. Revela dificuldades na aceitação do diagnóstico, baixa autoestima, isolamento social e medo do preconceito, agravados pelo término de uma relação afetiva durante o internamento. Está de baixa laboral e encontra-se em acompanhamento psiquiátrico e psicológico, com diagnóstico de perturbação ansiosa. Apesar das dificuldades, manifesta objetivos pessoais como retomar atividades significativas (dança, viagens) e encontra-se em processo de avaliação para transplante reno-pancreático, o que representa simultaneamente esperança e receio. Os objetivos pessoais foram integrados como indicadores psicossociais de ganho e reforço motivacional

Este perfil evidencia a necessidade de uma abordagem integrada, que contemple simultaneamente dimensões clínicas, emocionais e sociais, reforçando a intervenção da enfermagem especializada na gestão da transição saúde/doença.

2.5 Análise SWOT

A análise SWOT permitiu identificar forças, fragilidades, oportunidades e ameaças que influenciam o processo de adaptação da utente ao tratamento Hemodialítico. Esta abordagem orienta a priorização da intervenção especializada do enfermeiro centrada na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Forças (Strengths)	Fragilidades (Weaknesses)	Oportunidades (Opportunities)	Ameaças (Threats)
Presença regular nas sessões de hemodiálise, demonstrando compromisso com o tratamento	Instabilidade clínica frequente (hipotensão, hiperglicemia, vômitos, cetoacidose), dificultando a adesão ao regime terapêutico	Intervenção especializada do enfermeiro centrada na pessoa, com foco na escuta ativa, educação terapêutica e apoio emocional	Risco de complicações graves associadas à instabilidade clínica (infecções, desnutrição)
Apoio familiar dos pais consistente, especialmente da mãe, que acompanha e reforça cuidados	Perturbação ansiosa com impacto na alimentação	Retoma de atividades significativas (ex: dança), como estratégia de recuperar autoestima	Vulnerabilidade emocional agravada por eventos traumáticos recentes (fim de relação, múltiplos internamentos)
Capacidade de verbalizar emoções e aceitar ajuda especializada (psiquiatria e psicologia)	Perceção negativa de si mesma, com sentimentos de culpa e isolamento social	Integração em equipa multidisciplinar com acesso a cuidados especializados (nefrologia, nutrição, saúde mental)	Potencial de descontinuidade terapêutica em caso de agravamento do estado emocional
Motivação para o transplante renal-pancreático, com envolvimento ativo nas consultas de pré-transplante	Adesão parcial à medicação e dificuldades no controlo da glicemia	Possibilidade de transplante como objetivo motivador para o fortalecimento do autocuidado	Estigma social e autoexclusão, que podem comprometer a reintegração social e profissional

Com base na SWOT, foram estabelecidas prioridades que incluem controlar a instabilidade clínica e a ansiedade, enquanto se potencia a motivação para o transplante e o suporte da família.

2.6 Plano de Cuidados

Durante o estágio, sempre que foi possível, fiquei responsável por prestar cuidados à pessoa, realizando a monitorização dos focos descritos e promovendo uma escuta ativa no sentido de criar uma relação de empatia e confiança. Este processo permitiu desenvolver competências de responsabilidade ética, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagem profissional, conforme Regulamento n.º 140/2019.

De forma a sintetizar os focos identificados e facilitar a visualização global do plano de cuidados, apresenta-se o seguinte quadro resumo:

Foco	Objetivo	Intervenções	Indicadores de Avaliação
Adaptação à doença crónica comprometida	Promover aceitação do regime dialítico e da condição crónica	Escuta ativa; educação terapêutica; expressão emocional; encaminhamento e seguimento em psicologia/psiquiatria	Compreensão da condição; participação nas decisões; esperança em objetivos pessoais
Ansiedade elevada	Reduzir episódios de ansiedade durante a diálise	Ambiente terapêutico seguro; técnicas de relaxamento; apoio emocional; promover seguimento em psicologia/psiquiatria	Redução da frequência/intensidade; maior verbalização dos medos; melhoria da tolerância
Nutrição desequilibrada	Melhorar ingestão alimentar com refeições regulares e prevenção de hipoglicemias	Monitorização da glicemia; articulação com nutrição; educação alimentar; acompanhamento do peso seco	Redução de hipoglicemias; melhoria da ingestão; estabilização do peso seco
Integridade do acesso vascular em risco	Prevenir complicações no acesso vascular	Vigilância contínua (Qa); educação sobre sinais de alarme; articulação com equipa médica; cuidados locais	Ausência de infeções; funcionalidade da fístula; participação ativa na vigilância

Autoimagem alterada	Promover autoestima e reintegração social	Consulta de enfermagem; atividades significativas; apoio emocional; incentivar idas a consulta de psicologia	Verbaliza objetivos pessoais; retoma de atividades; redução da autoexclusão
---------------------	---	--	---

O plano de cuidados elaborado vai além da simples resposta prática às necessidades identificadas, estando fundamentado em recomendações nacionais e internacionais que asseguram rigor científico e clínico. Cada foco foi estruturado à luz das guidelines da KDIGO, das normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e das competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A fundamentação apresentada a seguir evidencia como a prática clínica especializada se articula com a evidência científica, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e orientada para a humanização do cuidado.

Adaptação à doença crónica comprometida:

A intervenção centrada na escuta ativa, educação terapêutica e encaminhamento para apoio psicológico encontra fundamento nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Direção-Geral da Saúde, 2022), que sublinha o contributo do enfermeiro especialista em apoiar a pessoa e família na vivência da doença crónica. A Direção-Geral da Saúde (2022), no Plano Nacional para a Doença Renal Crónica, reforça a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa e no suporte psicossocial. De igual modo, a KDIGO (2022) recomenda a educação terapêutica como elemento essencial para promover a adesão e a compreensão da condição crónica.

Ansiedade elevada:

A criação de um ambiente terapêutico seguro e o recurso a técnicas de relaxamento estão em consonância com as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2020), que incluem a gestão do risco e a maximização do ambiente terapêutico. A DGS (Norma 015/2020) sobre saúde mental em doença crónica recomenda a integração de apoio psicológico nos programas de tratamento. A KDIGO (2022) reconhece o impacto da ansiedade na adesão ao regime dialítico, sublinhando a importância do suporte multidisciplinar.

Nutrição desequilibrada:

A monitorização da glicemia, articulação com consulta de nutrição e educação alimentar seguem as recomendações da KDIGO (2020 – Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD), que enfatiza a necessidade de avaliação nutricional regular e intervenção dietética individualizada. A DGS (Norma 019/2019) reforça a importância da educação alimentar em pessoas com doença crónica. A OE (Reg. 429/2018) destaca a competência do enfermeiro especialista em gerir cuidados complexos, incluindo a dimensão nutricional.

Integridade do acesso vascular em risco:

A vigilância contínua da fístula arteriovenosa e a educação sobre sinais de alarme estão fundamentadas nas recomendações da KDIGO (2019 – Vascular Access Guideline), que preconiza monitorização sistemática e educação da pessoa para prevenir complicações. A OE (Reg. 429/2018) reforça a competência de garantir segurança e qualidade dos cuidados em terapias invasivas. A DGS (Norma 020/2021) sobre segurança do acesso vascular estabelece protocolos de vigilância e prevenção de infeções, em linha com as intervenções propostas.

Autoimagem alterada:

As intervenções de apoio emocional, promoção de atividades significativas e articulação com psicologia estão alinhadas com as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, Reg. 140/2019), que incluem a promoção da dignidade e da reintegração social. A Estratégia Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2021) recomenda a valorização da autoestima e a integração de apoio psicossocial. A KDIGO (2022) reconhece o impacto da doença renal crónica na qualidade de vida e sublinha a necessidade de suporte psicossocial como parte integrante do plano de cuidados.

Durante o estágio, a aplicação do plano de cuidados revelou ganhos concretos. A escuta ativa permitiu que a utente verbalizasse medos e expectativas, reduzindo episódios de ansiedade durante a diálise. A educação alimentar, realizada em articulação com a equipa de nutrição, contribuiu para uma maior consciência sobre as escolhas alimentares, ainda que persistam dificuldades na adesão. A vigilância contínua da fístula arteriovenosa possibilitou a deteção precoce de

r

sinais de complicação, aumentando a segurança clínica. A implementação do plano de cuidados permitiu, assim, monitorizar de forma sistemática os indicadores clínicos e psicossociais definidos, preparando a análise dos resultados apresentados na secção seguinte.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos evidenciam a complexidade da adaptação de uma pessoa jovem com Doença Renal Crónica ao regime hemodialítico, traduzida pela conjugação de instabilidade clínica, múltiplas comorbilidades, impacto psicossocial significativo e exigências de um tratamento crónico de elevada complexidade tecnológica. Nesta secção apresentam-se os principais achados, complementados pelas informações detalhadas constantes nos anexos.

