

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

Educação para a Saúde à pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Sofia dos Reis Marques
2026



Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Relatório de Estágio

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE À PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA: UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Elaborado por:

Sofia dos Reis Marques N.º 202490017

Orientadores:

Professora Doutora Helena José

Professora Doutora Isabel Rabiais

Barcarena

maio 2026

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

Educação para a Saúde à Pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa o culminar de um percurso exigente, marcado por desafios, aprendizagens e crescimento pessoal e profissional, que não teria sido possível sem o contributo de várias pessoas.

Expresso o meu sincero agradecimento às professoras orientadoras, Professora Doutora Helena José e Professora Doutora Isabel Rabiais, pela disponibilidade, orientação rigorosa e incentivo constante, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista.

Às supervisoras clínicas, em ambos os contextos de estágio, agradeço o acompanhamento próximo, a partilha de conhecimentos e a confiança depositada, que contribuíram de forma determinante para o desenvolvimento das minhas competências clínicas e reflexão crítica.

Aos meus colegas de mestrado, agradeço o companheirismo, a partilha e o apoio ao longo deste percurso, tornando este caminho mais leve e enriquecedor. Um agradecimento especial à Mila e ao Ruben, pelo apoio, entreaajuda e amizade demonstrados nos momentos mais desafiantes.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão, incentivo e apoio ao longo desta etapa, que muitas vezes exigiu conciliar diferentes responsabilidades.

Às minhas amigas, pelo carinho, incentivo e presença nos momentos mais difíceis, que fizeram toda a diferença ao longo deste caminho.

À minha família, em especial aos meus pais e aos meus avós, expresso a minha profunda gratidão pelo amor incondicional, apoio constante e valores transmitidos, que foram a base para a concretização deste percurso.

Um agradecimento muito especial à minha mãe, que fez este percurso ao meu lado, acompanhando cada etapa com dedicação, apoio e incentivo incondicional, sendo um pilar fundamental em todos os momentos.

Por fim, a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu sincero agradecimento.

Educação para a Saúde à Pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

RESUMO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e tem como objetivo analisar criticamente o percurso formativo realizado em dois contextos clínicos diferenciados: um Serviço de Cardiologia e um Serviço de Hemodiálise. O relatório evidencia o processo de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, bem como das competências de mestre, sustentadas em referenciais teóricos, normativos profissionais e evidência científica atual, bem como *guidelines* da *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO).

A intervenção especializada centrou-se na pessoa em situação crónica e na sua família/cuidador, com enfoque na educação para a saúde, promoção do autocuidado, gestão da dor associada à punção da fístula arteriovenosa e maximização do ambiente terapêutico. Destaca-se a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor em contexto de hemodiálise, sustentadas por revisão da literatura, bem como a utilização sistemática da técnica de *teach-back* na validação da compreensão da informação transmitida.

A prática desenvolvida integrou os pressupostos da Teoria das Transições de Afaf Meleis e da Teoria do Conforto de Kolcaba, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, orientada para a adaptação à doença crónica e para a melhoria da experiência terapêutica. Foram evidenciados ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente na redução da ansiedade antecipatória, melhoria do conforto, reforço da literacia em saúde e aumento da participação ativa da pessoa no processo terapêutico.

A análise SWOT permitiu identificar fatores facilitadores e constrangimentos do percurso formativo, reforçando a importância da prática baseada na evidência, da reflexão crítica e da liderança clínica na promoção da qualidade e segurança dos cuidados especializados.

Palavras-chave: Doença Crónica; Educação em Saúde; Insuficiência Renal Crónica; Dor; Enfermagem

Educação para a Saúde à Pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

ABSTRACT

This Clinical Internship Report was developed within the scope of the master's degree in medical-surgical Nursing in the area of Nursing Care for People with Chronic Conditions. Its main objective is to critically analyze the educational pathway undertaken in two distinct clinical settings: a Cardiology Department and a Hemodialysis Unit. The report demonstrates the progressive acquisition and consolidation of common and specific competencies of the Clinical Nurse Specialist, as well as master-level competencies, grounded in theoretical nursing frameworks, professional regulations, and current scientific evidence and guidelines from the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).

