

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

**INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA PARA A
GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA**

MILA ARACY MOREIRA GOMES

2026



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA PARA A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

Professoras orientadoras:

Profª Doutora Helena José

Profª Doutora Isabel Rabiais

Elaborado por:

Mila Aracy Moreira Gomes, N.º 202490086

Barcarena, maio 2026

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

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus e a Nossa Senhora de Fátima, pela força e amparo nos momentos mais exigentes, o que me permite continuar em frente, sempre a avançar.

Às Professoras Helena José e Isabel Rabiais, orientadoras deste relatório, pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e apoio, que contribuíram de forma decisiva e significativa para todo o meu percurso académico.

Às minhas orientadoras clínicas, Sandra Cabaço e Adelina Pinto, pelas longas horas de orientação em estágio, pela paciência, pelo apoio e pelo cuidado com que sempre me acompanharam, contribuindo de forma marcante para a minha aprendizagem.

À Cynthia e à Chissola, por cuidarem do meu filho com tanto carinho e dedicação, dando-me a tranquilidade necessária para prosseguir este mestrado. Sem o vosso apoio, este caminho não teria sido possível.

Ao meu Kael, espero que um dia compreendas o significado das horas em que estive ausente. Cada momento foi orientado pelo compromisso com o desenvolvimento pessoal e profissional, na construção de um percurso mais sólido e consciente. Que este caminho possa constituir-se como uma inspiração e motivo de orgulho da mamã Mila.

Ao Ricardo, pelo apoio incondicional, por não me deixar desistir nos momentos mais exigentes e pelas palavras constantes de motivação e encorajamento. Juntos seremos sempre mais sólidos.

Às minhas amigas Sofia e Priscila, o que dizer de vocês? Um obrigado nunca será suficiente. À Sofia, pelo constante “vais conseguir”, e à Priscila, pelo permanente “tens de trabalhar para 20”, que tantas vezes me deram força para continuar.

A todos os que integraram este percurso, bem-haja.

RESUMO

A Enfermagem configura-se uma disciplina científica e profissional em contínua evolução, exigindo aos seus profissionais não apenas atualização permanente de conhecimentos, mas também capacidade crítica e reflexiva para responder à crescente complexidade das necessidades em saúde, particularmente no contexto da doença crónica. A qualidade dos cuidados em Enfermagem depende do domínio técnico, da capacidade relacional e da integração da melhor evidência científica disponível na prestação de cuidados. Neste enquadramento, a formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica, é determinante para a promoção de cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa e na família, com ênfase na capacitação, continuidade de cuidados e prevenção de complicações. O presente relatório, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, descreve e analisa, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre, com base nas experiências no serviço de internamento de Medicina e na Unidade de Hemodiálise. Estes contextos permitiram a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, nomeadamente drepanocitose e doença renal crónica, exigindo vigilância clínica contínua, gestão terapêutica complexa e tomada de decisão, articulada com a equipa interdisciplinar. Foram desenvolvidas competências na avaliação das necessidades, planeamento, implementação e avaliação de cuidados individualizados, capacitação da pessoa, família e cuidadores, prevenção de complicações, gestão do risco e planeamento da alta. Destacam-se dois estudos de caso, a participação num projeto de planeamento precoce da alta e intervenções educativas dirigidas à pessoa e família, promovendo autonomia, literacia em saúde e autogestão da doença. Realizou-se ainda uma *scoping review* sobre intervenções de enfermagem na hemodiálise, integrando evidência científica atual. Os referenciais de Dorothea Orem e Afaf Meleis sustentaram a abordagem centrada na capacitação, adaptação e gestão das transições, reforçando a importância da intervenção especializada na promoção da autonomia e continuidade de cuidados.

Palavras-chave: doença crónica; hemodiálise; drepanocitose; enfermeiro especialista.

ABSTRACT

Nursing is established as a scientific and professional discipline in continuous evolution, requiring its professionals not only to constantly update their knowledge but also to develop critical and reflective capacities to respond to the increasing complexity of health needs, particularly in the context of chronic illness. The quality of nursing care depends on technical expertise, relational competence, and the integration of the best available scientific evidence into care delivery. Within this framework, specialized education in Medical-Surgical Nursing, particularly in the field of care for individuals with chronic conditions, is essential for promoting safe, humanized, and person- and family-centered care, with an emphasis on empowerment, continuity of care, and the prevention of complications. This report, developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, describes and critically reflects on the development of specialist nurse and master-level competencies, based on experiences in a medical inpatient unit and a Hemodialysis Unit. These contexts enabled the provision of care to individuals with chronic conditions, namely sickle cell disease and chronic kidney disease, requiring continuous clinical monitoring, complex therapeutic management, and decision-making in collaboration with an interdisciplinary team. Competencies were developed in needs assessment, planning, implementation, and evaluation of individualized care, as well as in empowering patients, families, and caregivers, preventing complications, managing risk, and planning discharge. Two case studies are highlighted, along with participation in an early discharge planning project and the implementation of educational interventions directed at patients and families, promoting autonomy, health literacy, and disease self-management. A *scoping review* on nursing interventions in hemodialysis was also conducted, integrating current scientific evidence. The theoretical frameworks of Dorothea Orem and Afaf Meleis supported a care approach centered on empowerment, adaptation, and transition management, reinforcing the importance of specialized nursing interventions in promoting autonomy and continuity of care.

Keywords: chronic disease; hemodialysis; sickle cell disease; specialist nurse.

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	9
INTRODUÇÃO	10
1. APRECIAÇÃO DOS ESTÁGIOS	13
1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE MEDICINA.....	13
1.2. UNIDADE DE HEMODIÁLISE	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
2.1. DOENÇA CRÓNICA	15
2.2. DREPANOCITOSE	17
2.2.1. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	19
2.2.2. ABORDAGEM TERAPÊUTICA	19
2.3. DOENÇA RENAL CRÓNICA	21
2.3.1. MODALIDADES DE TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA.....	24
2.4. LITERACIA EM SAÚDE	30
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	33
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA UNIDADE DE INTERNAMENTO	34
3.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE	38
3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA	42
3.4. COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE.....	44
4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO ENQUANTO ESTUDANTE DO MESTRADO	46
5. CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO I- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO CASCAIS INTERNACIONAL <i>HEALTH FORUM</i>	i
ANEXO II- CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DE SAÚDE DA LUSOFONIA	i
ANEXO III - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO ACADEMIA LINDE	iii

APÊNDICE I - POSTER “PREVENÇÃO E CONTROLO DA TRANSMISSÃO DE INFEÇÕES: <i>CLOSTRIDIODES DIFFICILE</i>”	iv
APÊNDICE II - PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE: <i>SCOPING REVIEW</i>.....	v

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DGS- Direção Geral da Saúde

DP- Diálise Peritoneal

DRC- Doença Renal Crónica

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

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

GBD- Global Burden of Disease Study

LRA – Lesão Renal Aguda

OE - Ordem dos Enfermeiros

TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

O ponto de partida deste percurso formativo baseou-se na experiência profissional prévia em contexto de internamento de Medicina, onde foi possível prestar cuidados de enfermagem a clientes com múltiplas doenças crónicas e situações de elevada complexidade clínica, o que evidenciou a necessidade de adquirir competências especializadas na área da gestão da cronicidade.

A construção progressiva do perfil de enfermeiro especialista foi orientada pelo quadro das competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais e pelas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

Este desenvolvimento enquadra-se no modelo de Patricia Benner, “De Iniciado a Perito”, que descreve a evolução das competências clínicas do enfermeiro desde o nível iniciante até ao perito, com base na experiência prática e no desenvolvimento do pensamento clínico. A autora evidenciou que o conhecimento em enfermagem se consolida progressivamente através da experiência adquirida na prática clínica (Benner, 2001).

No contexto da prática de enfermagem, adotei como referencial teórico a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), a qual se fundamenta no pressuposto de que a intervenção de enfermagem se torna necessária quando a pessoa evidencia défice para assegurar, de forma autónoma, as suas necessidades de autocuidado.

Considerando a minha experiência profissional prévia em contexto de internamento de Medicina, aliada ao interesse em adquirir competências avançadas no âmbito da enfermagem especializada, emergiu o título deste relatório, “Intervenção Especializada para a Gestão da Doença Crónica”.

A escolha deste tema resultou de um processo reflexivo, dada a sua centralidade e impacto no contexto da enfermagem à pessoa em situação crónica, fundamentando-se na relevância da atuação do enfermeiro especialista na promoção da autogestão da doença, na prevenção de complicações, na continuidade dos cuidados e na capacitação da pessoa e da família, em conformidade com as orientações preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

O projeto de estágio foi, assim, estruturado com foco na capacitação da pessoa com doença crónica, na gestão de regimes terapêuticos complexos, na prevenção de complicações e na promoção da continuidade de cuidados, constituindo o fio condutor entre os contextos de internamento e de hemodiálise e permitindo tornar perceptível o percurso realizado na aquisição de competências especializadas. Estas dimensões assumem particular relevância na prestação de cuidados a pessoas com patologias crónicas complexas, nomeadamente a drepanocitose e a doença renal crónica, reconhecidas pelas suas complexidades clínicas, recorrência de agudizações e impacto funcional (GBD 2021, Sickle Cell Disease Collaborators, 2023).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República, n.º 26/2019, Série II, de 2019-02-06, “os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”. Neste sentido, torna-se essencial investir na formação de enfermeiros especialistas capazes de responder às necessidades complexas das pessoas em situação crónica, garantindo cuidados contínuos, seguros e individualizados, que promovam a autonomia e a qualidade de vida (OE, 2019; DGS, 2023).

A decisão de ingressar no presente mestrado assenta na motivação para adquirir conhecimentos científicos e desenvolver competências especializadas que sustentem a prestação de cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa, visando, simultaneamente, a afirmação enquanto elemento de referência na equipa multidisciplinar. Acresce, ainda, o facto de desempenhar funções como orientadora de estudantes de enfermagem, pelo que a aquisição destas competências permitirá não só qualificar a supervisão clínica, mas também potenciar a transmissão de conhecimentos a estudantes a nível de mestrado.

O presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, estruturados de forma a responder aos objetivos propostos e a enquadrar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.

Inicialmente procede-se à caracterização dos contextos de estágio. Seguidamente, é apresentado o enquadramento conceptual.

Posteriormente, desenvolve-se a análise crítico-reflexiva das competências adquiridas, integrando competências comuns, competências específicas e competências de mestre. É, ainda, apresentada uma análise *SWOT* do percurso formativo.

O relatório termina com as conclusões, nas quais são sistematizadas as principais aprendizagens e evidenciado o contributo do percurso desenvolvido para a consolidação do perfil de enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, seguindo-se as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. APRECIÇÃO DOS ESTÁGIOS

1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE MEDICINA

O estágio foi realizado no serviço de Internamento de Medicina, tendo sido integrado no Módulo de Estágio I – Unidades de Internamento, com a duração de nove semanas, entre 20 de maio e 19 de julho de 2025, numa Unidade Local de Saúde. Esta unidade presta cuidados a uma área populacional alargada e culturalmente diversa, com expressão significativa de clientes provenientes do continente africano, grupo no qual se verifica uma maior prevalência de drepanocitose, o que confere particular relevância clínica e epidemiológica ao contexto assistencial. Estes clientes são acompanhados por uma equipa multidisciplinar com elevado grau de diferenciação técnico-científica, possuindo formação específica na abordagem desta doença crónica e nos tratamentos que lhe estão associados, designadamente na transfusão permuta.

Este estágio permitiu-me prestar cuidados de enfermagem a jovens adultos portadores de drepanocitose, uma doença crónica complexa, caracterizada por agudizações recorrentes e, consequentemente, pela necessidade de terapêuticas de uso hospitalar, com impacto significativo na qualidade de vida. Esta patologia encontra-se frequentemente associada ao desenvolvimento de complicações multissistémicas e de outras comorbilidades ao longo do percurso da doença, reforçando a necessidade de intervenções de enfermagem especializadas, contínuas e centradas na pessoa (GBD 2021 Sickle Cell Disease Collaborators, 2023).

1.2. UNIDADE DE HEMODIÁLISE

O local onde decorreu o Estágio II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, realizado entre 8 de setembro e 20 de dezembro de 2025, foi numa unidade de hemodiálise.

A realização do estágio numa unidade de hemodiálise revelou-se, à semelhança do contexto anterior, de elevada relevância para o desenvolvimento de competências especializadas. A sua escolha deveu-se, por um lado, ao aumento da prevalência da doença renal crónica, com uma incidência em Portugal superior à média europeia (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2024). Por outro lado, resultou também do interesse pessoal em adquirir conhecimentos na prestação de cuidados à pessoa em programa de hemodiálise, por se tratar de uma doença

crónica que condiciona significativamente a vida do cliente, nomeadamente ao nível da frequência dos tratamentos e dos cuidados associados ao regime dietético, constituindo, assim, uma problemática relevante em saúde pública (Silva et al. 2024).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. DOENÇA CRÓNICA

De acordo com o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a doença crónica é definida como:

Doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta de forma prolongada as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas, com limitações acentuadas na resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação, repercutindo-se de forma significativa no contexto social da pessoa por ela afetada. (p.3857)

Esta definição evidencia a complexidade inerente à doença crónica, bem como o seu impacto na qualidade de vida do cliente.