3.1 Resultados laboratoriais

A análise seriada dos resultados laboratoriais (Anexo I) mostrou hemoglobina globalmente dentro dos valores alvo recomendados (11–12 g/dL), sugerindo controlo aceitável da anemia ao longo do período em estudo. Em contraste, o fósforo sérico manteve-se persistentemente elevado, acima dos valores desejáveis, e a HbA1c permaneceu aumentada, indicando dificuldade em alcançar um controlo metabólico adequado. A albumina apresentou valores baixos em vários momentos, em associação com episódios de vómitos e anorexia, compatíveis com risco nutricional acrescido.

3.2 Peso seco, ganhos interdialíticos e BCM

A evolução do peso seco e dos ganhos interdialíticos encontra-se representada no Anexo II. A utente manteve um peso seco médio de cerca de 42 kg, com ganhos interdialíticos médios próximos de 1,2 kg. No entanto, observam-se oscilações relevantes em determinados períodos, com ganhos superiores aos desejáveis, associados a maior ingestão hídrica e a episódios intercorrentes, o que contribuiu para uma maior exigência na gestão da ultrafiltração durante as sessões.

S

3.3 Parâmetros hemodinâmicos

Os registos tensionais médios pré e pós-hemodiálise (Anexo III) evidenciam valores frequentemente elevados antes do tratamento, por vezes superiores a 180 mmHg, alternando com episódios de hipotensão intradialítica e pós-tratamento. A média das últimas semanas confirma a presença de instabilidade hemodinâmica persistente, com necessidade de ajustamentos frequentes na velocidade de ultrafiltração e na terapêutica anti-hipertensora.

3.4 Resumo dos últimos tratamentos

O resumo dos últimos tratamentos (Anexo IV) mostra variabilidade no volume ultrafiltrado, entre 0 e 2,5 L, com impacto direto na tolerância da utente à sessão de diálise. Em alguns tratamentos registaram-se intercorrências como náuseas, vômitos, mal-estar marcado e hipotensão, exigindo intervenções imediatas da equipa de enfermagem e, em situações pontuais, redução ou interrupção temporária da ultrafiltração. Estes dados reforçam a necessidade de monitorização rigorosa e de decisões clínicas rápidas face à resposta da utente ao tratamento.

3.5 Terapêutica farmacológica e adesão:

A terapêutica habitual e intradialítica encontra-se sintetizada no Anexo V, incluindo insulina, anti-hipertensores, quelantes de fósforo, psicofármacos e fármacos administrados em hemodiálise (como agentes estimuladores da eritropoiese e ferro endovenoso). De forma geral, a utente aderiu ao regime farmacológico prescrito, ainda que tenham sido identificados momentos de menor concordância com as recomendações dietéticas e de restrição hídrica, o que se refletiu nos parâmetros laboratoriais e dialíticos.

3.6 Dimensão psicossocial e percepção da utente:

No plano psicossocial, a observação participante e os registos de enfermagem sugerem evolução positiva em algumas dimensões, nomeadamente maior verbalização das emoções, participação mais ativa nas decisões sobre o plano de cuidados e retoma gradual de objetivos pessoais. A aplicação do Patient-Reported Outcome Measure (ePROM) permitiu registar melhorias em domínios como a percepção de apoio, a esperança e a participação no cuidado, apesar da manutenção de níveis significativos de preocupação com o futuro e de receio face a complicações clínicas.

Na secção seguinte procede-se à análise crítica destes resultados, articulando-os com a evidência científica disponível e com o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.

4.DISCUSSÃO

A análise integrada dos dados clínicos, dialíticos, hemodinâmicos e psicossociais evidencia a complexidade da adaptação de uma pessoa jovem com Doença Renal Crónica ao regime hemodialítico. A presença de múltiplas comorbilidades, disautonomia e instabilidade metabólica condiciona fortemente a possibilidade de alcançar estabilidade clínica, tornando o processo de adaptação particularmente exigente. Ainda assim, observaram-se ganhos relevantes na esfera emocional e relacional, traduzidos em maior verbalização das emoções, participação no plano de cuidados e retoma de objetivos pessoais, o que constitui um indicador importante de adaptação em contexto de doença crónica.

No plano clínico, a manutenção da hemoglobina dentro dos valores recomendados demonstra eficácia parcial da terapêutica intradialítica, em consonância com as recomendações internacionais para o controlo da anemia em hemodiálise. Em contraste, o fósforo persistentemente elevado e a HbA1c aumentada evidenciam dificuldades na adesão às recomendações dietéticas e ao regime insulino terapêutico, aspeto amplamente descrito na literatura em pessoas jovens em hemodiálise, frequentemente confrontadas com restrições alimentares rigorosas e com fadiga associada ao tratamento. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções educativas

individualizadas, contínuas e centradas nas prioridades da pessoa, mais do que em abordagens pontuais ou exclusivamente prescritivas.

Do ponto de vista dialítico, os ganhos interdialíticos médios e a variabilidade do volume ultrafiltrado confirmam a instabilidade hemodinâmica evidenciada nos registos tensionais. A ocorrência de episódios de hipotensão, náuseas, vômitos e mal-estar durante a sessão ilustra a vulnerabilidade cardiovascular associada à disautonomia e à combinação de comorbilidades. Estes achados estão em linha com orientações nacionais e internacionais que sublinham a importância da monitorização rigorosa da ultrafiltração, da pressão arterial e da sintomatologia associada, bem como da necessidade de ajustes individualizados ao esquema de tratamento.

A integridade do acesso vascular surgiu como foco de atenção central, dado o historial de complicações e o risco permanente de disfunção ou infeção. A vigilância sistemática da fístula arteriovenosa e a educação sobre sinais de alarme estão de acordo com as recomendações que preconizam a monitorização regular e a capacitação da pessoa para identificar precocemente alterações, integrando a segurança clínica como dimensão estruturante do contributo do enfermeiro especialista.

No plano psicossocial, os resultados confirmam a relevância de uma intervenção centrada na pessoa, assente na escuta ativa, na construção de uma relação terapêutica de confiança e no apoio emocional continuado. A utilização do ePROM permitiu integrar a perspetiva da utente na avaliação dos resultados, valorizando a sua experiência subjetiva de sintomas, preocupações e impacto do tratamento no quotidiano. Esta abordagem está em consonância com os princípios da enfermagem centrada na pessoa e na família, que defendem a inclusão sistemática da voz da pessoa nos processos de decisão clínica.

Estes achados convergem com a revisão scoping realizada previamente, na qual as intervenções educativas, psicossociais, preventivas e humanizadoras emergiram como eixos estruturantes da adaptação em hemodiálise. Tal como descrito nos estudos analisados, a combinação de educação terapêutica, apoio emocional, envolvimento ativo da pessoa no planeamento de cuidados e atenção à dimensão relacional e espiritual mostrou potencial para mitigar o impacto da doença

crónica, reforçar a adesão e promover esperança. A prática desenvolvida neste estudo de caso confirma, em contexto individual, a pertinência dessas intervenções e a sua aplicabilidade na realidade clínica.

Do ponto de vista formativo, a gestão deste caso contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, nomeadamente na avaliação clínica integrada, na utilização da Ontologia de Enfermagem para identificar focos de atenção prioritários, na planificação de cuidados complexos e na articulação entre dimensões clínicas e psicossociais. A necessidade de ajustar continuamente o plano de cuidados, em função da resposta da utente e da evolução clínica, reforçou competências de tomada de decisão, reflexividade e trabalho em equipa interdisciplinar.