Specialized nursing interventions focused on individuals living with chronic illness and their families or caregivers, emphasizing health education, self-care promotion, pain management related to arteriovenous fistula cannulation, and optimization of the therapeutic environment. Particular attention was given to the implementation of pharmacological and non-pharmacological pain relief strategies in hemodialysis, supported by a focused literature review. The teach-back method was systematically applied to validate patient understanding, improve health literacy, and strengthen engagement in the therapeutic process.

Clinical practice was guided by Meleis' Transitions Theory and Kolcaba's Comfort Theory, supporting a person-centered approach aimed at facilitating adaptation to chronic illness and improving the overall therapeutic experience. Nursing-sensitive outcomes were observed, including reduction of anticipatory anxiety, improvement in comfort, enhanced understanding of treatment, and increased patient participation in care decisions.

A structured SWOT analysis enabled identification of internal strengths and weaknesses, as well as external opportunities and threats influencing competency development. The findings reinforce the relevance of evidence-based practice, reflective thinking, and clinical leadership in promoting quality, safety, and excellence in specialized nursing care.

Keywords: Chronic Disease; Health Education; Renal Insufficiency, Chronic; Pain; Nursing

Educação para a Saúde à Pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIAÇÃO/ ANÁLISE DO CONTEXTO	19
1.1. Estágio I – Serviço de Cardiologia.....	19
1.2. Estágio II – Serviço de Hemodiálise	21
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	23
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	31
3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	31
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	32
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	35
3.1.3. Gestão dos cuidados	36
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	39
3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	40
3.2.1. Cuida da pessoa e família/cuidador a vivenciar a doença crónica	41
3.2.1.1. Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando prevenção, a detecção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica.	41
3.2.1.2. Promove intervenções especializadas junto da pessoa, família/cuidador, facilitando o processo de transição saúde-doença	46
3.2.1.3. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo da infecção associada aos cuidados.....	50
3.2.1.4. Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores	52
3.2.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidador a vivenciar a doença crónica.....	53
3.2.2.1. Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica.....	57
3.2.2.2. Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados aos processos terapêuticos	59
3.2.2.3. Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, fomentando a cultura de segurança	59

3.3. Competências de Mestre	61
3.3.1. Conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados e sustentados	61
3.3.2. Aplicação de conhecimentos em situações novas, não familiares e multidisciplinares	62
3.3.3. Integração de conhecimentos, juízo crítico e responsabilidade ética e social	63
3.3.4. Comunicação clara e fundamentada com especialistas e não especialistas	63
3.3.5. Aprendizagem ao longo da vida e autonomia no desenvolvimento profissional	64
4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO FORMATIVO	67
4.1. Forças	67
4.2. Fraquezas	68
4.3. Oportunidades	68
4.4. Ameaças	69
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	i
ANEXO I – Certificado de participação nas Jornadas Científicas da Saúde da Lusofonia – II LusoSaúde 2025	ii
ANEXO II – Certificado de participação no Congresso Cascais International Health Forum ..	iv
APÊNDICES	vi
APÊNDICE I – Formação sobre Ventilação Não Invasiva	vii
APÊNDICE II – Formação sobre Dor na Punção do Acesso Vascular	xiv
APÊNDICE III – Estudo de Caso	xxxiv
APÊNDICE IV – Reflexão Crítica	iv

LISTA DE ACRÓNIMOS E/OU SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

FAV – Fístula Arteriovenosa

IASP – *International Association for the Study of Pain*

KDIGO - *Kidney Disease Improving Global Outcomes*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RNAO – *Registered Nurses' Association of Ontario*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VNI – Ventilação Não Invasiva

Educação para a Saúde à Pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Tem como finalidade documentar, analisar criticamente e refletir sobre o percurso formativo e profissional desenvolvido ao longo dos estágios realizados, evidenciando o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista, em consonância com os referenciais académicos, profissionais e científicos que sustentam a prática especializada em enfermagem.