Do universo das doenças crónicas, destacam-se as doenças crónicas não transmissíveis, que constituem, atualmente, um dos principais desafios de saúde pública a nível global, sendo responsáveis por um impacto significativo na taxa de mortalidade, morbilidade e anos de vida associados à incapacidade. Em 2021, estas doenças representaram cerca de 64,5% de todas as mortes a nível mundial, evidenciando o seu impacto expressivo nos sistemas de saúde, com maior expressão em contextos com menores recursos, onde as desigualdades no acesso aos cuidados agravam os resultados em saúde (Freihat et al., 2025).

Neste enquadramento, importa compreender de que forma esta realidade global se reflete no contexto nacional. Em Portugal, as doenças não transmissíveis configuram uma componente central do perfil epidemiológico, destacando-se as doenças cardiovasculares e o cancro como as principais causas de mortalidade. Apesar de o país apresentar uma esperança média de vida ligeiramente acima da média da União Europeia, a expressão da doença permanece elevada, sendo fortemente influenciada por fatores de risco comportamentais, nomeadamente o consumo de tabaco, álcool, a alimentação inadequada e o sedentarismo, responsáveis por cerca de um terço das mortes, bem como por fatores de risco metabólicos, designadamente a hipertensão arterial, o excesso de peso, a hiperglicemia e a dislipidemia. Este cenário evidencia não só o impacto crescente da doença crónica na população, mas também a necessidade de respostas estruturadas do sistema de saúde, nomeadamente ao nível da prevenção, da promoção de estilos de vida saudáveis e do reforço da capacidade de

resposta e resiliência dos cuidados de saúde (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; WHO, 2023).

Neste contexto, a complexidade da doença crónica exige intervenções de enfermagem diferenciadas, que vão ao encontro das competências do EEEMC-EPSC, nomeadamente na identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores, assegurando a prevenção e a deteção precoce através de uma avaliação individualizada, bem como na capacitação para o autocuidado e na adaptação à doença crónica.

A doença crónica afeta a pessoa de forma multidimensional, com repercussões nas dimensões física, psicológica e social, influenciando a autonomia, a identidade e a qualidade de vida. O diagnóstico de doença crónica configura um processo de transição saúde-doença, marcado por mudanças significativas no quotidiano da pessoa, exigindo um processo contínuo de adaptação e reorganização. Neste contexto, a adaptação à condição crónica é influenciada por múltiplos fatores, destacando-se os fatores psicossociais, nomeadamente o suporte social e emocional, reconhecido como determinante na adesão ao regime terapêutico, na capacitação para o autocuidado e na promoção do bem-estar (Meleis, 2010; IJSRA, 2024).

A educação para a saúde emerge como uma intervenção central neste processo, promovendo a capacitação, a autogestão da doença e o fortalecimento dos mecanismos de resiliência, alinhada com os princípios da enfermagem centrada na pessoa (Martins & Rodrigues, 2020). A crescente prevalência das doenças crónicas representa um dos principais desafios para os sistemas de saúde, exigindo modelos de cuidados que privilegiem a continuidade, a articulação interprofissional e a promoção de ganhos em saúde. Neste enquadramento, a enfermagem assume uma responsabilidade acrescida no acompanhamento da pessoa em situação crónica, adotando uma abordagem individualizada, centrada na pessoa e na sua família/cuidador informal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As temáticas que sustentam o presente relatório são desenvolvidas neste capítulo, constituindo a base teórica que enquadra a análise e a reflexão sobre a intervenção de enfermagem especializada junto da pessoa em situação crónica. A pesquisa inicial foi realizada no contexto dos estágios, permitindo a construção de um enquadramento conceptual preliminar, sustentado numa revisão bibliográfica orientada para a compreensão das doenças crónicas identificadas em contexto de estágio. Contudo, com o desenvolvimento do relatório e a consolidação da experiência adquirida ao longo do estágio, emergiu a necessidade de proceder a uma reavaliação e aprofundamento da pesquisa bibliográfica, ajustando-a à

finalidade específica deste trabalho e promovendo uma análise mais consistente, integrada e contextualizada das temáticas em estudo.

Neste contexto, a abordagem à pessoa em situação crónica deve centrar-se não apenas no controlo da doença, mas também na capacitação para o autocuidado, na gestão da complexidade clínica e na promoção da continuidade de cuidados (Orem, 1991).

Neste enquadramento conceptual, serão abordadas duas doenças crónicas distintas: a drepanocitose, também designada por anemia falciforme, e a Doença Renal Crónica (DRC). A inclusão destas doenças fundamenta-se no seu carácter crónico, na elevada complexidade clínica que lhes está associada e no impacto significativo que exercem na qualidade de vida das pessoas, exigindo intervenções de enfermagem especializadas, sustentadas na vigilância clínica, na educação terapêutica e na articulação de cuidados ao longo do percurso de doença (OE, 2019).

Considerando a complexidade das doenças crónicas, torna-se pertinente analisar patologias específicas que evidenciem diferentes manifestações da condição crónica, permitindo compreender, de forma mais aprofundada, os desafios inerentes à sua gestão e adaptação. Assim, inicia-se a análise pela drepanocitose, enquanto doença genética crónica marcada por episódios agudos recorrentes e elevada complexidade na gestão; posteriormente, procede-se à análise da Doença Renal Crónica, enquanto problema de saúde de elevada prevalência, atendendo ao seu impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, particularmente no contexto da hemodiálise.

2.2. DREPANOCITOSE

A hemoglobina é uma proteína essencial ao organismo humano, cuja função consiste no transporte de oxigénio dos pulmões para os tecidos e no retorno de dióxido de carbono aos pulmões. A sua estrutura e função encontram-se interligadas, pelo que alterações na sua composição podem comprometer a sua eficácia, estando na origem de diversas hemoglobinopatias (Hoffbrand & Moss, 2016).

Entre as hemoglobinopatias, uma das mais disseminadas é a drepanocitose, ou anemia falciforme, descrita pela primeira vez por James B. Herrick, em 1910, a partir da observação de eritrócitos com morfologia anómala, caracterizados por uma configuração alongada em forma de foice em indivíduos com anemia grave (Herrick, 1910). Trata-se de uma doença de

origem genética, resultante da transmissão do alelo da hemoglobina S, responsável por modificações estruturais dos glóbulos vermelhos, de pais para filhos, manifestando-se sobretudo quando herdado de ambos os progenitores.

Em situações de menor disponibilidade de oxigénio, esta forma altera o formato dos eritrócitos, que passam de uma configuração normal arredondada para um formato em foice, tornando-se mais rígidos e frágeis. Estas alterações estão na base de fenómenos de hemólise e de obstrução dos vasos sanguíneos, que comprometem a oxigenação dos tecidos e desencadeiam episódios agudos recorrentes, designados por crises falciformes, com impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Hoffbrand & Moss, 2016; Guyton & Hall, 2021).

Esta mutação apresenta uma distribuição geográfica ampla, com maior expressão em regiões como África, Médio Oriente, Índia e áreas do Mediterrâneo, associando-se a zonas historicamente endémicas de malária por *Plasmodium* (Piel et al., 2010). Fatores socioeconómicos, como o menor acesso a saneamento, ao controlo de vetores e, consequentemente, aos cuidados de saúde, contribuem para a manutenção da transmissão contínua da infeção (Piel et al., 2010; GBD 2021 Sickle Cell Disease Collaborators, 2023).

Tendo em conta este enquadramento, importa compreender a dimensão da drepanocitose a nível mundial, bem como a sua expressão em contextos específicos, de forma a contextualizar o impacto desta doença na prática clínica.

A nível mundial, estima-se o surgimento de cerca de 300.000 novos casos por ano. Apesar de associada a uma elevada mortalidade, a melhoria dos cuidados de saúde, aliada aos fenómenos migratórios, tem permitido um aumento significativo da sobrevivência, refletindo-se num número crescente de adultos portadores desta condição crónica (GBD 2021 Sickle Cell Disease Collaborators, 2023; WHO, 2025).

Em Portugal, de acordo com o Relatório do Programa Nacional de Rastreio Neonatal de 2023, estima-se a existência de aproximadamente 850 pessoas diagnosticadas com anemia falciforme, maioritariamente concentradas nas áreas metropolitanas de Lisboa e Setúbal. Esta distribuição reflete alterações demográficas recentes e evidencia a necessidade de respostas organizadas do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente ao nível da formação dos profissionais e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados, de modo a assegurar uma resposta adequada às necessidades da pessoa (Vilarinho et al., 2023).

2.2.1. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A drepanocitose caracteriza-se por hemólise crónica, resultante da destruição precoce dos eritrócitos falciformes, manifestando-se clinicamente por fadiga, palidez e icterícia, bem como por fenómenos de vaso-oclusão, responsáveis por episódios recorrentes de dor aguda intensa, decorrentes da obstrução da microcirculação e consequente isquemia tecidual (Gonçalves et al., 2007).

Um dos quadros clínicos mais graves associados à drepanocitose é a Síndrome Torácica Aguda (STA), resultante de um ciclo fisiopatológico complexo que envolve episódios de vaso-oclusão, aumento da rigidez dos eritrócitos e adesão ao endotélio pulmonar, mediada por moléculas de adesão como a VCAM-1. A necrose da medula óssea, com libertação de gordura e fosfolípases para a circulação, bem como a ocorrência de infeções respiratórias, contribuem adicionalmente para o desenvolvimento deste quadro, associado a elevada morbilidade e risco potencial de mortalidade (Bhasin & Sarode, 2023).

Estas manifestações contribuem para a morbilidade significativa associada à doença e para a necessidade de intervenções terapêuticas ao longo do ciclo de vida.

2.2.2. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

As abordagens terapêuticas utilizadas para colmatar as manifestações clínicas da drepanocitose assumem uma natureza multidimensional, refletindo a complexidade e a cronicidade da doença. O transplante de células estaminais hematopoiéticas constitui, atualmente, a única intervenção com potencial curativo, permitindo a substituição da hematopoiese anómala por uma produção eritrocitária normal (Kanter et al., 2021). Contudo, a sua utilização permanece complexa e não isenta de riscos, estando associada a complicações significativas, como a doença do enxerto contra hospedeiro, infeções, falência do enxerto e mortalidade associada ao procedimento (Kanter et al., 2021).

As recomendações atuais sugerem que o transplante deve ser considerado preferencialmente em idades mais precoces, uma vez que os resultados tendem a ser mais favoráveis em crianças comparativamente aos adultos, não sendo, contudo, definida uma idade específica. Neste sentido, a decisão de recorrer a esta terapêutica exige uma avaliação individualizada, considerando fatores como a gravidade da doença, a disponibilidade de dador compatível e

as preferências da pessoa e da família, no âmbito de um processo de decisão partilhada (Kanter et al., 2021).

De acordo com o National Heart, Lung, and Blood Institute (2014), a abordagem terapêutica da drepanocitose deve ser multidimensional, incluindo terapêutica farmacológica com hidroxiureia, estratégias transfusionais, prevenção de infeções e controlo da dor, bem como a gestão de complicações específicas, refletindo a complexidade e natureza crónica da doença. Neste âmbito, o controlo da dor assume particular relevância, sendo as crises vaso-oclusivas uma das manifestações mais frequentes e incapacitantes, frequentemente necessitando de terapêutica analgésica. No contexto de estágio, foi possível observar que, em situações de maior gravidade, estas crises apresentavam, com base no instrumento de avaliação da dor, scores elevados, exigindo, por vezes, a administração de opióides em perfusão para controlo eficaz da sintomatologia.

A transfusão sanguínea constitui uma das principais estratégias terapêuticas na abordagem à drepanocitose, contribuindo para a melhoria da capacidade de transporte de oxigénio e para a redução da proporção de hemoglobina S, com consequente melhoria da perfusão tecidual (Salinas Cisneros & Thein, 2020). Esta técnica representa uma opção terapêutica eficaz na gestão e prevenção de complicações da doença, embora esteja associada a limitações relevantes, nomeadamente reações hemolíticas e sobrecarga de ferro (Salinas Cisneros & Thein, 2020). A evidência mais consistente para a sua utilização relaciona-se com a prevenção primária e secundária do acidente vascular cerebral, sendo menos robusta noutras complicações (Salinas Cisneros & Thein, 2020).

Neste contexto, a decisão transfusional deve ser orientada por uma avaliação clínica minuciosa, privilegiando a sintomatologia e a condição da pessoa, em detrimento da interpretação isolada de valores laboratoriais, sendo atualmente recomendada uma abordagem restritiva (Goodnough & Panigrahi, 2017).