Importa, contudo, reconhecer limitações: trata-se de um único estudo de caso, com recorte temporal limitado e sem aplicação de instrumentos psicométricos adicionais que permitissem quantificar de forma mais robusta mudanças em ansiedade, depressão ou qualidade de vida. Ainda assim, a integração sistemática de dados objetivos (laboratoriais, dialíticos e hemodinâmicos) com dados subjetivos (ePROM, observação participante e registos narrativos) confere consistência à análise realizada e oferece pistas relevantes para o desenho de futuras intervenções e investigações em contextos semelhantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso permitiu aprofundar a compreensão da adaptação de uma pessoa jovem com Doença Renal Crónica ao tratamento hemodialítico, num contexto marcado por instabilidade clínica, múltiplas comorbilidades e impacto psicossocial significativo. A intervenção de enfermagem especializada, ancorada na Ontologia de Enfermagem e nas competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica, possibilitou a identificação de focos de atenção prioritários e a construção de um plano de cuidados centrado na pessoa, articulando dimensões clínicas, funcionais e emocionais.

As intervenções implementadas; escuta ativa, apoio emocional, educação terapêutica, vigilância rigorosa do acesso vascular, monitorização de parâmetros dialíticos e hemodinâmicos, utilização de instrumentos de avaliação funcional e de resultados reportados pela pessoa, contribuíram para reforçar a participação da utente no seu processo de cuidado, melhorar a compreensão da doença e do tratamento e promover indicadores de adaptação, apesar da persistência de desafios clínicos relevantes.

Este estudo confirma, em contexto individual, os achados da revisão scoping desenvolvida previamente, ao evidenciar a relevância central das intervenções educativas, psicossociais, preventivas e humanizadoras na promoção da adaptação à hemodiálise. A articulação entre investigação e prática clínica revelou-se fundamental para sustentar decisões de enfermagem informadas, coerentes com a melhor evidência disponível e ajustadas às necessidades, valores e expectativas da pessoa.

Do ponto de vista formativo, o percurso desenvolvido contribuiu para o reforço de competências clínicas, éticas e relacionais, consolidando uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência, na humanização do cuidado e na presença ativa junto da pessoa em situação crónica. Reforça-se, assim, a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na família, que reconhece a singularidade de cada trajetória de doença e procura promover confiança, esperança e dignidade ao longo de todo o processo de transição saúde/doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 019/2019 – Educação alimentar em pessoas com doença crónica.*

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma n.º 015/2020 – Saúde mental em doença crónica.*

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Estratégia nacional para a saúde mental.*

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Norma n.º 020/2021 – Segurança do acesso vascular.*

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional para a doença renal crónica.*

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2019). *Clinical practice guideline for vascular access.*

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2020). *Clinical practice guideline for nutrition in chronic kidney disease.*

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2022). *Clinical practice guideline for the management of chronic kidney disease.*

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.*

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 – Competências comuns do enfermeiro especialista.*

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Orientações para a monitorização da ultrafiltração e pressão arterial em hemodiálise.*

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2021). *Best practice guidelines: Person- and family-centered care.*

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). *Relatório anual da SPN sobre a prevalência da doença renal crónica em PortuANEXOS*

Anexos

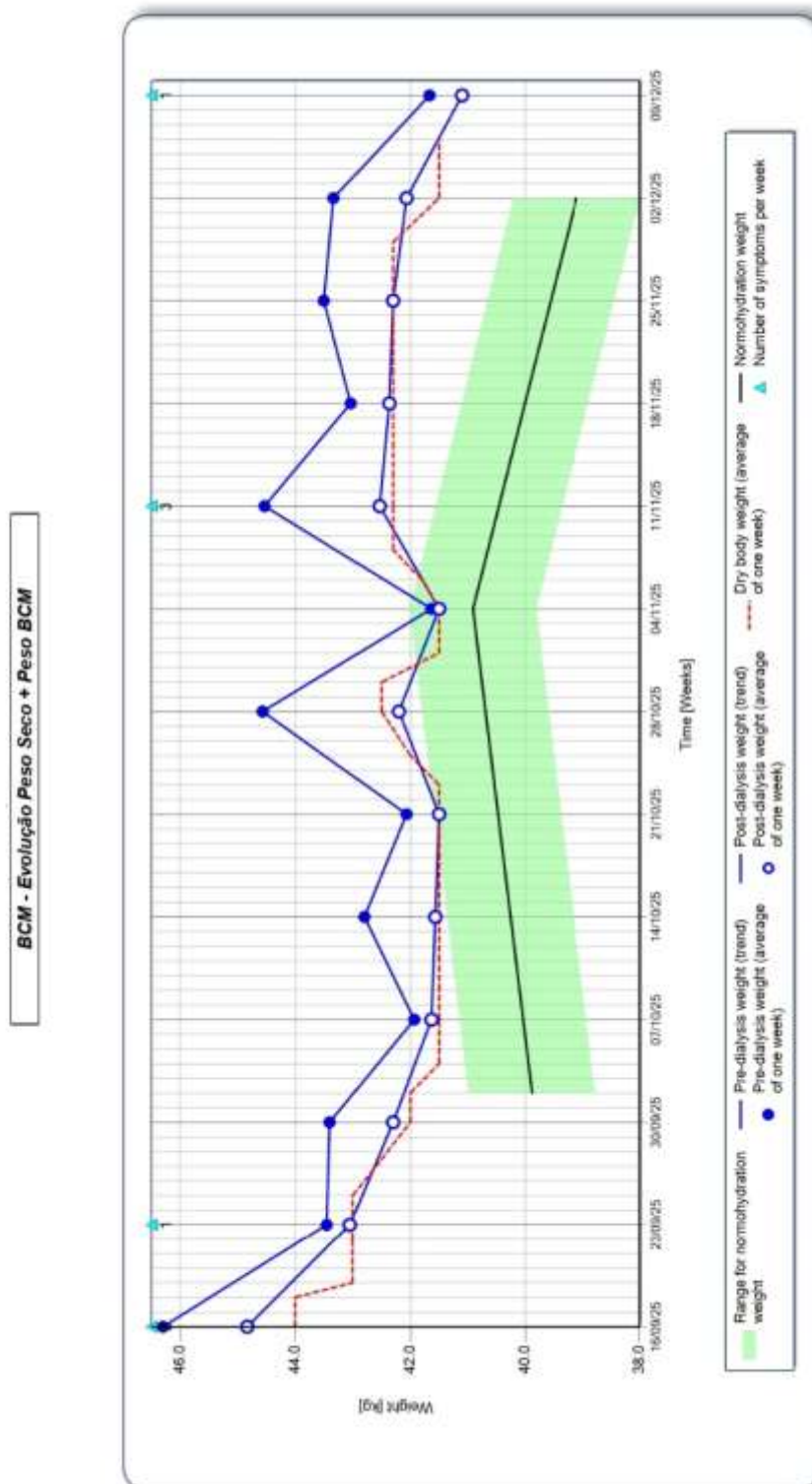
Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
 1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
 à Pessoa em Situação Crónica

Anexo I – Resultados laboratoriais

Resultados Laboratoriais

			13/11/2025	09/10/2025	11/09/2025
Dose Diálise	Ureia (Pré Diálise)	mg/dl	56.00	56.00	66.00
Electrolitos	Potássio (Pré Diálise)	mEq/l	5.20	3.90	4.70
	Sódio (Pré Diálise)	mEq/l	137.00		
	Cloro (Pré Diálise)	mmol/l			
Metabolismo ósseo e mineral	Produto Fósforo/Cálcio	(mg/dl) ²	40.00	26.60	33.32
	Fósforo (Pré Diálise)	mg/dl	4.00	2.80	3.40
	PTHi	ng/l	22.24		
	PTH método de avaliação (se)		Método de avaliação não disponível	Método de avaliação não disponível	Método de avaliação não disponível
	PTH (si) corregida	pg/ml	22.24		
	Cálcio Total	mg/dl	10.00	9.50	9.80
Metais Tóxicos	Alumínio	µg/l	10.30		