O percurso formativo compreendeu a realização de dois estágios clínicos, selecionados de forma individualizada, de acordo com os objetivos de aprendizagem delineados e em instituições com protocolo com a Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação clínica de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O primeiro estágio decorreu num serviço de internamento de Cardiologia, proporcionando contacto com pessoas com doença cardíaca crónica e agudizada, permitindo o desenvolvimento de competências na avaliação clínica, monitorização hemodinâmica, gestão terapêutica e acompanhamento da pessoa e família em contextos de elevada complexidade clínica. O segundo estágio foi realizado num serviço de Hemodiálise de um hospital da área metropolitana de Lisboa, integrado num contexto de cuidados a pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em estágio avançado, submetida a terapêutica renal substitutiva.

Neste enquadramento, o desenvolvimento de competências profissionais é entendido como um processo progressivo e contínuo. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro evolui ao longo de diferentes estádios iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, sendo a experiência clínica aliada à reflexão sobre a prática determinante para a consolidação de competências especializadas. A formação em contexto de estágio assume, assim, um papel estruturante, ao permitir a construção de conhecimento situado, sustentado numa base teórica sólida e na análise crítica das situações clínicas vivenciadas.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, nomeadamente à pessoa submetida a hemodiálise, exige uma abordagem especializada, sistemática e centrada na pessoa e na família, considerando o impacto significativo da doença e do tratamento nas dimensões física, psicológica, social e espiritual da vida. Neste contexto, o enfermeiro especialista é determinante na gestão da complexidade clínica, na prevenção de complicações, na monitorização das respostas humanas, na promoção do autocuidado e da adesão terapêutica, bem como no apoio à pessoa e à família ao longo do processo de adaptação à doença crónica (RNAO, 2015; OE, Regulamento n.º 429/2018).

Para além da dimensão assistencial, a intervenção do enfermeiro especialista contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da mobilização da evidência científica, da reflexão crítica sobre a prática e da promoção de práticas informadas pela evidência, em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e com os princípios éticos e deontológicos da profissão (OE, 2017).

O Estágio II teve como objetivo geral desenvolver competências avançadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, através da integração de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, mobilizados na prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a hemodiálise, à sua família e cuidadores, numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, na família, no grupo e na comunidade. Como objetivos específicos de aprendizagem, o estágio visou mobilizar conhecimentos teóricos e evidência científica na conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção de enfermagem especializados; desenvolver competências na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados; comunicar cientificamente, mobilizando a investigação como suporte da prática clínica; e consolidar uma prática profissional sustentada em princípios éticos e deontológicos.

O presente relatório encontra-se organizado em vários capítulos, estruturados de forma a permitir uma compreensão progressiva do percurso desenvolvido ao longo dos estágios e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Após a introdução, é apresentada a análise e apreciação dos contextos de prática, seguida do enquadramento conceptual que sustenta a intervenção do enfermeiro especialista. O capítulo central é dedicado à análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, seguindo-se uma análise SWOT do percurso formativo. O relatório termina com as conclusões, referências bibliográficas de acordo com a *APA 7th Ed* e apêndices e anexos considerados relevantes.

1. APRECIÇÃO/ ANÁLISE DO CONTEXTO

O percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica integrou a realização de dois estágios clínicos, selecionados de forma a permitir o desenvolvimento progressivo de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

1.1. Estágio I – Serviço de Cardiologia

O primeiro estágio foi desenvolvido num Serviço de Cardiologia integrado numa unidade hospitalar de gestão pública empresarial, de uma ULS integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo decorrido entre os meses de maio e julho de 2025. Esta instituição, presta cuidados de saúde diferenciados a uma população de aproximadamente 535 mil habitantes, abrangendo respostas assistenciais em regime de ambulatório, internamento e urgência.

O Serviço de Cardiologia compreende uma unidade de internamento com 34 camas, integrando o setor de Exames Especiais, o Gabinete de *Holter*, o Laboratório Cardiológico e o Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca. Esta organização funcional permite uma abordagem integral à pessoa com patologia cardíaca, desde o diagnóstico e tratamento até à monitorização, reabilitação e acompanhamento no domicílio.

As principais áreas de intervenção do serviço incluem a insuficiência cardíaca, a arritmologia e a hemodinâmica, sendo igualmente desenvolvido um programa de ambulatório de cardioversão elétrica externa. Destacam-se projetos estruturados de melhoria contínua, nomeadamente o Programa de Reabilitação Cardíaca Total e o Programa de Síndrome Coronário Agudo, centrados na vigilância clínica, otimização terapêutica e educação da pessoa ao longo do internamento. Estes projetos refletem uma aposta na qualidade, segurança e

continuidade dos cuidados, bem como na capacitação da pessoa e da família para a gestão da doença.