Um exemplo de estratégia transfusional é a transfusão permuta, que permite a remoção parcial do sangue do cliente, com substituição por concentrado eritrocitário, promovendo uma redução mais eficaz da hemoglobina S, sem aumento significativo da viscosidade sanguínea (Roach et al., 2008). Esta abordagem é utilizada no tratamento do acidente vascular cerebral isquémico agudo na drepanocitose, integrando-se num conjunto de medidas que incluem hidratação, correção da hipóxia e estabilização hemodinâmica (Roach et al., 2008).

Para além destas situações, a prática clínica evidencia a sua utilização em contextos de níveis elevados de hemoglobina S associados a sintomatologia álgica intensa, visando a redução rápida da HbS e o controlo das manifestações clínicas. No contexto de estágio, verificou-se que esta intervenção era realizada de forma programada, com periodicidade definida e em dias previamente estabelecidos, sendo a sua indicação sustentada na monitorização regular dos parâmetros analíticos, nomeadamente os níveis de hemoglobina S, uma vez que estes clientes são submetidos a avaliações laboratoriais periódicas.

Nos dias programados, era assegurada a presença de enfermeiros com experiência na técnica de transfusão permuta, reforçando a importância do desenvolvimento de competências especializadas e da diferenciação profissional. Neste âmbito, destaca-se a teoria de *Patricia Benner* (2001), que descreve a progressão do enfermeiro ao longo de diferentes níveis de competência, desde o nível iniciante até ao perito, sendo a experiência clínica um elemento central na aquisição de julgamento clínico e desempenho especializado em contextos complexos.

A observação desta prática clínica permitiu-me reconhecer que o enfermeiro perito mobiliza o conhecimento de forma integrada e contextualizada, demonstrando capacidade de antecipação, tomada de decisão fundamentada e liderança na equipa, bem como de partilha de conhecimentos com os seus pares, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados. Tive, assim, o privilégio de assistir a uma dessas partilhas entre a equipa multidisciplinar, momento que se revelou de extrema importância para a consolidação de conhecimentos e para a compreensão da diferenciação dos cuidados prestados, sendo que as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas neste âmbito serão aprofundadas em capítulo próprio.

Seguidamente, proceder-se-á à abordagem da doença renal crónica, contemplando a sua fisiopatologia e as diferentes modalidades terapêuticas.

2.3. DOENÇA RENAL CRÓNICA

A Doença Renal Crónica assume particular relevância neste relatório, atendendo aos desafios que coloca à prestação de cuidados de enfermagem especializados e ao impacto que exerce na vida do cliente, da família e do cuidador informal.

Fisiologicamente, cada rim saudável possui cerca de um milhão de nefrónios, estruturas responsáveis pela filtração do sangue. Com o envelhecimento e a exposição a fatores de risco,

como a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial e a obesidade, ocorre uma perda progressiva e irreversível destes nefrónios, comprometendo a função renal e a capacidade de homeostase do organismo, traduzindo-se numa redução progressiva da taxa de filtração glomerular, um dos principais marcadores da evolução da doença (KDIGO, 2023).

A alteração da função renal pode manifestar-se sob a forma de Lesão Renal Aguda (LRA) ou de Doença Renal Crónica, distinguindo-se essencialmente pela duração da disfunção e pela reversibilidade das alterações estruturais. A LRA pode resultar de situações potencialmente reversíveis, desde que diagnosticadas e tratadas precocemente, enquanto a DRC se caracteriza pela persistência de alterações estruturais ou funcionais do rim por um período igual ou superior a três meses (KDIGO, 2023). A progressão da DRC encontra-se frequentemente associada à ocorrência repetida de episódios de LRA, os quais agravam o prognóstico e aumentam o risco de complicações e mortalidade.

Estima-se que cerca de 850 milhões de pessoas em todo o mundo sejam afetadas pela Doença Renal Crónica (DRC), correspondendo a aproximadamente 10% da população global, o que a posiciona como um grave problema de saúde pública, associado a elevada morbilidade, mortalidade e custos económicos significativos. A sua prevalência a nível mundial situa-se em torno dos 13%, evidenciando uma distribuição desigual, influenciada por fatores como a idade, o sexo e o contexto socioeconómico, sendo particularmente mais elevada em populações envelhecidas (Francis et al., 2024; Wijewickrama et al., 2024; Duff et al., 2024).

A DRC encontra-se frequentemente associada ao envelhecimento populacional e à elevada prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, apresentando uma evolução progressiva e frequentemente silenciosa na fase inicial, o que dificulta o diagnóstico e, consequentemente, compromete a eficácia das intervenções preventivas. Acresce que a ausência de programas estruturados de rastreio, em muitos países, limita a deteção precoce, particularmente em grupos de risco (Bello et al., 2023).

Trata-se, assim, de uma patologia de impacto significativo a nível global, cuja distribuição é influenciada por fatores demográficos e socioeconómicos, como a idade, o sexo e o nível de rendimento dos países, refletindo-se em variações relevantes na sua prevalência entre diferentes contextos (Duff et al., 2024). Neste âmbito, evidenciam-se limitações na capacidade de resposta dos sistemas de saúde, particularmente em países menos desenvolvidos, onde, apesar da disponibilidade da hemodiálise, o acesso efetivo à terapêutica permanece condicionado por constrangimentos ao nível do financiamento, dos recursos humanos

especializados e das infraestruturas, comprometendo a equidade no acesso aos cuidados (Bello et al., 2024).

Estas limitações refletem-se em diferenças nos resultados em saúde, nomeadamente ao nível da progressão da doença e da sobrevivência das pessoas com DRC.

Em Portugal, esta realidade acompanha a tendência internacional, estimando-se que a DRC afete cerca de 9,8% da população adulta, o que corresponde, aproximadamente, a um milhão de pessoas com algum grau da doença. Nos estádios mais avançados, verifica-se uma elevada necessidade de terapêuticas de substituição da função renal, sendo a hemodiálise a modalidade predominante, iniciada por cerca de 77,6% dos doentes que atingem o estágio terminal.

Este enquadramento reforça a importância da intervenção precoce e da articulação entre níveis de cuidados, com vista à otimização do percurso da pessoa com DRC. Neste âmbito, destaca-se a importância da vigilância clínica contínua, da monitorização dos fatores de risco e da articulação entre níveis de cuidados, como estratégias fundamentais para prevenir a progressão da doença e reduzir eventos agudos evitáveis (Bello et al., 2023).

De acordo com as orientações da KDIGO (2023), a DRC é classificada com base na taxa de filtração glomerular (G1 a G5) e nos níveis de albuminúria (A1 a A3), permitindo uma estratificação do risco de progressão e de eventos cardiovasculares. Esta classificação orienta a vigilância clínica e a definição de estratégias de intervenção individualizadas, favorecendo uma atuação precoce e integrada. Paralelamente, a evidência reforça a necessidade de integrar esta estratificação em sistemas de informação em saúde e em políticas de gestão da doença, de modo a apoiar a tomada de decisão clínica e a otimização dos cuidados prestados (Bello et al., 2023).

A progressão da DRC pode culminar na doença renal em estágio terminal, exigindo terapêutica substitutiva da função renal, nomeadamente hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal ou tratamento médico conservador. Neste contexto, assume particular relevância a implementação de estratégias de prevenção primária e secundária, incluindo o controlo rigoroso da diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial, a promoção de estilos de vida saudáveis e a identificação precoce de indivíduos em risco, com vista a retardar a progressão da doença e reduzir a necessidade de terapêuticas substitutivas (Bello et al., 2023).

Considerando o exposto, o EEEMC-EPSC assume uma importância crucial na vigilância clínica, na educação terapêutica, na promoção da adesão ao regime terapêutico e na capacitação da

pessoa e da família para a gestão da doença, contribuindo para a prevenção de complicações e para a melhoria da qualidade de vida, com base na evidência científica.

2.3.1. MODALIDADES DE TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

É importante reforçar que, até à escolha da terapêutica substitutiva da função renal (TSFR), o cliente é geralmente acompanhado em consultas periódicas, no seguimento do diagnóstico prévio de doença renal crónica, à semelhança de outras doenças crónicas. Após o diagnóstico de doença renal crónica terminal, o cliente é referenciado para uma consulta de esclarecimento, designada, no contexto de estágio, como “consulta de opções”, onde são apresentadas as modalidades de tratamento ajustadas à sua condição clínica.

A decisão relativa à técnica de substituição da função renal deve ser tomada de forma informada e partilhada, envolvendo a pessoa, os profissionais de saúde e, sempre que possível e pertinente, a família, tendo em conta fatores clínicos, sociais e individuais (Zhang et al., 2025). Nesta consulta, as intervenções do enfermeiro especialista centram-se na avaliação, educação e capacitação do cliente, promovendo a sua adaptação à doença crónica. Com base na Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, o enfermeiro identifica necessidades de autocuidado e promove a autonomia através de intervenções direcionadas à modalidade de tratamento. Simultaneamente, de acordo com o Modelo de Transições de Afaf Meleis (2010), apoia a pessoa no processo de transição saúde-doença, promovendo a adaptação emocional, a integração de novas rotinas e o desenvolvimento de competências que lhe permitam gerir a sua condição de forma progressivamente autónoma.

Posteriormente, de acordo com a modalidade terapêutica definida, é programada a colocação de um acesso provisório para o início do tratamento. Paralelamente, e com base na avaliação clínica, é agendada uma consulta de acessos, na qual é avaliado o padrão vascular do cliente, permitindo planear intervenções futuras e a criação de um acesso permanente. No decorrer desta consulta, foi possível observar, na interação entre o médico, o enfermeiro e o cliente, o contributo diferenciado do enfermeiro especialista, evidenciando-se a sua experiência e formação específica. Para além das competências inerentes à sua área de especialização, destacou-se ainda o domínio de outras competências técnicas, nomeadamente na utilização de meios imagiológicos, como o ecógrafo, evidenciando a importância da diferenciação e da formação contínua.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2011), as modalidades de tratamento da DRC em estágio 5 incluem a hemodiálise, a diálise peritoneal, o tratamento médico conservador e o transplante renal. Seguidamente, serão abordadas estas modalidades de forma mais detalhada, contemplando a compreensão das suas especificidades e implicações para o cliente.

Acessos Vasculares

O acesso vascular é reconhecido como um elemento central para o sucesso da hemodiálise, sendo frequentemente designado como a “linha de vida” da pessoa em tratamento. A sua funcionalidade influencia diretamente a eficácia do tratamento e o bem-estar da pessoa, enquanto as complicações associadas constituem uma das principais causas de morbilidade e limitação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No contexto da terapêutica de substituição da função renal, o acesso vascular, seja provisório ou permanente, é essencial para a realização da hemodiálise, sendo fundamental para garantir a eficácia e segurança do tratamento. A sua escolha, planeamento e manutenção constituem fatores determinantes para a qualidade da diálise e para a redução de complicações associadas. A abordagem ao acesso vascular deve ser individualizada, tendo em consideração as características clínicas da pessoa, o seu percurso de doença e o plano terapêutico definido. Neste sentido, torna-se fundamental compreender os diferentes tipos de acessos vasculares, as suas especificidades e implicações na prática clínica (Lok et al., 2020). Os acessos vasculares classificam-se em provisórios e definitivos. Os acessos provisórios correspondem aos cateteres venosos centrais não tunelizados, utilizados em situações de urgência. Os acessos definitivos incluem a fístula arteriovenosa, o enxerto arteriovenoso e o cateter venoso central tunelizado, sendo a fístula arteriovenosa considerada o acesso de eleição. A vigilância, manutenção e educação da pessoa relativamente ao acesso vascular constituem áreas centrais da intervenção do enfermeiro especialista, com impacto direto na prevenção de complicações e na continuidade dos cuidados (Lok et al., 2020).

Hemodiálise

A hemodiálise é uma das modalidades de TSFR amplamente utilizada no tratamento da doença renal crónica em estágio terminal, permitindo a remoção de solutos urémicos e de excesso de fluidos através da circulação extracorporeal do sangue por um dialisador contendo uma membrana semipermeável, cujos mecanismos de difusão e ultrafiltração possibilitam a

correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido-base (Daugirdas et al., 2015). Este tratamento permite compensar parcialmente a função renal, nomeadamente ao nível da depuração de ureia e creatinina, bem como do controlo do volume e dos eletrólitos (Tutur & Bicer, 2025).

A sua periodicidade é programada, sendo habitualmente efetuada três vezes por semana, com sessões de aproximadamente quatro horas, o que evidencia o caráter exigente e estruturado desta terapêutica (Rodrigues & Costeira, 2024; Ferreira et al., 2025). Em 2024, cerca de 14 089 pessoas encontravam-se em programa regular de diálise, número que tem vindo a aumentar de forma consistente, refletindo o impacto crescente da doença no contexto nacional (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2025).