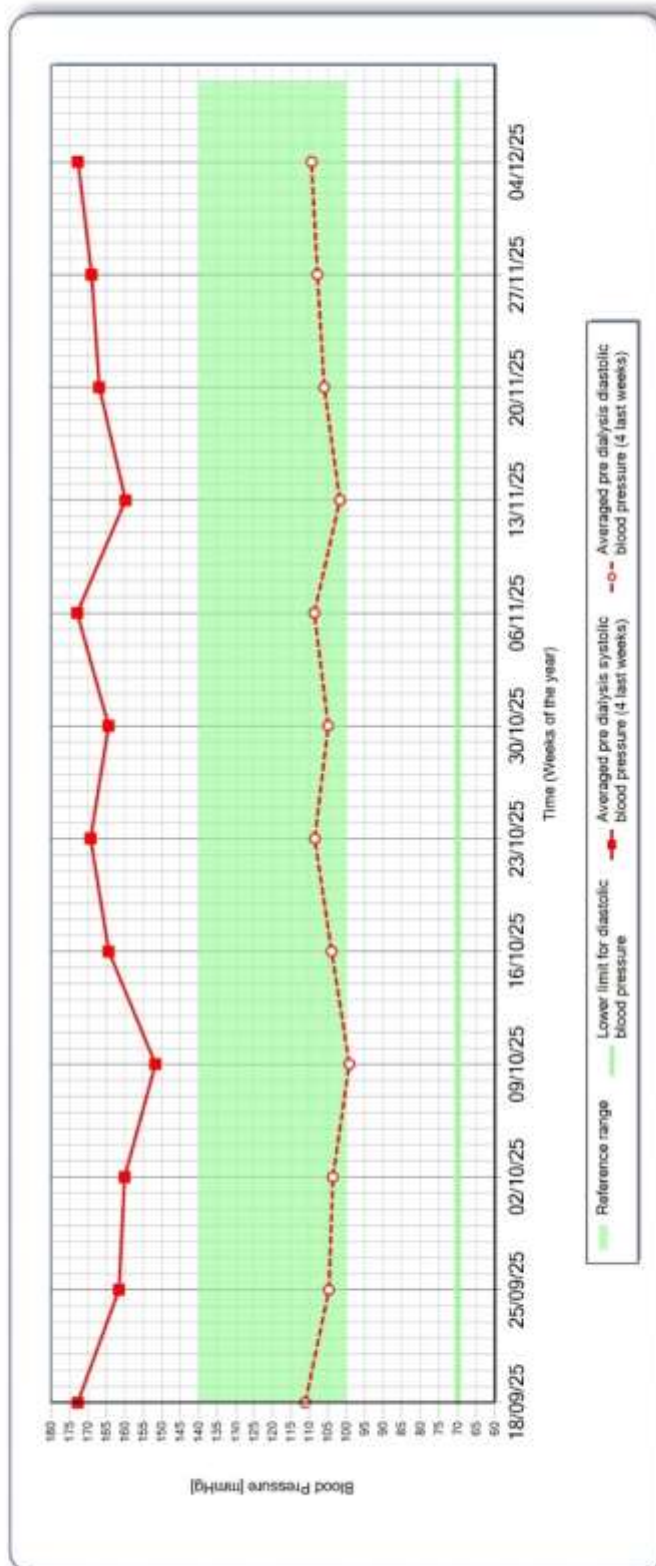
Anexo II – Evolução do peso seco (BCM)



Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo III – Valores tensionais médios

Evolução Valores Tensionais (média 4 semanas);



Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
 1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
 à Pessoa em Situação Crónica

Anexo IV – Resumo dos últimos tratamentos

Resumo Últimos Tratamentos

Data	Peso Seco	Peso Inicial	Ganho entre Dialíses	Peso Inicial - Peso Seco	Peso de Saída	Volume ultrafiltrado na sessão	Tensão arterial inicial	Tensão arterial final
06/12/2025	41.50	41.70	0.40	0.20	40.80	1.10	204/128	208/125
04/12/2025	41.50	41.80	0.40	0.30	41.30	0.50	215/135	175/118
02/12/2025	41.50	41.50	0.00	0.00	41.40	0.10	200/129	173/112
29/11/2025	42.30	42.20	0.00	-0.10	41.50	0.70	183/121	180/118
27/11/2025	42.30	44.10	1.60	1.80	42.20	1.90	200/110	199/115
25/11/2025	42.30	43.70	1.40	1.40	42.50	1.20	105/70	173/117
22/11/2025	42.30	43.30	1.00	1.00	42.30	1.00	152/100	99/58
20/11/2025	42.30	43.80	1.50	1.50	42.30	1.50	213/131	186/121
18/11/2025	42.30	43.40	1.10	1.10	42.30	1.10	201/121	149/69
15/11/2025	42.30	43.30	1.00	1.00	42.30	1.00	194/129	127/83
13/11/2025	42.30	43.30	0.80	1.00	42.30	1.00	106/129	160/108
11/11/2025	42.30	42.50	-1.00	0.20	42.50	0.00	112/63	120/76
Média	42.10	42.88	0.68	0.78	41.96	0.93	182/114	163/102

kk

Maria Fernanda Vieira Fernandes
 Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Anexo V – Terapêutica farmacológica

Doente				
Nome:				
N.º de Utente:				
Medicamentos	Qt. por Toma	Vezes ao Dia	Modo de Tomar	Quant. Tot. Diária
Ácido fólico 5 mg Comp (Ácido fólico 5 mg Comp)	1	1	Terça, Quinta, Sábado, , Almoço	1 Comprimido
Complexo B + Biotina Comp (Complexo B + Biotina Comp)	1	1	Terça, Quinta, Sábado, , Almoço	1 Comprimido
Losartan 100 mg Comp (Losartan 100 mg Comp)	1	1	Todos os dias, Jantar 0-0-1	1 Comprimido revestido por película
Ácido acetilsalicílico 100 mg Comp (Ácido acetilsalicílico 100 mg Comp)	1	1	Todos os dias, Almoço	1 Comprimido
Citalopram 10 mg Comp (Citalopram 10 mg Comp)	1	1	Todos os dias, Almoço	1 Comprimido revestido por película
Diazepam 5 mg Comp (Diazepam 5 mg Comp)	1	1	Todos os dias, Conforme necessário	1 Comprimido
Insulina glargina 300 U/ml Acção prolong Sol inj Caneta 1.5 ml SC (Insulina glargina 300 U/ml Acção prolong Sol inj Caneta 1.5 ml SC)	0.1	1	Todos os dias, Antes do pequeno almoço	0.1 Caneta
Insulina lispro (solúvel) 100 U/ml Acção curta Sol inj Caneta 3 ml IV SC (Insulina lispro (solúvel) 100 U/ml Acção curta Sol inj Caneta 3 ml IV SC)	0.01	1	Todos os dias, Conforme necessário	0.01 Solução injectável
Mirtazapina 30 mg Comp orodisp (Mirtazapina 30 mg Comp orodisp)	1	1	Todos os dias, Deitar	1 Comprimido orodispersível

mm

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Apêndice II — Scoping Review

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

ESTÁGIO II

UNIDADES DE TRATAMENTO AMBULATORIO E ESTRUTURAS DE APOIO NA

COMUNIDADE

Intervenções de Enfermagem na Adaptação da Pessoa e do Cuidador à Hemodiálise: Revisão Scoping

Elaborado por:

Maria Fernanda Gonçalves Vieira Fernandes N.º 202490320

DOCENTES:

Profª Doutora Helena José

Profª Doutora Isabel Rabiais

Barcarena,

20 de novembro de 2025

Maria Fernanda Vieira Fernandes
Março 2026 -Atlantica

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

SIGLAS

DRC-Doença Renal Crónica

ERBP -European Renal Best Practice

KDIGO- Kidney Disease Improving Global Outcomes

RNAO- Registered Nurses' Association of Ontario

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) é um problema de saúde pública crescente, associado a elevada morbilidade, mortalidade e impacto na qualidade de vida. A hemodiálise, frequentemente necessária para garantir a sobrevivência, implica mudanças profundas no quotidiano e exige adaptações físicas, emocionais e sociais, tanto para a pessoa como para o cuidador.

O início do tratamento representa uma transição crítica, marcada por medo e incerteza, exigindo reorganização da vida pessoal e familiar. Neste processo, a enfermagem assume uma função central ao assegurar segurança clínica, estimular o autocuidado, promover a humanização da assistência e oferecer suporte emocional.

Fundamentada em referenciais teóricos e evidência científica, a prática de enfermagem contribui para reduzir riscos, aumentar a confiança e favorecer a adesão ao tratamento. Guidelines internacionais, como *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*, *European Renal Best Practice (ERBP)* e *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*, reforçam a importância da educação terapêutica, da gestão psicossocial e da humanização do cuidado em hemodiálise.

Pergunta de investigação e Objetivo

Estruturada segundo o modelo PCC (População, Conceito, Contexto):

População: adultos em hemodiálise e respetivos cuidadores;

Conceito: intervenções de enfermagem promotoras da adaptação;

Contexto: unidades de diálise ambulatorias.