No que respeita aos recursos humanos, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por médicos especialistas em cardiologia, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde, favorecendo uma abordagem colaborativa e centrada na pessoa.

Os cuidados de enfermagem são prestados de acordo com o método de trabalho individual, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade global pelos cuidados à pessoa durante o turno, promovendo a continuidade dos cuidados, a responsabilização profissional e o estabelecimento de uma relação terapêutica mais próxima com a pessoa e a família (Ventura-Silva et al. (2021). Contudo, importa refletir criticamente sobre os desafios associados à sua implementação. A elevada carga de trabalho e a complexidade crescente das situações clínicas podem comprometer a efetiva aplicação deste método, conduzindo, por vezes, a uma sobrecarga do enfermeiro e a potenciais riscos para a segurança dos cuidados (Ventura-Silva et al. (2021). Neste sentido, a adequação dos recursos humanos e a correta distribuição da carga de trabalho assumem-se como fatores determinantes para a eficácia deste método. Com efeito, o método individual potencia a autonomia e a responsabilidade profissional do enfermeiro, favorecendo a continuidade dos cuidados e o estabelecimento de uma relação terapêutica significativa (Dall’Ora et al., 2020). No entanto, esta mesma autonomia implica a necessidade de competências clínicas, organizacionais e de tomada de decisão altamente desenvolvidas, podendo tornar-se um fator de vulnerabilidade quando não existem condições estruturais adequadas, nomeadamente ao nível da dotação segura de enfermeiros e da complexidade das situações clínicas. Assim, evidencia-se uma tensão entre o potencial deste método para promover cuidados de qualidade e os constrangimentos inerentes à sua aplicação em contextos de elevada exigência, o que exige do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista, uma elevada capacidade de gestão, priorização e adaptação, de forma a garantir a segurança e a continuidade assistencial (Dall’Ora et al., 2020).

1.2. Estágio II – Serviço de Hemodiálise

O Estágio II foi desenvolvido no Serviço de Hemodiálise de um hospital integrado numa ULS, tendo decorrido entre os meses de setembro e dezembro de 2025, sendo esta unidade reconhecida como referência nacional no tratamento da DRC. Este serviço presta cuidados especializados a pessoas com DRC em diferentes estádios da doença, maioritariamente em estágio 5, submetidas a terapêutica renal substitutiva, abrangendo uma população adulta com elevada complexidade clínica e múltiplas comorbilidades, destacando-se a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial e a doença cardiovascular.

A estrutura física do serviço é composta por 15 postos de hemodiálise, distribuídos por quatro salas, permitindo a realização simultânea de múltiplos tratamentos dialíticos. A atividade assistencial organiza-se em três turnos diários, assegurando uma resposta contínua, eficiente e segura às necessidades da população assistida.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos nefrologistas, assistente social, nutricionista, assistentes operacionais e secretários de unidade, promovendo uma abordagem integral e centrada na pessoa com DRC. Os cuidados de enfermagem são prestados segundo o método de trabalho individual, favorecendo a continuidade, personalização e responsabilização dos cuidados, aspetos fundamentais na gestão da complexidade associada à DRC e à terapêutica dialítica.

O Serviço de Hemodiálise desenvolve a sua prática com base em protocolos institucionais, normas de segurança e recomendações nacionais e internacionais, integrando princípios de prevenção e controlo da infeção, segurança da pessoa e práticas baseadas na evidência. A elevada frequência de procedimentos invasivos, o risco acrescido de infeção e a necessidade de monitorização clínica rigorosa tornam este contexto particularmente exigente, requerendo das profissionais competências técnicas avançadas, capacidade de tomada de decisão em