Apesar da sua importância, a hemodiálise está associada a múltiplas complicações que afetam significativamente a qualidade de vida dos doentes, incluindo fadiga, náuseas, hipotensão, infeções e dor (Rodrigues & Costeira, 2024; Tutur & Bicer, 2025). A dor, em particular, constitui um sintoma frequente durante o tratamento, sendo reportada por uma percentagem significativa de doentes e associada a limitações funcionais e diminuição da qualidade de vida. Neste contexto, a intervenção do EEEMC-EPSC evidencia-se na resposta às necessidades complexas da pessoa em hemodiálise, mobilizando competências técnicas avançadas. O enfermeiro é responsável pela preparação do cliente antes do início do tratamento, pela conexão da pessoa à máquina de hemodiálise e pela vigilância durante o período interdialítico, o que permite identificar necessidades que requerem intervenções especializadas, nomeadamente no controlo da dor e na vigilância de sinais de instabilidade, com vista à prevenção de complicações associadas ao tratamento. Paralelamente, demonstra competências na gestão das alterações e incapacidades impostas pela doença crónica, incluindo a alteração da imagem corporal, promovendo a adaptação da pessoa à sua condição de saúde (OE, 2018). Simultaneamente, intervém na capacitação da pessoa para a gestão da sua condição, promovendo a literacia em saúde e a adesão ao regime terapêutico, numa abordagem centrada na pessoa, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a adaptação à doença crónica.

Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal constitui uma técnica de depuração extra-renal que recorre ao peritонеu como membrana semipermeável, sustentando-se em três componentes fundamentais: a estrutura da membrana peritoneal, o tipo de acesso peritoneal e as propriedades físico-químicas das soluções de diálise (Heras, 2006).

No procedimento, a cavidade peritoneal atua como reservatório do líquido dialítico, enquanto entre o sangue e a solução (Blake & Daugirdas, 2008; Watske & Struijk, 2009). O acesso à cavidade peritoneal é realizado através de cateter peritoneal exteriorizado ou interiorizado (subcutâneo) (Ash & Daugirdas, 2003).

A diálise peritoneal pode ser organizada em duas modalidades principais: manual e automática (Páez & Palma, 2006; Díaz et al., 2006). A modalidade manual caracteriza-se pela execução dos ciclos de forma não automatizada, geralmente com uma frequência de três a quatro trocas diárias. A modalidade automática compreende diferentes esquemas terapêuticos, definidos em função das necessidades individuais da pessoa.

A diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) corresponde à modalidade manual mais utilizada, com uma média de idades de 54,8 anos (Macário et al., 2018), distinguindo-se pela permanência contínua da solução dialítica na cavidade peritoneal ao longo das 24 horas, sendo as trocas realizadas manualmente várias vezes ao dia.

Esta técnica promove maior autonomia da pessoa, mas exige elevada responsabilidade, rigor técnico e adequada capacitação, uma vez que está associada a um conjunto de complicações, como fugas peritoneais, infeções (incluindo da parede abdominal), intolerância aos volumes intraperitoneais e alterações do estado nutricional. Adicionalmente, podem verificar-se condições clínicas que limitam ou contraindicam esta técnica, como doença inflamatória ou isquémica intestinal, diverticulite e obesidade mórbida (Ronco et al., 2019).

O enfermeiro assume um papel determinante na formação, acompanhamento e monitorização da pessoa e dos cuidadores, garantindo a segurança e a eficácia do tratamento (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2024). Segundo a *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (2012), a diálise peritoneal constitui uma alternativa eficaz à hemodiálise na DRC em estágio 5, particularmente em doentes que residem longe de centros de diálise, podendo ser realizada no domicílio pelo próprio ou com apoio familiar.

Tratamento Médico Conservador

Esta modalidade terapêutica envolve uma abordagem não dialítica e não transplantadora, centrada no controlo clínico e na qualidade de vida.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia, desde abril de 2022, o tratamento médico conservador é uma opção terapêutica reconhecida, colocada ao mesmo nível da diálise e da transplantação, sendo particularmente relevante em doentes frágeis, com múltiplas comorbilidades ou com baixa expectativa de benefício com terapêutica dialítica.

É frequentemente escolhido quando a diálise ou o transplante não são adequados ou desejados, mantendo-se o acompanhamento médico, bem como a gestão através de dieta e terapêutica farmacológica.

Os principais objetivos do tratamento conservador incluem:

- Retardar a progressão da doença renal;
- Controlar sintomas e complicações;
- Otimizar qualidade de vida;
- Integrar cuidados paliativos precoces.

O tratamento médico conservador constitui uma opção válida para pessoas que não pretendem ou não reúnem condições para terapêuticas de substituição da função renal, centrando-se no controlo sintomático, na gestão da qualidade de vida e nos cuidados paliativos renais, numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa (Gelfand S et al. (2025).

O tratamento médico conservador é um modelo ativo e estruturado centrado no doente e na sua qualidade de vida com enquadramento normativo em Portugal na Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011.

Transplante Renal

O transplante renal representa a modalidade terapêutica que oferece melhores resultados em termos de qualidade de vida e sobrevivência, embora não constitua uma cura definitiva da insuficiência renal.

O ato cirúrgico, designado nefrectomia, pode envolver um dador cadáver ou um dador vivo, estando associado à necessidade de terapêutica imunossupressora e vigilância contínua (Abecassis et al, 2008; KDIGO, 2023).

A transplantação renal a partir de dador vivo está legislada através da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho.

A transplantação renal acarreta riscos e complicações durante o ato cirúrgico, assim como complicações pós-colocação (infecções por microrganismos oportunistas, doenças transmitidas, rejeição do enxerto).

Embora sejam realizados os exames necessários para avaliar o rim e reduzir o risco de transmissão de doenças no dador cadáver, existe uma pequena possibilidade de alguma infecção ou neoplasia maligna possa ser transmitida ao recetor. A probabilidade de surgir uma neoplasia maligna após a transplantação renal é superior à da população em geral (Penn, 2000). Os tumores da pele são os mais frequentes. Muitas dessas complicações são devido à medicação imunossupressora (Penn, 2000).

A Rejeição do enxerto é uma das principais complicações da transplantação renal e pode comprometer a função do rim transplantado. A rejeição aguda ocorre com maior frequência nos primeiros meses após a transplantação, sobretudo nos primeiros 6 meses (Naik, Hassanein & Shawar, 2023).

A longo prazo, a principal causa de deterioração progressiva do rim transplantado é a disfunção crónica do enxerto, que resulta de múltiplos fatores, incluindo episódios de rejeição, toxicidade dos imunossupressores, infecções, hipertensão arterial e recidiva da doença renal de base (Goldberg et al., 2016).

O diagnóstico precoce e a vigilância regular são fundamentais, uma vez que muitos episódios de rejeição podem ser tratados com sucesso quando identificados atempadamente. A adesão rigorosa à medicação imunossupressora e ao seguimento clínico é essencial para reduzir o risco de perda do enxerto (Goldberg et al., 2016).

A preparação para o transplante e o acompanhamento pós-transplante exigem uma abordagem integrada e especializada de enfermagem.

Previamente à conclusão deste capítulo, e considerando a abordagem das doenças crónicas subjacentes ao presente relatório, considera-se pertinente integrar um subcapítulo dedicado à literacia em saúde. Esta opção fundamenta-se na evidência que demonstra que as pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise apresentam, frequentemente, níveis reduzidos de literacia em saúde, verificando-se uma elevada prevalência de literacia limitada, a qual pode constituir um fator condicionante da compreensão da condição de saúde e da gestão do regime terapêutico (Silva et al., 2024).

Para além da evidência científica, reconhece-se a pertinência das competências específicas do enfermeiro especialista em EEEMC-EPSC, designadamente: “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” e “maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), as quais reforçam a necessidade de intervenções de enfermagem individualizadas, centradas na capacitação da pessoa e na promoção da sua autonomia. Neste sentido, e em consonância com a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), as intervenções orientam-se para o desenvolvimento de competências de autocuidado, assumindo a literacia em saúde um eixo central neste processo, a aprofundar no subcapítulo seguinte.

2.4. LITERACIA EM SAÚDE

No âmbito da doença crónica, a capacitação da pessoa é o objetivo central na aquisição de ganhos em saúde, na melhoria da qualidade de vida e na promoção da autonomia ao longo do percurso de cuidados.

As intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista, orientam-se para o aumento dos conhecimentos com base na melhor evidência científica, desenvolvimento de competências e da capacidade de tomada de decisão informada do cliente, permitindo-lhe compreender a sua situação clínica e ser o centro no processo de cuidados.

Esta abordagem pressupõe uma relação terapêutica centrada na pessoa, na qual a informação é partilhada de forma clara, acessível e ajustada às necessidades individuais, incentivando a participação ativa do cliente no processo de cuidar.

Nesta conjuntura, a literacia em saúde emerge como um conceito essencial da prática de enfermagem, constituindo um fator determinante e essencial para a adesão terapêutico, a prevenção de complicações e a gestão da doença crónica. A promoção da literacia em saúde integra-se, assim, nas competências do enfermeiro especialista, enquanto estratégia fundamental para potenciar ganhos em saúde, impulsionar a autogestão da doença e minimizar o impacto da cronicidade na vida da pessoa, na prevenção dos fatores de risco e nas complicações inerentes à doença crónica (OE,2018).

Conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, a literacia em saúde é definida como: “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder,

compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (cit. DGS, 2023, p.4). Atualmente, na sequência de uma evolução conceptual significativa, a literacia em saúde é reconhecida como um dos determinantes mais relevantes da saúde. Neste sentido, é consensual que a intervenção planeada sobre os determinantes da saúde, desenvolvida de forma contínua ao longo de todo o ciclo de vida, contribui de forma expressiva para a promoção de ganhos em saúde (DGS, 2022).

No contexto da doença crónica, esta intervenção assume particular relevância, atendendo à complexidade dos regimes terapêuticos e à necessidade de decisões informadas e seguras ao longo do tempo.

Portugal, à semelhança de outros países tem vindo a investir, nos últimos anos, na implementação de políticas direcionadas para a promoção da saúde e para o desenvolvimento da literacia em saúde, refletindo-se numa evolução favorável dos indicadores associados a estas temáticas. Estas orientações estratégicas de âmbito nacional encontram-se expressas no atual Plano Nacional de Saúde, no qual a promoção da literacia em saúde, emerge como um objetivo fulcral, bem como no plano estratégico da Direção-geral da Saúde, designado Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (DGS, 2023). Estas estratégias reforçam a intervenção dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros especialistas, na operacionalização das políticas de literacia em saúde perante as populações mais vulneráveis.

Deste modo, a literacia em saúde refere-se à capacidade dos clientes para compreenderem a informação relacionada com a saúde e com os cuidados de saúde, bem como para utilizarem esse conhecimento e transpô-lo para o quotidiano (Sørensen et al., 2021; Nutbeam & Lloyd, 2021). A literacia em saúde exerce, assim, um impacto significativo não apenas na condição de saúde de cada cliente, mas também na segurança e na qualidade dos cuidados prestados, aspeto que se revelou particularmente evidente ao longo dos estágios realizados nos diferentes contextos, onde se observaram distintos níveis de literacia (Nutbeam, & Lloyd, 2021). Esta realidade evidencia a importância das competências do EEEMC-EPSC nomeadamente na avaliação das necessidades de literacia, na adaptação da linguagem e da informação ao nível de compreensão do cliente, na implementação de intervenções educativas individualizadas e estruturadas, na capacitação da pessoa, da família e do cuidador, para a autogestão da doença, contribuindo para a promoção da autonomia, a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Estágio I decorreu num serviço de Medicina, organizado em duas unidades de internamento, que asseguram cuidados a clientes com diferentes níveis de complexidade clínica, abrangendo situações agudas e crónicas, nomeadamente drepanocitose, doenças infecciosas e múltiplas comorbilidades, características deste tipo de serviço. Esta diversidade confere elevada complexidade aos cuidados de enfermagem, exigindo uma abordagem diferenciada, centrada na pessoa e ajustada às suas necessidades clínicas, funcionais e psicossociais.

Neste âmbito, foi definido como objetivo específico desenvolver estratégias de capacitação dirigidas à pessoa e ao cuidador em vivência de doença crónica, promovendo a autonomia, a adaptação à condição de saúde, a adesão ao regime terapêutico e a gestão eficaz da doença, quer ao longo do internamento, quer na preparação para a continuidade de cuidados após a alta.

A prestação de cuidados a clientes em situação crónica, frequentemente com internamentos recorrentes, constituiu uma oportunidade para o desenvolvimento de intervenções centradas na continuidade de cuidados, na relação terapêutica e na capacitação progressiva da pessoa e da família, reforçando as competências do EEEMC-EPSC (OE, 2018). Esta abordagem encontra-se alinhada com a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), ao promover a autonomia e o desenvolvimento de competências de autocuidado, e com o Modelo de Transições de Afaf Meleis (2010), ao considerar a vivência da doença crónica como um processo de adaptação contínua, marcado por momentos de vulnerabilidade que exigem intervenções facilitadoras.