A pergunta de investigação é: *“Quais são as intervenções de enfermagem que favorecem a adaptação da pessoa e do cuidador ao programa de hemodiálise?”*

O objetivo desta revisão é mapear a evidência disponível sobre intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa e do cuidador ao tratamento em unidades de hemodiálise, seguindo a metodologia de *scoping review* conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI).

2. METODOLOGIA

1.1 Justificação da revisão scoping

Este estudo foi conduzido segundo a metodologia de *scoping review*, conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI). A opção por este método justifica-se pela necessidade de mapear de forma abrangente a evidência disponível acerca das intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa e do cuidador ao tratamento em hemodiálise, sem restringir a análise apenas à eficácia, mas valorizando a diversidade de abordagens e contextos.

1.2 Questão de investigação

A questão de investigação foi estruturada segundo o modelo **PCC** (População, Conceito, Contexto), recomendado pelo JBI:

População (P): adultos em tratamento de hemodiálise e respetivos cuidadores;

Conceito (C): intervenções de enfermagem que favorecem a adaptação ao tratamento;

Contexto (C): unidades de diálise ambulatoriais.

Com base nesta estrutura, a pergunta norteadora foi: *“Quais são as intervenções de enfermagem que favorecem a adaptação da pessoa e do cuidador ao programa de hemodiálise?”*

Esta formulação orientou a estratégia de busca, a definição dos critérios de inclusão e exclusão e o processo de extração dos dados.

1.3 Critérios de inclusão/ exclusão

Os filtros utilizados na pesquisa foram definidos de forma criteriosa para assegurar rigor científico e relevância clínica. A restrição temporal aos últimos cinco anos teve como objetivo garantir a atualidade da evidência, refletindo práticas e intervenções de enfermagem mais recentes. A seleção de idiomas (inglês, português e espanhol) justifica-se pela ampla difusão da produção científica nestas línguas e pela viabilidade de análise crítica, assegurando abrangência sem comprometer a qualidade da interpretação. A inclusão apenas de artigos revistos por pares e com texto integral disponível visou assegurar validade metodológica e transparência dos resultados. Por fim, a exclusão de estudos pediátricos fundamenta-se nas especificidades próprias da adaptação em idade infantil, que não correspondem

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
 1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
 à Pessoa em Situação Crónica

ao foco da presente revisão, centrada em adultos em tratamento de hemodiálise e respetivos cuidadores.

1.4 Bases de dados e estratégia de busca

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL, selecionadas pela sua relevância e complementaridade. A MEDLINE assegura ampla cobertura internacional da literatura biomédica, enquanto a CINAHL concentra-se em enfermagem e ciências da saúde, garantindo foco específico na prática profissional.

A estratégia de busca foi construída com base no modelo PCC, utilizando descritores controlados (MeSH e CINAHL Headings) e palavras-chave livres, combinados com operadores booleanos. Os termos utilizados encontram-se sintetizados no Quadro 1:

	Livres	MeSH	CINAHL
População	adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver	"Adult"; "Renal Dialysis"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Disease"	"Adult"; "Dialysis Patients"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Illness"
AND			
Conceito	nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care	"Nursing Care"; "Adaptation, Psychological"; "Patient Education as Topic"; "Health Education"; "Social Support"; "Professional-Patient Relations"	"Nursing Care"; "Adaptation, Psychological"; "Health Education"; "Patient Education"; "Support" "Nursing Interventions"
AND			
Contexto	hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodialysis clinic OR outpatient dialysis	"Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units, Hospital"; "Outpatient Clinics, Hospital"	"Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units"; "Dialysis Centers"; "Outpatient Clinics"
NOT			
	Child OR Adolescent OR Pediatric	Child OR Adolescent	"Pediatrics"; "Child" OR "Adolescents"

Quadro 1

Os resultados da pesquisa por base de dados encontram-se resumidos no Quadro 2, enquanto os quadros detalhados com todos os passos da pesquisa em MEDLINE e CINAHL foram incluídos em **Apêndice A e Apêndice B**

1.5 Processo de seleção

A pesquisa inicial identificou 4 480 registos (2 957 em MEDLINE e 1 523 em CINAHL). Após aplicação dos filtros definidos (idioma, período temporal e tipo de publicação), restaram 368 artigos. A remoção de duplicados reduziu este número para 325. Destes, 36 foram incluídos para leitura integral, conforme sintetizado no Quadro 2 e posteriormente documentado no fluxograma PRISMA-ScR.

Base de dados	Registos identificados	Após filtros aplicados	Após remoção de duplicados	Incluídos para leitura integral
MEDLINE	2957	222	201	20
CINAHL	1523	146	124	16
Total	4480	368	325	36

Quadro 2

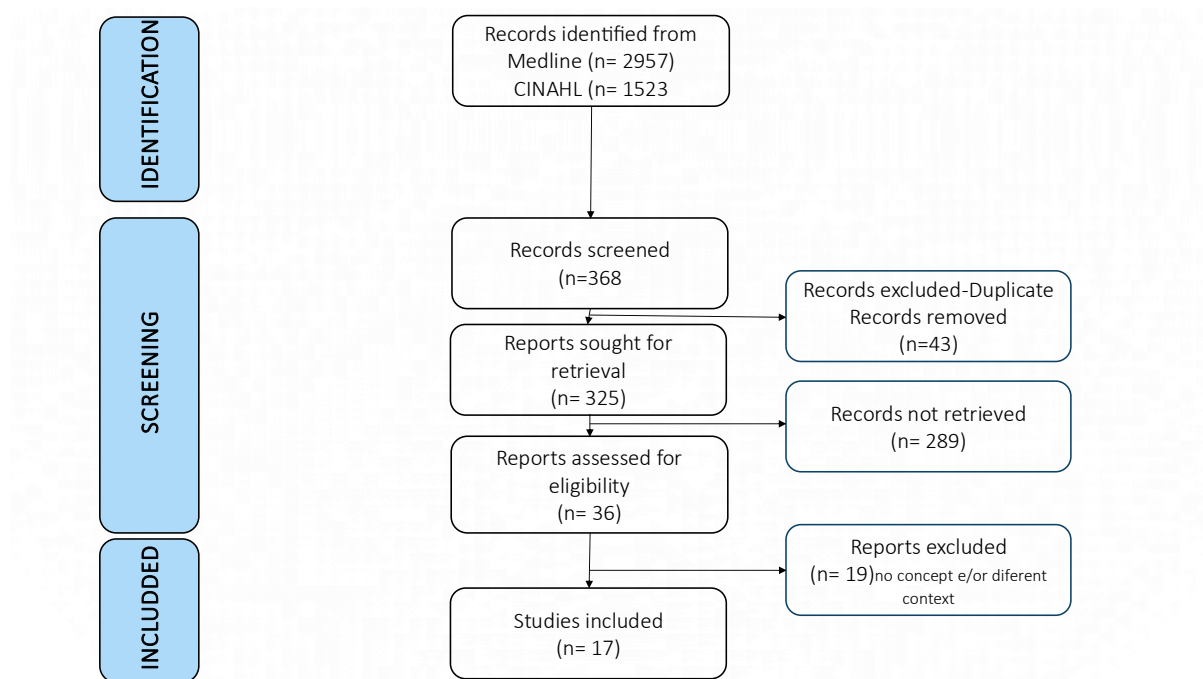


Figura 1: Fluxograma Prisma

1.6 Extração de dados

A extração de dados foi realizada manualmente pela autora principal, mediante leitura integral dos artigos em formato PDF. Para cada estudo incluído, foram registadas informações essenciais em quadros de caracterização e extração, contemplando: identificação do estudo, características metodológicas, modelo/teoria aplicada, tipo de intervenção de enfermagem e principais resultados. Os dados

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

foram organizados em dois quadros complementares: Quadro 3- Caracterização dos estudos incluídos e quadro 4 -Extração de dados (intervenções e resultados).