tempo útil e um elevado nível de vigilância clínica, de forma a prevenir complicações e garantir cuidados seguros e de qualidade (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO], 2024).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica fundamenta-se na mobilização de conceitos e referenciais teóricos que sustentam a tomada de decisão clínica, a implementação de intervenções especializadas e a reflexão crítica sobre os cuidados prestados. Neste contexto, importa reconhecer que a doença crónica constitui atualmente um dos principais desafios de saúde pública, assumindo um impacto expressivo na morbilidade, mortalidade, incapacidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Em Portugal, as doenças crónicas são responsáveis por cerca de 86% da mortalidade total, destacando-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, a diabetes mellitus e as doenças respiratórias crónicas (Direção-Geral da Saúde, 2023; Organização Mundial de Saúde, 2023). O envelhecimento populacional e o aumento da multimorbilidade reforçam a complexidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, exigindo intervenções integradas, contínuas e centradas na pessoa.

Para além do impacto fisiopatológico, a doença crónica caracteriza-se por uma vivência prolongada, marcada por processos sucessivos de adaptação que envolvem dimensões físicas, psicológicas, sociais e existenciais. A gestão eficaz destas condições implica, assim, a promoção da literacia em saúde, da autogestão e da corresponsabilização da pessoa no seu processo terapêutico. Neste sentido, a Educação para a Saúde assume-se um eixo estruturante da prática especializada. Correia et al. (2023) definem a Educação para a Saúde como intervenções educativas específicas para a doença, destinadas a “capacitar os doentes para compreender, participar no processo de tomada de decisão clínica e gerir eficazmente a sua condição” (Correia et al., 2023, p. 2). Os autores demonstram ainda que estas intervenções “produzem benefícios significativos na melhoria de um conjunto alargado de resultados entre pessoas com doenças crónicas” (Correia et al., 2023, p. 8), incluindo indicadores biomédicos, adesão terapêutica, conhecimento, autoeficácia e saúde psicológica. Assim, a educação para a saúde ultrapassa a mera transmissão de informação, configurando-

se uma intervenção clínica promotora de autonomia, *empowerment* e qualidade de vida na pessoa em situação crónica.

Neste enquadramento, a DRC constitui uma condição progressiva e irreversível, caracterizada pela deterioração gradual da função renal, conduzindo frequentemente à necessidade de terapêuticas de substituição da função renal, como a hemodiálise. Trata-se de um problema de saúde pública crescente, associado ao envelhecimento populacional e à elevada prevalência de doenças crónicas como a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, com impacto significativo na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida das pessoas afetadas (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2025). A hemodiálise assume-se como um tratamento vital, mas exigente, implicando sessões frequentes e prolongadas, bem como a realização de procedimentos invasivos repetidos, nomeadamente a punção do acesso vascular. Esta realidade expõe a pessoa em programa regular de hemodiálise a múltiplos fatores de vulnerabilidade física e emocional, exigindo cuidados especializados, contínuos e centrados na pessoa, que integrem as dimensões física, psicológica e social da experiência terapêutica (KDIGO, 2024).

Neste contexto, a experiência da pessoa com DRC em programa de hemodiálise não se limita às alterações fisiopatológicas inerentes à doença, sendo profundamente marcada pelas vivências associadas ao tratamento e aos procedimentos terapêuticos. Entre estes, destacam-se as intervenções repetidas e potencialmente dolorosas, como a punção do acesso vascular, que, ao longo do tempo, podem assumir um carácter cumulativo e impactar negativamente a perceção do tratamento. (KDIGO, 2024). A exposição contínua a estímulos potencialmente dolorosos, aliada à imprevisibilidade e antecipação da dor, contribui para o desenvolvimento de respostas emocionais, como ansiedade e medo, que influenciam a forma como a pessoa experiencia o processo terapêutico Kaza, et al. (2014). Assim, a dor emerge como uma dimensão transversal e indissociável da experiência da DRC em hemodiálise, assumindo particular relevância na compreensão das necessidades da pessoa e na orientação dos cuidados de enfermagem (Mrabet et al., 2025).