Para a concretização deste objetivo, foram desenvolvidas atividades orientadas para a aquisição e consolidação de competências especializadas, nomeadamente a realização de pesquisa bibliográfica dirigida às temáticas da doença crónica, anemia falciforme, capacitação, transições e autocuidado, sustentada na melhor evidência científica disponível.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA UNIDADE DE INTERNAMENTO

Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste âmbito, desenvolvi uma prática sustentada na evidência científica, assente numa tomada de decisão fundamentada e consciente, tendo em conta os limites da minha competência. Assumi a responsabilidade pelos cuidados prestados, articulando com a equipa multidisciplinar sempre que necessário, no respeito pelos princípios da responsabilidade profissional, ética e legal, enquanto domínio das competências comuns do enfermeiro especialista.

Mobilizei princípios éticos fundamentais, nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua experiência subjetiva e pelo direito à autodeterminação, valorizando as queixas algícas durante as crises vaso-oclusivas. Reconheci, com base no relato dos próprios clientes, que a dor é frequentemente desvalorizada e associada a experiências de estigmatização no contacto com os serviços de saúde. Neste sentido, procurei assegurar uma abordagem centrada na pessoa, através da implementação de intervenções terapêuticas adequadas, da promoção de uma comunicação terapêutica eficaz e do envolvimento do cliente nas decisões relativas ao seu plano de cuidados.

No âmbito da relação terapêutica com o cliente e a família, desenvolvi uma prática ética e culturalmente sensível, em conformidade com o Código Deontológico. Simultaneamente, mobilizei competências comuns do enfermeiro especialista, particularmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional, através da identificação de situações de risco, implementação de medidas de segurança e reflexão crítica sobre a prática, contribuindo para cuidados seguros, de qualidade e centrados na pessoa.

Melhoria contínua dos cuidados

Desenvolvi uma prática orientada para a pessoa em situação crónica, com base na monitorização sistemática e na adequação das intervenções às suas necessidades complexas. A utilização de instrumentos validados, como o índice de Barthel, a escala de Braden e de Morse, permitiu uma avaliação estruturada do estado funcional e dos riscos associados, contribuindo para a tomada de decisão clínica diferenciada e para a implementação de cuidados seguros e individualizados. A participação na equipa gestora de alta e nas passagens de ocorrência proporcionou a articulação interprofissional e a continuidade de cuidados,

assegurando uma resposta integrada e centrada na pessoa e na sua rede de suporte. Paralelamente, a elaboração de um poster sobre medidas de isolamento (Apêndice I), validado com base nas normas institucionais, que contribuiu para a uniformização de práticas e para a promoção de um ambiente terapêutico seguro, ao facilitar o acesso da equipa à informação atualizada e apoiar a adoção de comportamentos adequados na prevenção da transmissão de infeções. Acresce a formação promovida pela Linde, na área da ventilação, que contribuiu igualmente para a melhoria dos cuidados prestados, atendendo à crescente utilização da ventilação não invasiva em contexto de internamento, quer em situações de agudização respiratória, quer em clientes previamente submetidos a esta terapêutica em regime ambulatorio.

Assumi ainda uma postura reflexiva e crítica sobre a minha prática, identificando necessidades de formação, nomeadamente na área da drepanocitose, o que promoveu a atualização contínua de conhecimentos e o desenvolvimento de competências especializadas na gestão da doença crónica (OE,2018).

Gestão dos cuidados

A participação no projeto da equipa gestora de alta, permitiu-me desenvolver competências na organização, gestão e continuidade de cuidados, através da avaliação sistemática de todos os clientes internados, recorrendo ao método de recolha de dados, a entrevista, considerando o motivo de internamento, o impacto na sua condição de saúde e o grau de dependência prévio. Neste âmbito, recorri à aplicação de instrumentos de avaliação já anteriormente descritos, bem como à identificação da rede de apoio e das necessidades de cuidados durante e pós internamento. Com base nesta avaliação, definiam-se intervenções individualizadas, em articulação com a equipa multidisciplinar. A discussão estruturada dos casos em reuniões semanais, permitiu a definição de prioridades de intervenção e o reajuste dos planos de cuidados, promovendo uma lógica de gestão de caso e uma articulação eficaz entre equipa, cliente, família e cuidador informal. Neste contexto, mobilizei competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crónica, nomeadamente ao cuidar da pessoa e família/cuidadores na vivência da doença crónica, através da identificação de necessidades, conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção individualizados, numa parceria de cuidados promotora da segurança e qualidade. Paralelamente, contribuí para a maximização do ambiente terapêutico, assegurando a gestão do risco e a adequação das intervenções aos diferentes contextos, garantindo a segurança da pessoa e a eficácia dos

cuidados prestados. Esta abordagem encontra-se alinhada com o perfil de competências do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e com a conceptualização das transições em saúde como momentos críticos de reorganização dos cuidados (Meleis, 2010).

Melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados

A colaboração na atualização de materiais de apoio à prática, incluindo a criação de um poster (Apêndice I) com novas indicações de isolamento e a padronização de etiquetas respiratórias, evidenciou a importância de intervenções estruturais na redução do risco e na uniformização de procedimentos. Estas ações enquadram-se na promoção da segurança e qualidade dos cuidados, de acordo com as recomendações internacionais de prevenção e controlo de infeção (WHO, 2023) e com as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste contexto, o desconhecimento inicial relativamente à drepanocitose implicou a aquisição de novos conhecimentos e a atualização científica contínua, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem diferenciada, segura e fundamentada.

A participação em momentos de formação em serviço e a elaboração de um poster sobre medidas de isolamento contribuíram para a partilha de conhecimento e para a uniformização de práticas na equipa. Paralelamente, a integração na equipa gestora de alta permitiu panóplia de aprendizagens profissionais. A participação nas passagens de ocorrência e na discussão de casos promoveu a partilha de informação relevante e a revisão das práticas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2018). Destaca-se ainda o contacto direto com clientes com drepanocitose, numa reunião periodicidade anual, cuja escuta ativa das suas experiências com a doença se revelou particularmente enriquecedora, permitindo aprofundar a compreensão das suas necessidades e ajustar a intervenção de enfermagem de forma mais sensível e centrada na pessoa e na sua diversidade.

Unidade de Hemodiálise

A Unidade de Hemodiálise onde decorreu o Estágio II encontra-se organizada em quatro salas, identificadas alfabeticamente, onde se realizam tratamentos de hemodiálise a clientes internados, provenientes de diferentes serviços, e a clientes externos, assegurando ainda suporte a três unidades hospitalares. Para além dos tratamentos programados, esta unidade responde também a situações de hemodiálise urgente, dispondo de 21 monitores, distribuídos por 15 postos, e assegurando, ainda, condições de isolamento para clientes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana e hepatite B.

Importa ainda salientar que esta unidade presta cuidados a pessoas provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, maioritariamente jovens adultos, o que confere maior complexidade aos cuidados, exigindo intervenções culturalmente sensíveis, centradas na pessoa e ajustadas aos diferentes contextos socioculturais. Neste âmbito, e de acordo com o Modelo de Transições de Afaf Meleis (2010), estas pessoas vivenciam processos de transição complexos, não apenas relacionados com a doença crónica, mas também com a adaptação a um novo contexto social e de saúde, exigindo do enfermeiro uma intervenção facilitadora da adaptação e da integração.

Simultaneamente, à luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), as intervenções de enfermagem orientam-se para a identificação de necessidades de autocuidado e para a capacitação da pessoa, promovendo a autonomia e a gestão eficaz da sua condição de saúde, numa perspetiva holística e individualizada.

O enfermeiro que exerce funções nesta unidade desenvolve uma prática complexa, que integra a avaliação clínica, a realização do tratamento, a monitorização contínua do cliente e a intervenção precoce perante possíveis complicações durante e/ou após a sessão.

Face à complexidade deste contexto, até então desconhecido, defini como objetivo específico: “Desenvolver estratégias de capacitação da pessoa e do cuidador que vivenciam a doença renal crónica, em contexto de programa de hemodiálise”. Para a concretização deste objetivo, procedi à realização de uma *scoping review*, subordinada ao tema “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Programa de Hemodiálise”, com o intuito de fundamentar a prática clínica na evidência científica e contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A diversidade e complexidade dos cuidados desenvolvidos neste contexto constituíram uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências específicas, sendo que as

atividades realizadas e as competências adquiridas ao longo deste estágio serão descritas neste capítulo.

3.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Responsabilidade profissional, ética e legal

No decurso do estágio em hemodiálise, a responsabilidade profissional, ética e legal esteve presente de forma transversal à prática de cuidados. A integração na unidade implicou o cumprimento rigoroso dos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua autonomia e pela confidencialidade da informação clínica. Na prestação direta de cuidados, foi assegurada a privacidade dos clientes e a anonimização dos dados clínicos, em conformidade com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, promovendo uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na segurança da pessoa e da família/cuidadores (OE, 2019). Paralelamente, mobilizei competências diferenciadas na abordagem à pessoa em situação crónica, nomeadamente na avaliação sistemática das suas necessidades, na gestão da sintomatologia complexa e na promoção da continuidade de cuidados. Intervim ainda ao nível da capacitação da pessoa e da família para a autogestão da doença, promovendo a literacia em saúde, a adesão ao regime terapêutico e a tomada de decisão informada. Adicionalmente, desenvolvi intervenções centradas na pessoa, respeitando a sua individualidade, valores e contexto sociocultural, contribuindo para a adaptação à doença crónica e para a melhoria da qualidade de vida (OE, 2018).

Neste âmbito, emergiram situações de elevada complexidade ética que exigiram uma reflexão crítica e uma tomada de decisão fundamentada. Destaco, a título exemplificativo, a situação de uma cliente, cuja condição clínica, marcada por caquexia evidente, mutismo durante o tratamento, recorrência apenas a comunicação não verbal suscitou a minha atenção. Para além da observação clínica, procurei realizar uma avaliação holística da pessoa, integrando o seu contexto psicossocial, o que permitiu compreender a existência de um enquadramento complexo, associado à recusa sistemática de qualquer tipo de intervenção. Perante esta situação, procurei estabelecer uma relação terapêutica eficaz, mobilizando competências

avancadas de comunicação e adaptando a abordagem à pessoa e ao contexto, com o intuito de promover o seu envolvimento e capacitação no processo de cuidados (OE, 2018)

Contudo, apesar das estratégias implementadas, a cliente manteve a sua decisão de recusa, o que exigiu da minha parte não só o respeito pelo princípio da autonomia, mesmo perante a percepção de risco para a sua saúde, mas também uma reflexão ética profunda, nomeadamente no equilíbrio entre os princípios da beneficência e da autonomia. Enquanto futura enfermeira especialista, esta intervenção não se centrou apenas na promoção da adesão, mas também na garantia de uma decisão informada, assegurando a defesa da pessoa e o respeito pelos seus valores e decisões. Esta experiência evidenciou, assim, os limites da intervenção do enfermeiro, bem como a importância de uma prática crítica, reflexiva e eticamente fundamentada.

Melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, foram mobilizados conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica e da prática clínica, orientando a intervenção para cuidados seguros e baseados na evidência científica (OE, 2019). Destacou-se a monitorização sistemática dos parâmetros clínicos, a validação da prescrição terapêutica, a vigilância contínua dos acessos vasculares e o cumprimento rigoroso das normas de segurança e controlo da infeção (DGS, 2023). Estas intervenções contribuíram para a prevenção de complicações, a redução do risco clínico e a promoção de cuidados centrados na pessoa, reforçando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados em contexto de hemodiálise.

A indução à hemodiálise marca o início da técnica de substituição da função renal e deve ser orientada principalmente por critérios clínicos, como sintomas urémicos, sobrecarga volémica refratária ou distúrbios metabólicos graves, considerando o estado global e as preferências do doente (KDIGO, 2024). Esta fase inclui a preparação do acesso vascular, monitorização clínica e laboratorial rigorosa e uma prescrição dialítica individualizada, configurando-se como um momento crítico de transição na vida do cliente. Enquadrando no Modelo de Transições de Afaf Meleis, esta etapa representa uma transição saúde-doença complexa, exigindo uma intervenção estruturada que favoreça a adaptação e minimize o risco de complicações (Meleis, 2010).