Nº	Título do Artigo	Autores	País	Ano	Tipo de Estudo	Modelo/Teoria aplicada
1	Roy Adaptation Model in Hemodialysis	Karacan & Gungormus	Turquia	2024	Ensaio clínico randomizado	Roy Adaptation Model (RAM)
2	Caso clínico: barreira idiomática em paciente refugiada	Hussein-Cobos et al.	Espanha	2024	Estudo de caso	Comunicação/Barreiras culturais
3	Percepção da pessoa com DRC sobre cuidados de Enfermagem	Bastos Porto et al.	Brasil	2024	Estudo qualitativo	Humanização do cuidado
4	Co-design of Educational Leaflet for Elderly CKD Patients	Ryan et al.	Reino Unido	2022	Estudo qualitativo participativo	Educação terapêutica/co-design
5	Therapeutic Education Workshops for Home Hemodialysis	Guerraoui et al.	França	2022	Estudo qualitativo exploratório	Educação terapêutica
6	Cartilha educativa para pacientes em hemodiálise	Nascimento et al.	Brasil	2023	Estudo metodológico de validação	Educação em saúde
7	Validação de intervenções CIPE®/NIC com Teoria das Transições	Almeida et al.	Brasil	2024	Estudo metodológico de validação	Teoria das Transições (Meleis)
8	Intervenção dietética baseada no Modelo Transteórico	Liu et al.	China	2024	Ensaio clínico randomizado	Modelo Transteórico (TTM)
9	Health Ecology Model aplicado à hemodiálise	Shu et al.	China	2025	Ensaio clínico randomizado	Health Ecology Model
10	Revisão sistemática de intervenções psicoeducacionais	Zhang et al.	China	2024	Revisão sistemática/meta-análise	Psicoeducação
11	Structured Nursing via Web-Based Platforms	Fei et al.	China	2025	Ensaio clínico randomizado	Enfermagem estruturada digital
12	Peer Support Groups for Hemodialysis Caregivers	Ghenaati et al.	Irão	2024	Ensaio clínico randomizado	Suporte social/Grupos de pares
13	Preventive Nursing for AVF Complications	Yu & Xu	China	2024	Ensaio clínico randomizado	Prevenção de complicações
14	Clark Comfortable Nursing Approach	Li et al.	China	2024	Ensaio clínico randomizado	Clark Comfortable Nursing
15	Pain Coping Skills Training (HOPE Consortium Trial)	Dember et al.	EUA	2025	Ensaio clínico multicêntrico randomizado	Treino de coping da dor
16	Programa de humanização "ERCA Acompaña"	Ojeda-Ramírez et al.	Espanha	2025	Estudo observacional descritivo	Humanização
17	Spiritual Therapy on Hope and Self-efficacy	Noghani et al.	Irão	2023	Ensaio quase-experimental	Terapia espiritual

Quadro 3 – Caracterização dos Artigos incluídos na scoping review

Nº	Intervenção de enfermagem	Descrição	Principais resultados
1	Roy Adaptation Model	Intervenção baseada em RAM para autocuidado	Aumento da Autonomia e do ajuste psicossocial
2	Comunicação cultural	Estratégia para superar barreira idiomática em paciente refugiada	Aumento da Compreensão do tratamento, redução da ansiedade
3	Humanização do cuidado	Percepção da pessoa com DRC sobre práticas de enfermagem	Aumento da Satisfação e da confiança na equipa
4	Educação terapêutica (co-design)	Folheto educativo co-desenhado com idosos	Aumento da Literacia em saúde, e da adesão
5	Oficinas de educação terapêutica	Workshops para hemodiálise domiciliária	Aumento da Autonomia, da participação, e participação ativa
6	Cartilha educativa	Material validado para pacientes em hemodiálise	Aumento da Literacia em saúde, Aumento adesão
7	Intervenções CIPE®/NIC + Teoria das Transições	Validação metodológica de intervenções	aumento da clareza de planos de cuidados, e da adaptação
8	Dieta baseada no Modelo Transteórico	Intervenção dietética estruturada	Melhoria qualidade de vida

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

9	Health Ecology Model	Intervenção ecológica aplicada à hemodiálise	Aumento da Adesão e bem-estar global
10	Psicoeducação	Revisão sistemática de intervenções psicoeducacionais	redução da ansiedade, depressão e aumento qualidade de vida
11	Enfermagem estruturada digital	Plataforma web para acompanhamento	Aumento da Adesão, redução complicações, suporte contínuo
12	Grupos de pares	Suporte social para cuidadores	Redução da sobrecarga e aumento do bem-estar emocional
13	Prevenção de complicações AVF	Cuidados proativos com fistula arteriovenosa	Redução Complicações, Aumento segurança clínica
14	Clark Comfortable Nursing	Abordagem de conforto em hemodiálise	Aumento do conforto e redução dos sintomas físicos
15	Coping da dor (HOPE Trial)	Treino estruturado de coping	Redução da Dor, aumento qualidade de vida
16	Programa de humanização "ERCA Acompanha"	Acolhimento personalizado e acompanhamento familiar	redução da Ansiedade e aumento da satisfação
17	Terapia espiritual	Intervenção espiritual para esperança e autoeficácia	Aumento da Esperança, e da autoeficácia

Quadro 4 – Extração de dados dos estudos incluídos na scoping review

2. DISCUSSÃO

2.1 Síntese dos estudos incluídos

Reunindo artigos provenientes de diferentes contextos geográficos e metodológicos, a amostra final totalizou 17 estudos publicados entre 2022 e 2025. Observou-se predominância de ensaios clínicos randomizados, incluindo um multicêntrico, complementados por estudos qualitativos, metodológicos de validação, observacionais e quase-experimentais. Essa diversidade metodológica permitiu uma visão abrangente sobre intervenções educativas, psicossociais, espirituais, preventivas e humanizadoras aplicadas em unidades de hemodiálise.

Os estudos analisados refletem a integração crescente de modelos teóricos de enfermagem, como o Roy Adaptation Model, a Teoria das Transições, o Modelo Transteórico, o Health Ecology Model e o Clark Comfortable Nursing Approach, além de estratégias de educação terapêutica e suporte psicossocial. Essa pluralidade confirma que a adaptação da pessoa em hemodiálise e de seus cuidadores exige abordagens integradas, fundamentadas em referenciais teóricos e orientadas por evidência científica. Contudo, a heterogeneidade metodológica e cultural dos estudos, somada à concentração de pesquisas em determinados países (especialmente China e Brasil), evidencia a necessidade de maior uniformização, expansão geográfica e continuidade das intervenções, de modo a garantir efeitos sustentados e comparáveis em diferentes contextos clínicos e culturais.

2.2 Intervenções educativas

As intervenções educativas emergiram como ferramentas centrais para promover autonomia e literacia em saúde. Cartilhas validadas no Brasil, folhetos co-desenhados com pacientes idosos no Reino Unido, oficinas de educação terapêutica em França e plataformas digitais na China demonstraram impacto positivo na adesão ao tratamento, na compreensão da doença e na capacidade de autocuidado. Apesar da diversidade metodológica, todas estas estratégias convergem na promoção da participação ativa da pessoa e da família, confirmando a educação terapêutica como eixo estruturante da prática de enfermagem em hemodiálise.

2.3 Intervenções psicossociais

No eixo psicossocial, os estudos evidenciaram reduções significativas em ansiedade, depressão e estresse, além de melhorias na qualidade de vida. O counseling focado em soluções, os programas de coping da dor (HOPE Consortium, EUA) e as revisões sistemáticas de intervenções psico-educacionais

confirmam a eficácia de técnicas de regulação emocional, relaxamento e suporte social. De forma complementar, a terapia espiritual aplicada no Irão demonstrou ganhos em esperança e autoeficácia, reforçando a importância de considerar a dimensão espiritual como parte integrante do cuidado. Apesar dos resultados positivos, permanece o desafio de integrar estas intervenções de forma sistemática e contínua nos serviços de diálise, evitando que se restrinjam a projetos isolados ou de curta duração.

2.4 Humanização e intervenções preventivas

A humanização do cuidado foi evidenciada pelo programa espanhol “ERCA Acompaña”, que reforçou a segurança clínica e a satisfação do paciente no início da hemodiálise. O acolhimento personalizado, o acompanhamento familiar e a comunicação empática mostraram-se determinantes para reduzir a ansiedade e favorecer a adaptação. Paralelamente, intervenções preventivas e técnicas, como os cuidados proativos com a fístula arteriovenosa e a enfermagem estruturada via plataformas digitais, demonstraram eficácia na redução de complicações, na melhoria do fluxo vascular e na promoção da adesão. O suporte entre pares, aplicado a cuidadores, também se mostrou eficaz na diminuição da sobrecarga física e emocional, reforçando a intervenção da enfermagem na criação de redes de apoio. Estes resultados confirmam que a humanização e a prevenção técnica não são dimensões opostas, mas complementares e que a prática clínica deve integrar ambas para garantir segurança e bem-estar.