A dor constitui um fenómeno central na vivência da doença crónica e um foco prioritário da intervenção de enfermagem, com impacto significativo na qualidade de vida, funcionalidade, adesão terapêutica e bem-estar global da pessoa. A *International Association for the Study of Pain* define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020, p. 14). Esta definição reforça o carácter subjetivo, multidimensional e individual da dor, reconhecendo que a sua experiência é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Esta dimensão assume particular relevância na pessoa em situação crónica, em que a dor pode apresentar um carácter persistente ou recorrente, frequentemente associada à própria doença ou a procedimentos terapêuticos repetidos, como sucede no contexto da hemodiálise. A dor associada à punção da fístula arteriovenosa (FAV) é amplamente descrita na literatura como um dos momentos mais desconfortáveis e promotores de ansiedade do tratamento hemodialítico (National Kidney Foundation, 2020). Este procedimento é vivenciado de forma repetida, geralmente três vezes por semana, ao longo de vários anos, contribuindo para ansiedade antecipatória, sofrimento cumulativo e impacto negativo na experiência terapêutica, podendo comprometer a adesão ao tratamento e a perceção da qualidade dos cuidados (Kaza et al., 2014).

A gestão da dor durante a punção do acesso vascular constitui, assim, um foco sensível aos cuidados de enfermagem e um elemento central da prática clínica especializada. As recomendações internacionais reforçam a importância da avaliação sistemática da dor e da implementação de intervenções adequadas, farmacológicas e não farmacológicas, com vista à promoção do conforto, segurança e bem-estar da pessoa em hemodiálise (KDIGO, 2024). A revisão sistemática da literatura evidencia a existência de intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes na redução da dor associada a este procedimento, sustentando a necessidade de uma abordagem multimodal, individualizada e centrada na pessoa (Ghoreyshi et al., 2018; Mirzaei et al., 2018).

Entre as intervenções não farmacológicas, destacam-se a acupressão, a aromaterapia com lavanda, a massagem aromática e técnicas de distração, como a utilização de bola anti-stress, que demonstraram redução significativa da intensidade da dor, sendo estratégias de baixo custo, fácil implementação e elevada aceitabilidade (Dehghan et al., 2023; Dinis & Sousa, 2023; Izadi et al., 2023; Çevik et al., 2024; Aghamohammadi et al., 2025). Relativamente às intervenções farmacológicas, os anestésicos tópicos apresentam maior robustez e consistência na redução da dor durante a punção da FAV. O creme EMLA destaca-se como a intervenção com maior eficácia analgésica, seguido do spray de lidocaína e do cloreto de etilo (Mirzaei et al., 2018; Santos, 2020).

Para além das intervenções analgésicas, segundo Pinto et al. (2023), a técnica de canulação e os dispositivos utilizados influenciam diretamente a dor, as complicações e a preservação da FAV. Estudos demonstram que a utilização de cânulas de plástico pode reduzir falhas de canulação e complicações vasculares, embora possa estar associada a maior perceção de dor, sobretudo em contextos de menor experiência da equipa (Choi et al., 2021). Adicionalmente, técnicas de canulação alternativas, como a técnica MuST, surgem como abordagens promissoras, associadas a menor trauma local, menor formação de crostas e elevada aceitação por parte das pessoas em hemodiálise, contribuindo para a segurança do acesso vascular e para a melhoria da experiência terapêutica (Peralta et al., 2021).

De acordo com Peralta et al. (2021):

A Técnica de Canulação Única (MuST) baseia-se na associação entre a técnica *Rope*

Ladder, que utiliza todo o comprimento do vaso disponível através de rotação

progressiva, e a técnica *Buttonhole*, dado que existem três locais específicos de

canulação para cada dia da semana, o que significa que cada local é canulado apenas

uma vez por semana (permitindo que o local da punção cicatrize entre canulações). A

distância entre cada ponto de canulação deve ser simétrica e superior a 1 cm. (p. 5)