Através da intervenção individualizada foi possível identificar as principais dúvidas dos clientes, sobretudo nas fases iniciais do tratamento, nomeadamente relacionadas com a técnica de punção da fístula arteriovenosa, a colocação correta das agulhas arterial e venosa,

sendo a agulha arterial posicionada mais distalmente e a venosa mais proximalmente, respeitando o sentido do fluxo sanguíneo. O sangue é removido através da linha arterial (linha vermelha), circula no circuito extracorporeal para depuração e é posteriormente reinfundido no organismo através da linha venosa (linha azul). Adicionalmente, foram reforçados os cuidados a ter após a remoção das agulhas, nomeadamente a realização segura da hemostase, através de compressão manual eficaz e contínua sobre os locais de punção, de forma a prevenir hemorragias, hematomas e outras complicações associadas ao acesso vascular.

Aquando da realização da técnica de punção da fístula arteriovenosa, fomentei a cultura de segurança dos cuidados especializados, intervindo como gestor de risco na identificação e minimização de potenciais complicações associadas ao acesso vascular, promovendo um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem (OE, 2018). Relativamente à organização do regime de hemodiálise, foram esclarecidos os dias de tratamento, habitualmente distribuídos em dias pares ou ímpares, bem como a existência de três turnos diários, permitindo ao cliente e de acordo com as vagas disponíveis estruturar a sua rotina e promover maior adaptação ao tratamento.

No âmbito dos cuidados com o acesso vascular, foi reforçada a importância de evitar esforços com o membro onde se localiza a fístula arteriovenosa, uma vez que pode contribuir para a formação ou agravamento de aneurismas e comprometer a sua funcionalidade. Foram ainda abordados sinais de alerta, como a diminuição do frémito ou sinais inflamatórios. No que se refere aos sintomas pós-hemodiálise, destacaram-se a hipotensão e as câibras como manifestações frequentes, tendo sido também abordado a síndrome de roubo, caracterizado pela diminuição da perfusão distal do membro, com possível dor, palidez ou sensação de frio (Daugirdas et al., 2020; Lok et al., 2020). Estas intervenções foram elaboradas tendo em conta a evidência científica e desenvolvidas através de uma relação terapêutica eficaz, com finalidade na capacitação da pessoa e da família, promovendo uma gestão adequada do regime terapêutico e a prevenção de complicações (OE, 2018).

Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados revelou-se uma competência central ao longo do estágio, nomeadamente na articulação com a equipa multidisciplinar e na organização dos processos assistenciais, em consonância com o perfil de competências do enfermeiro especialista (OE, 2018). A identificação de falhas no seguimento clínico, como a ausência de acompanhamento pelo médico de família ou a gestão inadequada da terapêutica anti-hipertensora, motivou

intervenções de articulação entre o nefrologista e a assistente social, assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados, particularmente relevantes em processos de transição em saúde (Meleis, 2010; DGS, 2023). Destaca-se a situação de uma cliente com fraca adesão ao regime terapêutico, que geria a terapêutica anti-hipertensora em função da avaliação da tensão arterial no domicílio. Perante este comportamento, foi desenvolvida uma intervenção educativa individualizada, centrada na capacitação da pessoa, com ênfase na importância de adesão ao regime terapêutico. Adicionalmente, foi explicado o impacto da hemodiálise na farmacocinética dos fármacos, nomeadamente a sua filtração durante o processo dialítico, o que pode comprometer a eficácia terapêutica quando não existe adesão adequada. A intervenção revelou-se eficaz, tendo sido implementada a elaboração de um esquema terapêutico estruturado e a organização da medicação em dispositivo semanal. Considerando a limitação da cliente em gerir autonomamente a terapêutica, associado às comorbilidades, nomeadamente diminuição da acuidade visual, foi incluído um elemento do agregado familiar, nomeadamente a neta, a quem foram fornecidas orientações para a preparação e supervisão da medicação, promovendo a continuidade dos cuidados no domicílio e a segurança terapêutica.

Paralelamente, a gestão da unidade de hemodiálise incluiu a organização dos clientes segundo critérios clínicos e logísticos, nomeadamente a definição prévia do horário de tratamento, a distribuição pelos três turnos, a gestão da hora de chegada de cada cliente e a alocação a salas e monitores específicos, tendo em conta condições clínicas e físicas como o grau de dependência, como infeção por VIH ou hepatite B. Esta organização permitiu assegurar cuidados seguros e de qualidade, promovendo a continuidade assistencial e a redução dos riscos associados à prestação dos cuidados.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi potenciado pela integração numa equipa experiente e pela proximidade à enfermeira orientadora, com vasta experiência na área da hemodiálise e da cirurgia nefrológica, contribuindo para a aquisição progressiva de conhecimentos e posterior autonomia na técnica.

A participação em formações em serviço e em encontros científicos, como o evento “Humanização dos Cuidados”, bem como em sessões formativas informais sobre monitores de hemodiálise e administração de unidades de concentrados eritrocitários concentrados durante a hemodiálise, contribuíram para aquisição de conhecimentos, reforçando uma

prática reflexiva e sustentada na evidência. Relativamente ao evento “Humanização dos Cuidados”, o respetivo certificado ainda se encontra em processo de emissão.

3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Nos estágios de aquisição de competências do enfermeiro especialista, tive a oportunidade de prestar cuidados a clientes em diferentes percursos da cronicidade, os quais evidenciaram a complexidade da vivência da doença renal crónica, caracterizada pela sua natureza progressiva, irreversível e pelo impacto multidimensional na vida da pessoa. Para além das competências anteriormente descritas ao longo das atividades desenvolvidas, considerei pertinente destacar, de forma mais específica, as competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crónica, ilustrando-as com exemplos da prática.

Neste sentido, as experiências clínicas vivenciadas permitiram evidenciar a centralidade da capacitação da pessoa e da família/cuidador como eixo estruturante da intervenção especializada. Neste enquadramento, as intervenções desenvolvidas centraram-se na capacitação da pessoa e da família/cuidador para a adaptação contínua à doença, promovendo a integração do regime terapêutico no quotidiano e a melhoria da qualidade de vida (OE, 2018). Destaco a prestação de cuidados a um cliente cujo percurso de doença crónica se iniciou com o diagnóstico de diabetes *mellitus*, evoluindo posteriormente para hipertensão arterial e, consequentemente, para doença renal crónica com necessidade de técnica de substituição da função renal. Este percurso encontra-se amplamente descrito na literatura, que identifica a diabetes *mellitus* e a hipertensão como as principais causas de doença renal crónica (Silva et al., 2024), reforçando a necessidade de intervenções precoces, contínuas e centradas na pessoa ao longo de todo o percurso da doença, com reconhecimento das necessidades de intervenção especializada nas áreas relevantes para a pessoa e família/cuidador que vivenciam a doença crónica (OE, 2018).

Paralelamente, as situações de transição em saúde assumiram particular relevância no desenvolvimento de competências especializadas. A prestação de cuidados de enfermagem no período pós-transplante renal permitiu-me compreender a transição entre a dependência da técnica de substituição da função renal (hemodiálise) e a adaptação a uma nova condição de saúde. Esta fase exigiu uma reorganização do quotidiano e uma redefinição das rotinas de

autocuidado, tendo sido desenvolvidas intervenções individualizadas para a capacitação da pessoa e da família/cuidador, facilitando a adaptação à nova condição clínica, reforçando a autonomia, a gestão eficaz do regime terapêutico, o reconhecimento de sinais de alerta, bem como o apoio emocional, assumindo-se a educação terapêutica como um eixo central das intervenções (Afaf Meleis, 2010; OE, 2018; Sajjadi et al., 2024).

Adicionalmente, a prática em contextos de elevada vulnerabilidade social permitiu aprofundar a dimensão social e cultural do cuidar. A prestação de cuidados a clientes provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa permitiu reconhecer os constrangimentos associados à vivência com a doença crónica em contexto migratório, nomeadamente dificuldades na regularização da situação legal, no acesso aos cuidados de saúde, no acompanhamento pelo médico de família e nos apoios à mobilidade para a realização das sessões de hemodiálise, constituindo barreiras significativas à continuidade de cuidados e à adesão terapêutica. Neste sentido, a intervenção integrou uma abordagem multidimensional, ajustada às necessidades clínicas, sociais e culturais da pessoa, promovendo a articulação com a equipa multidisciplinar e a adequação das respostas assistenciais, contribuindo para maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidador. Neste contexto, desenvolvi intervenções de articulação com a assistente social, bem como a mediação com o médico nefrologista, facilitando o acesso a recursos e promovendo a continuidade de cuidados, evidenciando a minha intervenção enquanto elemento facilitador do processo.

Por outro lado, a prática clínica evidenciou a importância de ajustar a intervenção ao nível de literacia em saúde da pessoa. Apesar da evidência científica apontar para níveis reduzidos de literacia em saúde em clientes em programa de hemodiálise (Silva et al., 2024), foram prestados cuidados a clientes que demonstravam elevado conhecimento sobre a sua condição clínica e regime terapêutico. Assim, a intervenção centrou-se na escuta ativa, na valorização da experiência e na construção de uma relação terapêutica baseada na parceria, reforçando o empoderamento da pessoa.

Acresce, ainda, a relevância da promoção da continuidade de cuidados e da manutenção de projetos de vida. Destaco a experiência com uma cliente que, apesar de se encontrar em programa regular de hemodiálise, mantinha uma vida ativa, tendo planeado uma viagem para visitar a família. Foi possível articular o plano de tratamentos e assegurar a continuidade da hemodiálise durante o período de férias, através da coordenação com unidades de diálise no

destino. Esta intervenção evidenciou que, apesar das limitações inerentes à doença crónica, é possível manter projetos de vida significativos, desde que exista organização e suporte ao longo do percurso da doença.

Globalmente, estas experiências permitiram consolidar uma prática especializada centrada na pessoa e na família/cuidador, sustentada na capacitação, adaptação e continuidade de cuidados. Estes momentos de aprendizagem contribuíram para o desenvolvimento de um pensamento clínico mais crítico e reflexivo, baseado na evidência científica, na avaliação contínua das necessidades da pessoa e na individualização dos cuidados. Ao longo deste percurso, adquiri e consolidei competências especializadas na área da pessoa em situação crónica, nomeadamente na capacitação para o autocuidado, na gestão do regime terapêutico, na articulação com a equipa multidisciplinar e na promoção da continuidade de cuidados, reforçando o contributo de uma prática centrada na pessoa, com ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida.

3.4. COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE

O grau de mestre implica o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas, conforme definido no Diário da República n.º 157, 1.ª série de 16 de agosto de 2018, as quais integram os seguintes domínios:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Ao longo dos estágios, desenvolvi conhecimentos no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crónica, em contexto de internamento de Medicina e de Unidade de Hemodiálise. A integração entre a prática clínica e os referenciais teóricos do mestrado permitiu consolidar competências especializadas na avaliação, planeamento e implementação de cuidados, na capacitação da pessoa e família/cuidador e na prevenção de complicações, sustentando uma prática mais crítica, estruturada e baseada na evidência.

Paralelamente, foi realizada uma *scoping review*, sobre Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Programa de Hemodiálise (Apêndice II).

A realização desta revisão constituiu um elemento fundamental no desenvolvimento da prática clínica ao longo do estágio, assumindo-se simultaneamente um desafio no meu percurso académico. Inicialmente, a temática delineada revelou-se pouco ajustada, tendo sido reformulada após orientação da professora, o que implicou um processo de reestruturação da pesquisa. Este percurso permitiu-me não só clarificar o foco da revisão, como também desenvolver competências na análise crítica da evidência científica. Os resultados obtidos promoveram intervenções baseadas na evidência, permitindo organizar o pensamento clínico de forma mais estruturada, crítica e individualizada, ajustada às necessidades da pessoa e família/cuidador.

Simultaneamente, a articulação entre a evidência científica e a prática clínica permitiu-me desenvolver uma reflexão crítica sobre as intervenções realizadas, analisando a sua eficácia e adequação ao contexto. Desta forma, a revisão constituiu não apenas um suporte à prática, mas também um instrumento de análise e melhoria contínua dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências de pensamento crítico, autonomia e prática baseada na evidência, essenciais no exercício enquanto futura enfermeira especialista na área da pessoa em situação crónica.

4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO ENQUANTO ESTUDANTE DO MESTRADO

A realização deste mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, constituiu um percurso exigente, progressivo, uma mudança a nível profissional e pessoal. Foi marcado pelo desenvolvimento de competências especializadas, pela consolidação de uma prática baseada na evidência e pela exploração de referenciais teóricos orientadores da intervenção de enfermagem. A utilização da análise SWOT (Forças, Fraquezas, oportunidades e Ameaças), uma ferramenta de análise estratégica que permite sistematizar fatores internos e externos que influenciam um processo de desenvolvimento, possibilitou-me organizar de forma crítica este percurso formativo, identificando as áreas de crescimento, fraquezas e oportunidades de melhoria (Humphrey, 2005).