2.5 Integração com guidelines internacionais

Os resultados encontrados convergem com recomendações de guidelines internacionais, como as da ERBP e da KDIGO, que enfatizam a importância da educação terapêutica, da gestão psicossocial e da humanização do cuidado em hemodiálise. Acresce que as recomendações da RNAO, amplamente reconhecidas pela sua robustez metodológica, reforçam a relevância de intervenções de enfermagem centradas na pessoa e orientadas para a promoção da esperança, da resiliência e da autonomia. A presente revisão confirma que a prática de enfermagem, quando alinhada com estes referenciais, contribui para maior segurança clínica, melhor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento.

2.6 Síntese crítica final

A análise dos 17 estudos evidencia que a adaptação da pessoa e do cuidador à hemodiálise é favorecida por um conjunto de intervenções complementares, que vão desde modelos teóricos estruturantes até estratégias educativas, psicossociais, espirituais, preventivas e humanizadoras. Em comum, estas práticas reforçam a centralidade do enfermeiro como mediador da transição, capaz de integrar ciência,

técnica e humanização. Apesar da consistência dos resultados, a heterogeneidade metodológica e cultural dos estudos sugere a necessidade de maior uniformização e replicação em diferentes contextos, de modo a consolidar a evidência. Assim, a síntese dos estudos analisados demonstra que o contributo da enfermagem em hemodiálise não se limita ao controlo de complicações técnicas, mas expande-se para a construção de um cuidado integral, seguro e humanizado, capaz de transformar a experiência da doença crónica em um processo de maior confiança, adesão e qualidade de vida.

2.6.1 Implicações para a prática clínica.

Os resultados desta revisão reforçam que a prática em hemodiálise deve incorporar intervenções educativas sistemáticas, suporte psicossocial contínuo e estratégias preventivas, integradas a programas de humanização. O enfermeiro assume uma função central como mediador da transição, articulando ciência, técnica e empatia para transformar a experiência da doença crónica em confiança e resiliência.

2.6.2 Implicações para investigação futura

A concentração de estudos em determinados países (China e Brasil) e a heterogeneidade metodológica evidenciam a necessidade de investigações multicêntricas, longitudinais e em diferentes contextos culturais. Estudos que explorem a sustentabilidade das intervenções ao longo do tempo e a sua replicabilidade em ambientes diversos são fundamentais para consolidar a evidência.

2.6.3 Limitações da revisão

Esta revisão restringiu-se às bases MEDLINE e CINAHL, ao período temporal dos últimos cinco anos e não contemplou literatura cinzenta. Tais opções metodológicas podem ter condicionado a abrangência dos resultados, devendo ser consideradas na interpretação dos achados e na planificação de futuras revisões.

Em resposta à questão norteadora — *“Quais são as intervenções de enfermagem que favorecem a adaptação da pessoa e do cuidador ao programa de hemodiálise?”* Identificaram-se múltiplas práticas complementares: educativas, psicossociais, espirituais, preventivas e humanizadoras. Todas reforçam a centralidade do enfermeiro como mediador da transição, integrando ciência e humanização para assegurar qualidade, segurança e dignidade no cuidado.

3. CONCLUSÃO

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Esta *scoping review*, conduzida segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), permitiu mapear a evidência disponível acerca das intervenções de enfermagem que favorecem a adaptação da pessoa e do cuidador ao programa de hemodiálise. A análise de 17 estudos recentes demonstrou que a adaptação é promovida por práticas complementares — educativas, psicossociais, espirituais, preventivas e humanizadoras — sustentadas em modelos teóricos e orientadas por guidelines internacionais.

Em resposta à questão norteadora, confirma-se que o enfermeiro se destaca como mediador central da transição para a hemodiálise, integrando ciência, técnica e humanização. As intervenções educativas reforçam a literacia em saúde e a autonomia; as psicossociais e espirituais contribuem para a regulação emocional e para o fortalecimento da esperança; as preventivas reduzem complicações clínicas; e as humanizadoras ampliam a confiança e a satisfação da pessoa e da família.

Os resultados desta revisão têm implicações relevantes para a prática clínica, ao evidenciar a necessidade de programas estruturados e contínuos que articulem educação terapêutica, suporte psicossocial e estratégias preventivas. Do ponto de vista científico, a concentração geográfica e a heterogeneidade metodológica dos estudos analisados apontam para a necessidade de investigações multicêntricas, longitudinais e culturalmente diversificadas, capazes de consolidar a evidência e ampliar a sua aplicabilidade.

Reconhece-se, contudo, que esta revisão apresenta limitações, nomeadamente a restrição às bases MEDLINE e CINAHL, ao período temporal dos últimos cinco anos e à exclusão da literatura cinzenta, o que pode ter condicionado a abrangência dos resultados.

Em síntese, a enfermagem em hemodiálise revela-se essencial não apenas na prevenção de complicações técnicas, mas sobretudo na construção de um cuidado integral, seguro e humanizado, capaz de promover confiança, autonomia e dignidade na experiência da doença renal crónica.

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Apêndice A – Estratégia detalhada de busca na MEDLINE

MEDLINE

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	XB (adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver) OR MH ("Adult"; "Renal Dialysis"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Disease")	11,832,930
S2	XB (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care) OR MH ("Nursing Care"; "Adaptation, Psychological"; "Patient Education as Topic"; "Health Education"; "Social Support"; "Professional-Patient Relations")	747,865
S3	XB (hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodialysis clinic OR outpatient dialysis) OR MH ("Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units, Hospital"; "Outpatient Clinics, Hospital")	82,010
S4(S1 AND S2 AND S3)	((XB (adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver) OR MH ("Adult"; "Renal Dialysis"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Disease")) AND (XB (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care) OR MH ("Nursing Care"; "Adaptation, Psychological"; "Patient Education as Topic"; "Health Education"; "Social Support"; "Professional-Patient Relations"))) AND (XB (hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodialysis clinic OR outpatient dialysis) OR MH ("Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units, Hospital"; "Outpatient Clinics, Hospital"))	3189
S5	XB (Child OR Adolescent OR Pediatric) OR MH (Child OR Adolescent)	3,770,221
S6(S1 AND S2 AND S3) NOT S5	((XB (adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver) OR MH ("Adult"; "Renal Dialysis"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Disease")) AND (XB (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care) OR MH ("Nursing Care"; "Adaptation, Psychological"; "Patient Education as Topic"; "Health Education"; "Social Support"; "Professional-Patient Relations"))) AND (XB (hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodialysis clinic OR outpatient dialysis) OR MH ("Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units, Hospital"; "Outpatient Clinics, Hospital")) NOT (XB (Child OR Adolescent OR Pediatric) OR MH (Child OR Adolescent))	2957

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Apêndice B – Estratégia detalhada de busca na CINAHL

CINAHL Complete (EBSCO Host)

Pesquisas	Expressão	Resultados
S7	XB (adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver) OR MH ("Adult"; "Dialysis Patients"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Illness")	3,090,428
S8	XB (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care) OR MH (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient- centered care)	293,546
S9	XB (hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodialysis clinic OR outpa- tient dialysis) OR MH ("Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units"; "Dialysis Centers"; "Outpatient Clinics")	20597
S10	XB (Child OR Adolescent OR Pediatric) OR MH ("Pediatrics"; "Child" OR "Adolescents")	775,465
S11(S7AND S8 AND S9)	((XB (adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver) OR MH ("Adult"; "Dialysis Patients"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Illness")) AND (XB (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care) OR MH (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient- centered care)) AND (XB (hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodi- alysis clinic OR outpatient dialysis) OR MH ("Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units"; "Dialysis Centers"; "Outpatient Clinics"))	1571
(S7AND S8 AND S9) NOT S10	((XB (adult OR patient OR person OR people OR hemodialysis OR family OR caregiver) OR MH ("Adult"; "Dialysis Patients"; "Family"; "Caregivers"; "Chronic Illness")) AND (XB (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient-centered care) OR MH (nursing interventions OR nursing care OR adaptation OR adjustment OR coping OR psychosocial support OR resilience OR therapeutic education OR patient- centered care)) AND (XB (hemodialysis OR renal dialysis OR dialysis unit OR hemodi- alysis clinic OR outpatient dialysis) OR MH ("Renal Dialysis"; "Renal Dialysis Units";	1523