Assim, intervenções que promovam a redução da dor, do trauma local e das complicações associadas contribuem não só para a preservação do acesso vascular, mas também para uma experiência mais positiva e capacitadora da pessoa em hemodiálise (Mirzaei et al., 2018). Neste sentido, torna-se pertinente enquadrar estas práticas à luz de referenciais teóricos que valorizem a experiência vivida e os processos adaptativos da pessoa.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, centra-se na compreensão das experiências humanas associadas a mudanças significativas nos estados de saúde, papéis, relações e contextos de cuidado (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). No contexto da doença crónica, a transição para uma condição de dependência terapêutica, como a hemodiálise, constitui uma transição saúde–doença complexa, frequentemente acompanhada por sentimentos de incerteza, vulnerabilidade e perda de controlo, exigindo acompanhamento especializado por parte do enfermeiro. Esta transição caracteriza-se por um processo dinâmico, não linear, influenciado por múltiplos fatores, incluindo as condições pessoais, o suporte social, os recursos disponíveis e as características do próprio sistema de saúde (Meleis, 2010). A pessoa em hemodiálise enfrenta não só alterações físicas decorrentes da doença e do tratamento, mas também mudanças profundas no seu quotidiano, na sua identidade e no desempenho dos seus papéis sociais e familiares (OE, 2016). Neste âmbito, o enfermeiro é fundamental na facilitação de transições saudáveis, promovendo a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências de autocuidado e a adaptação emocional à nova condição de vida (OE, 2016). A identificação precoce de indicadores de uma transição ineficaz, como ansiedade, dor mal controlada ou dificuldades na adesão ao regime terapêutico, permite a implementação de intervenções direcionadas, centradas na pessoa,

que visem promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida (RNAO, 2023). Assim, a prática de enfermagem, orientada por este referencial teórico, contribui para uma abordagem mais holística e integrada do cuidado, valorizando a experiência subjetiva da pessoa e apoiando-a ao longo de todo o processo de adaptação à doença crónica (RNAO, 2023).

Paralelamente, a Teoria do Conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba, sustenta a gestão da dor como uma intervenção promotora de alívio, tranquilidade e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). Esta teoria conceptualiza o conforto como uma experiência imediata e desejável, resultante da satisfação das necessidades humanas nestes quatro contextos, sendo alcançado através de intervenções de enfermagem intencionais e individualizadas (Kolcaba, 2003). Kolcaba distingue três formas de conforto: o alívio, relacionado com a satisfação de uma necessidade específica (como a redução da dor); a tranquilidade, associada a um estado de calma e bem-estar; e a transcendência, que corresponde à capacidade da pessoa ultrapassar a sua condição ou situação adversa (Kolcaba, 2003). Neste sentido, o conforto assume-se como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, diretamente influenciado pela qualidade das intervenções implementadas.

A aplicação desta teoria permite compreender a gestão da dor durante a punção da FAV como uma intervenção promotora de conforto global, ultrapassando o controlo do sintoma físico e integrando a redução da ansiedade, do sofrimento emocional e da perceção de ameaça associada ao procedimento. Assim, a intervenção do enfermeiro não se limita à dimensão técnica da punção, devendo incorporar estratégias que promovam um ambiente seguro, comunicação terapêutica eficaz e envolvimento ativo da pessoa no processo de cuidado, contribuindo para uma experiência mais positiva e humanizada.

No contexto da doença crónica, a articulação entre a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria do Conforto de Kolcaba permite uma compreensão integrada da experiência da pessoa, contemplando simultaneamente os processos de adaptação e o bem-estar ao longo do

percurso de doença. A vivência de uma doença crónica, como a DRC em programa de hemodiálise, implica múltiplas transições, marcadas por alterações nos papéis, na identidade e na autonomia, exigindo da pessoa um contínuo ajustamento às novas exigências terapêuticas e às limitações impostas pela doença. Neste processo, o enfermeiro especialista é fundamental na facilitação de transições saudáveis, promovendo o desenvolvimento de competências de autocuidado, o suporte emocional e a capacitação da pessoa para lidar com a sua condição (Meleis, 2010). Paralelamente, a Teoria do Conforto complementa esta perspetiva ao enfatizar a importância de intervenções que promovam o alívio do sofrimento e o bem-estar global, nas suas múltiplas dimensões, ao longo de todo o processo de doença (Kolcaba, 2003).