Forças

Como principais forças, destaco a motivação para prestar cuidados de enfermagem de excelência, sustentados na aquisição contínua de conhecimento e na implementação de intervenções especializadas dirigidas à pessoa e à família/cuidador. Esta motivação traduziu-se numa postura ativa e reflexiva face à prática clínica, permitindo identificar necessidades de intervenção e orientar os cuidados para além da dimensão técnica, integrando aspetos relacionados com a adaptação à doença crónica, a gestão do regime terapêutico e a capacitação da pessoa. A vontade de aprender, a participação ativa nos estágios e o apoio dos colegas, orientadores e professoras revelaram-se determinantes, potenciando o desenvolvimento do raciocínio clínico e a tomada de decisão fundamentada, sustentada na evidência científica e na avaliação contínua da pessoa em situação crónica. O contacto com referenciais teóricos, nomeadamente os contributos de Afaf Meleis para a compreensão das transições, reforçou a importância de cuidados humanizados e centrados na pessoa, permitindo compreender a vivência da doença como um processo dinâmico e orientar intervenções ajustadas às diferentes fases de adaptação. Para além disso, a integração sistemática da evidência científica na prática através da pesquisa bibliográfica, dos estudos de caso, das reflexões críticas e da *scoping review* contribuiu para estruturar a intervenção de enfermagem, melhorar a qualidade da avaliação clínica e fundamentar a tomada de decisão.

Fraquezas

O percurso formativo revelou algumas limitações, sobretudo ao nível da gestão do tempo e da organização das tarefas, decorrentes da conciliação simultânea entre a atividade profissional, a carga horária dos estágios e as exigências académicas do mestrado, constituindo inicialmente um desafio na priorização de atividades e na estruturação do trabalho. Paralelamente, a vivência nos diferentes contextos de estágio evidenciou constrangimentos de natureza organizacional, comuns a ambos os contextos, nomeadamente ao nível da articulação entre níveis de cuidados. Contudo, estas dificuldades foram progressivamente superadas através do investimento pessoal na aquisição de conhecimento, da reflexão sobre a prática e da adaptação às diferentes dinâmicas, contribuindo para o desenvolvimento de maior autonomia, segurança e capacidade de resposta.

Oportunidades

Ao nível das oportunidades, o percurso formativo proporcionou-me prestar cuidados em contextos clínicos diferenciados, nomeadamente o internamento de Medicina e a unidade de hemodiálise, que se revelaram determinantes para o desenvolvimento de competências de EEEMC-EPSC. No internamento de Medicina, destaco a prestação de cuidados a clientes com drepanocitose, sendo este o único serviço da unidade local de saúde que recebe estes clientes, o que permitiu adquirir competências perante uma doença crónica complexa, com episódios agudos recorrentes e necessidades específicas de intervenção, exigindo uma abordagem diferenciada ao nível da gestão da dor, prevenção de complicações e capacitação da pessoa. Referente a Unidade de hemodiálise, a diversidade e complexidade das situações clínicas neste contexto, associadas à especificidade da doença renal crónica em programa de hemodiálise, permitiram-me adquirir conhecimentos na gestão da cronicidade, na capacitação da pessoa e na vigilância de complicações, promovendo uma intervenção mais diferenciada e centrada na pessoa. A unidade de hemodiálise foi um contexto relevante de aprendizagem, pela complexidade do tratamento dialítico e pela prestação de cuidados em regime contínuo, com acompanhamento regular nos mesmos dias e horários, permitindo a avaliação das necessidades, a implementação de intervenções educativas e o acompanhamento da adaptação à doença. A orientação por enfermeira especialista, perita na área, revelou-se determinante para a consolidação do raciocínio clínico e para o desenvolvimento de uma prática mais segura e fundamentada. Paralelamente, a revisão da

literatura contribuiu para a integração da evidência científica na prática e para o reforço da capacidade de análise crítica.

Ameaças

Foram identificados alguns fatores com potencial impacto no desenvolvimento de competências. A hemodiálise, caracterizada pela regularidade dos tratamentos, pela sua duração prolongada e pela dependência associada, verificou-se que o próprio regime terapêutico, frequentemente percebido como exigente e cansativo pela pessoa, pode influenciar a disponibilidade para o estabelecimento de relação terapêutica. Neste sentido, a presença do estudante e a tentativa de interação adicional, durante sessões já prolongadas, nem sempre foram acolhidas da mesma forma, condicionando, em alguns momentos, a implementação de intervenções e exigindo uma abordagem mais sensível, adaptada e centrada na pessoa. Por outro lado, a variabilidade e imprevisibilidade, das manifestações clínicas, nomeadamente em situações agudas associadas à drepanocitose, dificultaram o planeamento e a continuidade dos cuidados. Acrescem ainda desafios relacionados com a literacia em saúde, que podem interferir na compreensão do regime terapêutico e na adesão às intervenções.

5. CONCLUSÃO

O percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, constituiu um processo de transformação gradual da prática, fundamentado na articulação entre conhecimento científico, experiência clínica e reflexão crítica. Além da experiência em contexto prático, participei num congresso da saúde e em jornadas científicas, como autora de duas comunicações orais, resultantes de trabalhos de grupo desenvolvidos em contexto teórico do mestrado. Este percurso possibilitou a consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, além do desenvolvimento de competências de mestre, refletindo uma capacidade de análise, tomada de decisão fundamentada e intervenção diferenciada em contextos de elevada complexidade clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os contextos de estágio em Medicina e na Unidade de Hemodiálise revelaram-se complementares, proporcionando uma compreensão aprofundada da pessoa em situação crónica ao longo da continuidade de cuidados, desde episódios de agudização da doença crónica a tratamentos de substituição da função renal. A diversidade e complexidade das situações clínicas, dos contextos de estágio, evidenciaram a natureza dinâmica e multifacetada da doença crónica, caracterizada por contínuas transições, exigindo intervenções especializadas centradas na adaptação, capacitação e continuidade de cuidados (Meleis, 2010).

Nesse contexto, as intervenções desenvolveram-se com foco na promoção da capacitação da pessoa e da família, na gestão da sintomatologia complexa e na prevenção de complicações, destacando-se a preparação do regresso a casa e a continuidade dos cuidados. A mobilização de referenciais teóricos, como a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, sustentou uma prática orientada para o desenvolvimento da autonomia e da autogestão, enquanto a evidência científica constituiu um pilar fundamental na tomada de decisão clínica, reforçando a qualidade, segurança e consistência dos cuidados prestados (Orem, 2001).

Adicionalmente, a participação em atividades de natureza científica e formativa (ex:a elaboração de estudos de caso, revisão da literatura, desenvolvimento de materiais de apoio à prática e envolvimento em projetos de melhoria contínua), contribuiu para o desenvolvimento de uma prática reflexiva e para a consolidação de uma postura profissional

crítica e proativa. Esse processo evidenciou a importância da aprendizagem ao longo da vida e da capacidade de adaptação a contextos clínicos complexos e em constante evolução.

A integração do modelo de desenvolvimento profissional de Patricia Benner permitiu compreender este percurso como um processo evolutivo, no qual a experiência e a reflexão sobre a prática constituem elementos centrais para a progressão dos níveis de competência. Assim, reconheço uma evolução para níveis de maior proficiência, especialmente na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, refletida numa capacidade de antecipar agudizações, priorização de cuidados e adequação das intervenções às necessidades individuais da pessoa e da família (Benner, 2001).

Este percurso reforça, portanto, as intervenções do enfermeiro especialista como elemento central na gestão da doença crónica, capaz de articular cuidados, promover a capacitação da pessoa e influenciar positivamente os resultados em saúde. Mais do que a aquisição de competências técnicas, este processo permitiu a consolidação de uma identidade profissional especializada, orientada para a complexidade, para a tomada de decisão informada e para a centralidade da pessoa no cuidar. Para o futuro, destaca-se o interesse em aprofundar o conhecimento na área da hemodiálise e nas experiências de estigmatização na drepanocitose, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções cada vez mais diferenciadas, humanizadas e fundamentadas na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abecassis, M., Bartlett, S. T., Collins, A. J., Davis, C. L., Delmonico, F. L., Friedewald, J. J., Hricik, D. E., Kasiske, B. L., Kiberd, B. A., Matas, A. J., McDonald, R. A., Metzger, R. A., Pruthi, R. K., & Stegall, M. D. (2008). Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 3(2), 471–480.

<https://doi.org/10.2215/CJN.05021107>

Ash, S., & Daugirdas, J. T. (2003). Dispositivos para acesso peritoneal. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing (Eds.), *Manual de diálise* (3.ª ed., pp. 318–342). Guanabara Koogan.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.

Bhasin, N., & Sarode, R. (2023). *Acute chest syndrome in sickle cell disease*. *Transfusion Medicine Reviews*, 37(3), Article 150755

<https://doi.org/10.1016/j.tmr.2023.150755>

Blake, P. G., & Daugirdas, J. T. (2008). Fisiologia da diálise peritoneal. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing (Eds.), *Manual de diálise* (4ª ed., pp. 299–311). Guanabara Koogan.
Consultado na Biblioteca da Ordem dos Enfermeiros:

<https://biblioteca.ordemenfermeiros.pt>

Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2020). *Handbook of dialysis* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. (2006). Diário da República, 1.ª série-A(109).

Díaz, C., Coronel, F., & Montenegro, J. (2006). Diálise peritoneal: Princípios e modalidades. In F. Coronel et al. (Eds.), *Manual prático de diálise peritoneal* (pp. 55–58). Revisfarma.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional De Literacia Em Saúde E Ciências Do Comportamento 2023–2030. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 017/2011: Tratamento Conservador Médico Da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de todos para todos. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf

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. American Society of Nephrology, European Renal Association, & International Society of Nephrology collaborators. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda. *Nature Reviews Nephrology*, 20(7), 473–485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>

Freihat, O., Sipos, D., Aamir, M., & Kovacs, A. (2025). *Global burden and future projections of non-communicable diseases (2000–2050): Progress toward SDG 3.4 and disparities across regions and risk factors*. *PLOS ONE*, 20(12), e0336036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336036>

GBD 2021 Sickle Cell Disease Collaborators. (2023). *Global, regional, and national prevalence and mortality burden of sickle cell disease, 2000–2021: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021*. *The Lancet Haematology*, 10(8), e585–e599. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(23\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00118-7)

Gelfand, S. L. (2025). *Conservative management for kidney failure*. *Advances in Kidney Disease and Health*, 32(1), 24–32. <https://doi.org/10.1053/j.akdh.2024.11.003>

Goldberg, R. J., Weng, F. L., & Kandula, P. (2016). *Acute and chronic allograft dysfunction in kidney transplant recipients*. *Medical Clinics of North America*, 100(3), 487–503. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.01.002>

Gonçalves, C., Marques, J. S., & Rodrigues, H. L. (2007). Drepanocitose: Novas perspetivas terapêuticas. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Hematologia*, 22(4), 5–27. <https://www.researchgate.net/publication/257636719>

Herrick, J. B. (1910). Peculiar elongated and sickle-shaped red blood corpuscles. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 74(3), 179–184. (Original work published 1910). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11501714/>

Hoffbrand, A. V., & Moss, P. A. H. (2016). *Hoffbrand's essential haematology* (7th ed.). Wiley.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2023). *KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: Public review draft*. <https://kdigo.org/guidelines/>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2024). *KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney International Supplements*, 103(4S), S1–S150. <https://kdigo.org/guidelines/>

Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Hicks, C. W., Himmelfarb, J., & KDOQI Work Group. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4 Suppl 2), S1–S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>

Naik, R. H., Hassanein, M., & Shawar, S. H. (2023). Acute renal transplantation rejection. In *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553074/>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). *Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República, 2.ª série(135), 19359–19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Piel, F. B., Hay, S. I., Gupta, S., Weatherall, D. J., & Williams, T. N. (2013). *Global burden of sickle cell anaemia in children under five, 2010–2050: Modelling based on demographics, excess mortality, and interventions*. *PLOS Medicine*, 10(7), e1001484. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001484>

Sajjadi, S. L., Ghafourifard, M., & Khosroshahi, H. T. (2024). The effect of individualized education on learning needs of patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled clinical trial. *BMC Nephrology*, 25, Article 452. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03886-3>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2024). *Relatório anual do registo de doença renal crónica*. Disponível em: [https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/apresentacao-dmr-2025-\(2\).pdf](https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/apresentacao-dmr-2025-(2).pdf)

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2021). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Vilarinho, L., Garcia, P., & Pinho e Costa, P. (2023). *Programa nacional de rastreio neonatal: Relatório 2023*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Watske, S., & Struijk, D. (2009). Basics of peritoneal dialysis. In A. Riemann & M. C. Casal (Eds.), *Peritoneal Dialysis: A guide to clinical practice* (pp. 25–39). EDTNA/ERCA.