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

	"Dialysis Centers"; "Outpatient Clinics")) NOT (XB (Child OR Adolescent OR Pediatric) OR MH ("Pediatrics"; "Child" OR "Adolescents"))	
--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. R. L. P., Oliveira, F. A., Costa, L. E. L., Alves, M. B., & Sousa, A. R. (2024). *Intervenções de enfermagem para pessoas em tratamento hemodialítico: Validação de conteúdo*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 26, e76073. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76073>

Chen, P., & Lin, D. (2024). *Solution-focused group counseling on mental states in hemodialysis patients with anxiety*. Actas Españolas de Psiquiatria, 52(2), 122–129. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i2.1562>

Dember, L. M., Hsu, J. Y., Mehrotra, R., et al. (2025). *Pain coping skills training for patients receiving hemodialysis: The HOPE Consortium randomized clinical trial*. JAMA Internal Medicine, 185(2), 197–207.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.7140>

Desmet, C., Beguin, C., & Van Biesen, W. (2014). *European Renal Best Practice (ERBP) guideline on the management of patients with chronic kidney disease stage 5D: Update 2014*. Nephrology Dialysis Transplantation, 29(Suppl. 2), ii1–ii3. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu192>

Fei, B., Zhan, L., Gou, J., Wu, Y., & Sun, H. (2024). *Exploring the efficacy of structured nursing via web-based interaction platforms in sustaining hemodialysis patients*. Technology and Health Care. <https://read.qxmd.com/read/39269864>

Ghenaati, N., Zendehtalab, H. R., Namazinia, M., & Zare, M. (2024). *Peer support groups and care burden in hemodialysis caregivers: A randomized controlled trial in an Iranian healthcare setting*. BMC Nephrology, 25, 371. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03811-8>

Guerraoui, A., Galland, R., Belkahla-Delabruyere, F., Didier, O., Berger, V., Sauvajon, P., Serve, C., Zuriaga, J. C., Riquier, F., & Caillette-Beaudoin, A. (2022). *Design of therapeutic education workshops for home haemodialysis in patient-centered chronic kidney diseases research: A qualitative study*. BMC Nephrology, 23, 53. <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02683-0>

Hussein-Cobos, S., Calvo-Báscones, M., & Barroso-San Juan, L. (2024). *Diseño de estrategias para la atención integral en una paciente con barrera idiomática en tratamiento con hemodiálisis: A propósito de un caso*. *Enfermería Nefrológica*, 27(2), 109–118. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842024018>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2022). *KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease*. *Kidney International*, 102(4S), S1–S127. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.07.001>

Karacan, E., & Gungormus, Z. (2024). *The effect of Roy adaptation-based nursing intervention on stress, psychosocial adjustment and self-care power in hemodialysis patients: A randomized controlled experimental study*. *International Journal of Caring Sciences*, 17(2), 638–654. <https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/6-6.gungormus.pdf>

Li, J., Lin, Y., Wang, L., Wang, Q., & Wu, Q. (2024). *Analysis of the application effect of the Clark comfortable nursing approach in hemodialysis patients with end stage renal failure*. *Renal Failure*, 46(2), 2423011.

<https://doi.org/10.1080/0886022X.2024.2423011>

Liu, Y., Zhou, Y., Li, X., & Zhang, J. (2024). *Influences of trans-theoretical model-based diet nursing intervention on sarcopenia and quality of life in maintenance hemodialysis patients*. *Nutrición Hospitalaria*, 41(2), 278–285. <https://doi.org/10.20960/nh.04844>

Nascimento, J. G. L., Barbosa, A. S., Melo, W. S., Sousa, I. N. R., Pereira, A. C. N., & Nascimento, J. D. (2023). *Construção e validação de uma cartilha educativa com orientações de cuidados durante a hemodiálise*. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 97(3), 45–56. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0212>

Noghani, F., Fereidouni Sarijeh, P., & Sharif Nia, H. (2023). *The effect of spiritual therapy on hope and self-efficacy of hemodialysis patients*. *Evidence Based Care Journal*, 13(4), 40–46. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2023.71459.2862>

Ojeda-Ramírez, M. D., García-Marcos, S., & Viñolo-López, M. C. (2025). *Evaluación del programa de humanización “ERCA Acompaña”: Seguridad y satisfacción del paciente durante la transferencia a hemodiálisis*. *Enfermería Nefrológica*, 28(3), 201–210. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842025025>

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Person- and family-centred care*. Toronto, ON: RNAO. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Ryan, L., McNicholas, J., Beckwith, H., & Brown, E. A. (2022). *Incorporating patients' views in the design of an educational leaflet for frail, older patients with kidney disease*. *Age and Ageing*, 51(Suppl. 1), afac034.729. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac034.729>

Shu, P., Wang, X., Wen, Z., Wang, S., Wei, X., & Xu, F. (2025). *Impact of nursing interventions based on the health ecology model on quality of life in maintenance hemodialysis patients*. *BMC Nursing*, 24, 871. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03429-7>

Yu, L., & Xu, X. (2023). *The effectiveness of preventive nursing interventions in patients on hemodialysis with arteriovenous fistulas and their value in preventing complications*. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. PMID: 38064619

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica

1. Publicações Científicas (Coautoria)

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., & José, H. (2025). *A intersecção das práticas de enfermagem e a adaptação à doença crónica: Uma análise multi-dimensional*. RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, 7(SupII), 36. <https://doi.org/10.51126/1wq4xx39>

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., & José, H. (2025, junho 30–julho 1). *As intervenções do Navigator Nurse na gestão da doença crónica: Uma revisão rápida*. RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, 7(SupII), 37–38. <https://doi.org/10.51126/q8xf0h50>

2. Comunicações Orais (Coautoria)

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., & José, H. (2025, maio 23). *Inovação na gestão da medicação para clientes com doenças crónicas* [Comunicação oral]. IV Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA: Enfermagem e Inovação, Escola Superior de Saúde Atlântica, Portugal.

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., & José, H. (2025, junho 30–julho 1). *As intervenções do Navigator Nurse na gestão da doença crónica: Uma revisão rápida* [Comunicação oral]. II Jornadas LusoSaúde 2025, Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, Portugal.

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., & José, H. (2025). *A intersecção das práticas de enfermagem e a adaptação à doença crónica: Uma análise multi-dimensional* [Comunicação oral]. II Jornadas LusoSaúde 2025, Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, Portugal.

3. Posters Apresentados (Coautoria)

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., & José, H. (2025, junho 30–julho 1). *A intersecção das práticas de enfermagem e a adaptação à doença crónica: Uma análise multidimensional* [Apresentação de póster]. II Jornadas LusoSaúde 2025, Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, Portugal.

Oliveira, A., Fernandes, M., Gomes, M., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., Santos, M. J., & José, H. (2025, setembro 23–25). *A pessoa com doença crónica no centro do cuidado do enfermeiro especialista* [Apresentação de póster]. Best Practice Spotlight Organization® Global Summit, Toronto, Ontario, Canada.

4. Eventos Frequentados

Fernandes, M. (2025, março 20–21). *Cascais International Health Forum*. Centro de Congressos do Estoril, Cascais, Portugal.

Fernandes, M. (2025, junho 17). *Workshop alimentares – Distúrbios da deglutição: Espessantes*. Clínica de São Cristóvão – ASMECL, Lisboa, Portugal.

Fernandes, M. (2025, junho 17). *Tratamento de feridas agudas e crónicas – A limpeza e a desinfeção*. Clínica de São Cristóvão, Lisboa, Portugal.

Fernandes, M. (2025, outubro 11–14). *53º EDTNA/ERCA International Conference – 12.75 International Continuing Nursing Education Credits (ICNEC)*. International Council of Nurses, Porto, Portugal.

Fernandes, M. (2025, maio 29). *Conversas Fim de Tarde “O Cuidado à Pessoa Mais Velha”*. Ordem dos Enfermeiros, Clínica de São Cristóvão, Lisboa

Transição para a Situação Crónica de Saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista
1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crónica



**Transição para a Situação Crónica de Saúde:
Contributo do Enfermeiro Especialista**

Maria Fernanda Vieira Fernandes
N.º202490320