Wijewickrama, E., Alam, M. R., Bajpai, D., Divyaveer, S., Iyengar, A., Kumar, V., Qayyum, A., Yadav, S. P., Yadla, M., Arruebo, S., Bello, A. K., Caskey, F. J., Damster, S., Donner, J.-A., Jha, V., Johnson, D. W., Levin, A., Malik, C., Nangaku, M., ... Prasad, N. (2024). Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology South Asia region: Report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney International Supplements*, 13(1), 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2024.01.007>

World Health Organization. (2023). *Infection prevention and control global report 2023*. <https://www.who.int/>

Zhang, Y., Peng, H., Li, Y., Pu, S., Huang, X., & Shi, Y. (2025). Shared decision-making process and its influencing factors in kidney replacement therapy decision-making. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1186/s12911-025-03264-5>

ANEXOS

ANEXO I- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO CASCAIS INTERNACIONAL *HEALTH FORUM*



ANEXO II- CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DE SAÚDE DA LUSOFONIA



ANEXO III - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO ACADEMIA LINDE



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Mila Aracy Moreira Gomes**, com o documento de identificação 30598978, participou em ULSAR | HFF - Serviço de Medicina 2 e Infeciologia - Terapias de suporte respiratório | TAF e VNI de 11 de Junho de 2025 a 11 de Junho de 2025, em formato híbrido com a duração total de 2 horas, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-684941591d84f

APÊNDICES

APÊNDICE I - POSTER “PREVENÇÃO E CONTROLO DA TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES: *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*”

PREVENÇÃO E CONTROLO DA TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES: *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

Elaborado: Mila Gomes Nº202490086; Professoras: Dra. Helena José e Dra. Isabel Rabiais | Orientadora: Sandra Cabaço
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. UC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Introdução

- A transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constitui um problema relevante de saúde pública nos hospitais [2].
- A implementação de precauções baseadas na via de transmissão, incluindo o isolamento adequado e a higiene das mãos, é fundamental para prevenir a disseminação [3].
- A infeção por *Clostridioides difficile* é uma das principais causas de diarreia associada ao internamento hospitalar [3].

Isolamento de Contacto (*Clostridioides difficile* - CD)

Vias de Transmissão: fecal-oral, por contacto direto (entre profissional e doente) e indireto (ambiente contaminado) [2];
Fatores de risco: idade avançada, internamento prolongado, uso de antibióticos [2];
Diagnóstico: diarreia após 72 h de internamento [4];
Medidas específicas:

- Isolamento em quarto individual (se possível) [2];
- EPI obrigatório (luvas, bata, máscara cirúrgica) [2];
- Higiene das mãos com água e sabão (os esporos são resistentes ao álcool) [3];
- Limpeza rigorosa do ambiente e loiça a 80°C [4].

Isolamento de contacto

ANTES ENTRAR NO QUARTO

*Contactar o enfermeiro antes de entrar.

SAIR DO QUARTO

RETIRAR O EQUIPAMENTO E COLOCÁ-LO NO LIXO. LAVAR AS MÃOS.

[5]

Isolamento de gotículas

ANTES ENTRAR NO QUARTO

*Contactar o enfermeiro antes de entrar.

SAIR DO QUARTO

RETIRAR O EQUIPAMENTO E COLOCÁ-LO NO LIXO. LAVAR AS MÃOS.

Este tipo de isolamento aplica-se a infeções transmitidas por gotículas (>5 µm) em distâncias até 1 metro, como por exemplo, vírus Influenza e SARS-CoV-2.

[1]

Isolamento por via aérea

ANTES ENTRAR NO QUARTO

*Contactar o enfermeiro antes de entrar.

SAIR DO QUARTO

RETIRAR O EQUIPAMENTO E COLOCÁ-LO NO LIXO. LAVAR AS MÃOS.

O isolamento das vias aéreas é utilizado para prevenir a transmissão de doenças altamente contagiosas por meio de gotículas (<5 µm), principalmente tuberculose pulmonar/laríngea, sarampo, varicela, herpes-zóster disseminado e SARS/MERS/COVID-19 (em alguns contextos).

[2]

Conclusão

- A aplicação sistemática de precauções de isolamento, associada a práticas rigorosas de higiene das mãos, constitui uma barreira eficaz contra a propagação de infeções hospitalares, nomeadamente a infeção por *Clostridioides difficile*.
- A formação contínua dos profissionais e o envolvimento dos utentes e das famílias são também pilares fundamentais para o sucesso da prevenção.

Referências Bibliográficas

APÊNDICE II - PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE: *SCOPING REVIEW*

Título

Protocolo de Scoping Review: Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Programa de Hemodiálise

Mila Gomes¹, Helena José², Isabel Rabiais²

1 Unidade de Diálise do Hospital de Santa Cruz, integrado na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Av. Prof. Dr. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide, Portugal.

2 Escola Superior de Saúde Atlântica, 2730-036 Barcarena, Portugal.

Introdução

A Doença Renal Crónica (DRC) constitui um importante problema de saúde pública, associando-se a elevada morbilidade, mortalidade e impacto significativo na qualidade de vida das pessoas afetadas (Freihat et al., 2025; Francis et al., 2024). Nos estádios mais avançados da doença, a hemodiálise representa a modalidade terapêutica de substituição renal mais frequentemente utilizada, implicando um regime terapêutico contínuo, complexo e exigente (Daugirdas et al., 2020; Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2024).

A pessoa em programa de hemodiálise enfrenta múltiplos desafios relacionados com a dependência terapêutica, restrições alimentares e hídricas, alterações da imagem corporal, limitação funcional e necessidade de adaptação permanente ao processo de doença crónica. Estas alterações repercutem-se nas dimensões física, psicológica e social da vida da pessoa, condicionando frequentemente a adesão terapêutica, o autocuidado e a qualidade de vida (Tutur & Bicer, 2025; Meleis, 2010).

Neste contexto, as intervenções de enfermagem assumem particular relevância, não apenas na monitorização clínica e execução técnica do tratamento dialítico, mas também na educação terapêutica, promoção do autocuidado, gestão de sintomas, adaptação psicossocial e continuidade de cuidados. A enfermagem especializada à pessoa em situação crónica exige intervenções individualizadas, sustentadas na melhor evidência científica disponível e

orientadas para a capacitação da pessoa e promoção da autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Nutbeam & Lloyd, 2021).

Apesar da diversidade de intervenções de enfermagem descritas na literatura, persiste dispersão da evidência científica relativamente às intervenções dirigidas à pessoa adulta em programa de hemodiálise, dificultando a sistematização do conhecimento e a sua integração consistente na prática clínica.

Assim, foi desenvolvido um protocolo de scoping review com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta em programa de hemodiálise.

Objetivo da revisão

Mapear a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta em programa de hemodiálise.

Questão de investigação

Quais são as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta em programa de hemodiálise?

A questão foi estruturada de acordo com a estratégia: População – Conceito – Contexto (PCC)

- População: adultos em programa de hemodiálise
- Conceito: intervenções de enfermagem
- Contexto: unidades prestadoras de cuidados de hemodiálise

Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis estudos envolvendo pessoas adultas com idade igual ou superior a 18 anos em programa de hemodiálise, independentemente do género, contexto sociocultural ou religião. Foram excluídos estudos envolvendo população pediátrica, adolescentes ou indivíduos com idade inferior a 18 anos.

O conceito central desta revisão corresponde às intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em programa de hemodiálise, incluindo educação terapêutica, promoção do autocuidado, gestão de sintomas, intervenções psicossociais e estratégias interdisciplinares.

O contexto considerado corresponde às unidades prestadoras de cuidados de hemodiálise, independentemente da tipologia institucional ou nível de diferenciação.

Tipos de fontes de evidência

Esta scoping review considerou estudos quantitativos, qualitativos e mistos. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, estudos quasi-experimentais, estudos observacionais, estudos descritivos e outros estudos relevantes para a questão de investigação.

Métodos

A revisão foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para scoping reviews e reportada segundo as recomendações do PRISMA-ScR.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo identificar estudos publicados relevantes para a temática em análise. Foi utilizada uma abordagem estruturada, combinando termos controlados e termos livres relacionados com: hemodiálise; intervenções de enfermagem; autocuidado; educação terapêutica; gestão de sintomas.

A pesquisa realizou-se através da plataforma EBSCO nas seguintes bases de dados:

- CINAHL Complete
- MEDLINE Complete

A pesquisa decorreu entre setembro de 2025 e dezembro de 2025.

Foram admitidas publicações em português, inglês ou espanhol.

Definiu-se o limite temporal correspondente aos últimos cinco anos, de forma a integrar evidência científica contemporânea relativamente às intervenções de enfermagem em contexto de hemodiálise.

Seleção dos estudos

O processo de seleção dos estudos decorreu em duas etapas sequenciais:

1. leitura dos títulos e resumos;
2. análise dos textos integrais dos estudos potencialmente elegíveis.

Após a pesquisa, todas as referências identificadas foram organizadas e os duplicados removidos.

Os títulos e resumos foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos. Os estudos potencialmente elegíveis foram posteriormente analisados em texto integral.

Excluíram-se os estudos que não cumpriam os critérios de elegibilidade previamente definidos.

O processo de seleção foi documentado através de um fluxograma PRISMA-ScR, incluindo:

- número de registos identificados;
- remoção de duplicados;
- estudos excluídos;
- estudos incluídos na síntese final.

Extração de dados

A extração dos dados realizou-se através de uma tabela estruturada desenvolvida para a revisão, contemplando:

- identificação dos estudos (autores, ano, país e título);
- objetivo do estudo;
- desenho metodológico;
- características da amostra;
- tipo de intervenção;
- principais resultados.

O instrumento de extração foi ajustado sempre que necessário durante o processo de análise.

Análise e apresentação dos dados

Os dados foram organizados de forma descritiva e apresentados em tabelas e síntese narrativa, permitindo mapear as intervenções de enfermagem identificadas e os respetivos resultados.

Agruparam-se as intervenções em categorias temáticas, nomeadamente:

- educação terapêutica;
- promoção do autocuidado;
- gestão de sintomas;
- intervenções psicossociais e interdisciplinares.

Esta metodologia permitiu reconhecer diferentes abordagens interventivas, promovendo a incorporação da evidência científica na prática clínica do enfermeiro especialista. Simultaneamente, contribuiu para a valorização de cuidados individualizados, seguros e centrados na pessoa em situação crónica.

Referências bibliográficas

Bahmani, M., Bijani, M., Fereidouni, Z., Dehghan, A., & Modreki, A. (2025). Investigating the impact of interdisciplinary training programs on self-efficacy and life satisfaction among hemodialysis patients: A randomized controlled clinical trial. *BMC Nephrology*, 26(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04218-9>

Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2020). *Handbook of dialysis* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Ferreira, J. E. S. M., Sousa, D. F., Moreira, R. P., Morais, H. C. C., Barros, L. M., & Cavalcante, T. F. (2025). Effect of the fluid management nursing intervention on improving biochemical test results and dialysis therapy in chronic kidney disease patients: A randomized controlled trial. *Investigación y Educación en Enfermería*, 43(3), e12. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v43n3e12>

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., & International Society of Nephrology collaborators. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda. *Nature Reviews Nephrology*, 20(7), 473–485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>

Freihat, O., Sipos, D., Aamir, M., & Kovacs, A. (2025). Global burden and future projections of non-communicable diseases. *PLOS ONE*, 20(12), e0336036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336036>

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), 685–694. <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/6-6.gungormus.pdf>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2023). KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: Public review draft. <https://kdigo.org/guidelines/>

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>

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

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Health literacy as a social determinant. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Rodrigues, R., & Costeira, C. (2024). Pain assessment in patients during hemodialysis treatment: Quality improvement project. *Nursing Reports*, 14(2), 1370–1387. <https://doi.org/10.3390/nursrep14020103>

Sajjadi, S. L., Ghafourifard, M., & Khosroshahi, H. T. (2024). The effect of individualized education on learning needs of patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled clinical trial. *BMC Nephrology*, 25(1), 452. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03886-3>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2024). Relatório anual do registo de doença renal crónica.

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

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2021). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Tutur, İ., & Bicer, E. K. (2025). The Effect of Nurse-Led Telephone Patient Education and Counseling on Disease Management, Quality of Life, and Self-Care Behaviors in Hemodialysis Patients. *Worldviews on evidence-based nursing*, 22 6, e70074. <https://doi.org/10.1111/wvn.70074>

Wijewickrama, E., Alam, M. R., Bajpai, D., Divyaveer, S., Iyengar, A., Kumar, V., Qayyum, A., Yadav, S. P., Yadla, M., Arruebo, S., Bello, A. K., Caskey, F. J., Damster, S., Donner, J.-A., Jha, V., Johnson, D. W., Levin, A., Malik, C., Nangaku, M., ... Prasad, N. (2024). Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology South Asia region: Report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney International Supplements*, 13(1), 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2024.01.007>

World Health Organization. (2022). Infection prevention and control global report 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Yin, J., Yin, J., Lian, R., Li, P., & Zheng, J. (2021). Implementation and effectiveness of an intensive education program on phosphate control among hemodialysis patients: A non-randomized, single-arm, single-center trial. *BMC Nephrology*, 22(1), 243. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02441-8>

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