Esta abordagem encontra-se alinhada com as recomendações da RNAO, nomeadamente no que concerne ao cuidado centrado na pessoa e na família e ao suporte ao autocuidado em condições crónicas, que defendem a necessidade de intervenções individualizadas, baseadas na parceria terapêutica, na comunicação eficaz e na valorização das preferências e experiências da pessoa (RNAO, 2015). Assim, a gestão da dor e dos procedimentos associados à hemodiálise, como a punção da FAV, deve ser entendida não apenas como uma resposta a um sintoma, mas como uma intervenção integrada que influencia a qualidade da transição vivida pela pessoa, promovendo conforto, segurança, adesão terapêutica e melhoria da qualidade de vida.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

A análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo constitui um elemento central na consolidação da identidade profissional do enfermeiro especialista e na afirmação do nível avançado de prática. Este exercício reflexivo permite não apenas evidenciar a aquisição e mobilização de conhecimentos, capacidades e atitudes ao longo do estágio, mas também analisar de forma crítica o impacto das intervenções na qualidade e segurança dos cuidados, na centralidade da pessoa e na gestão de situações clínicas complexas. Para além disso, possibilita a identificação de áreas de desenvolvimento contínuo, reforçando o compromisso com a excelência dos cuidados e com a melhoria contínua da prática profissional.

Assim, a reflexão que se segue será estruturada de acordo com os domínios de competência definidos, integrando evidência científica, referenciais teóricos relevantes e experiências clínicas significativas, com o objetivo de demonstrar a evolução enquanto enfermeiro especialista e mestre, capaz de responder de forma diferenciada às necessidades da pessoa em situação crónica, família e contexto de cuidados.

3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As atividades desenvolvidas ao longo dos dois contextos de estágio permitiram operacionalizar os objetivos delineados e consolidar um percurso progressivo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Neste subcapítulo são analisadas e demonstradas as competências comuns, de acordo com os domínios previstos no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, evidenciando-se a forma como a componente clínica sustentou o meu desenvolvimento pessoal e profissional e a tomada de decisão especializada em contextos de elevada complexidade associados à pessoa em situação crónica.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, sustentando a tomada de decisão em princípios ético-deontológicos, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa, garantindo igualmente práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, a confidencialidade, a privacidade, a dignidade e a segurança (OE, 2019).

Ao longo dos estágios, a dimensão ética revelou-se particularmente desafiante pela natureza e vulnerabilidade das pessoas cuidadas. Em contexto de Cardiologia, a complexidade clínica exigiu decisões ponderadas, nomeadamente na avaliação e gestão do risco clínico e na articulação com a equipa multiprofissional para assegurar intervenções em tempo útil. Em hemodiálise, a relação terapêutica prolongada e a repetição de procedimentos invasivos evidenciaram a importância do respeito pela autonomia, do consentimento informado e do controlo do desconforto associado aos procedimentos, evitando a normalização da dor como “inevitável”.

Neste domínio, considero que evolui sobretudo na forma como estruturei o meu juízo clínico ético, passando de uma atuação centrada no cumprimento de normas para uma prática deliberada, capaz de integrar as preferências da pessoa, a análise risco-benefício e a segurança dos cuidados. Esta evolução tornou-se particularmente evidente no contexto de hemodiálise, caracterizado por especificidades que colocam desafios éticos relevantes, nomeadamente ao nível da privacidade e confidencialidade. A organização física da sala, com múltiplos postos em proximidade, associada à frequência regular dos tratamentos em turnos fixos, favorece relações de proximidade entre as pessoas e com os profissionais. Embora esta proximidade possa potenciar a relação terapêutica, constitui simultaneamente um desafio na gestão da intimidade e da exposição da informação.

Perante este contexto, desenvolvi estratégias intencionais para salvaguardar a privacidade, nomeadamente através da seleção de momentos mais oportunos para abordar informação sensível, evitando períodos de maior exposição, como o início da sessão. Privilegiei momentos de menor estímulo ambiental, como períodos de repouso dos restantes doentes ou fases mais calmas da sessão, e recorri a uma comunicação individualizada, aproximando-me da pessoa e utilizando um tom de voz reduzido, de forma a minimizar a exposição da informação.

A relevância destas estratégias tornou-se evidente em diferentes situações clínicas ao longo do estágio. Numa dessas situações, uma pessoa apresentou náuseas intensas seguidas de vómitos durante a sessão, evidenciando hesitação em comunicar a situação devido ao constrangimento associado à exposição. De igual modo, em episódios de hipotensão intradialítica grave, podem ocorrer manifestações como descontrolo de esfíncteres, potenciando sentimentos de vergonha e vulnerabilidade. Perante estas situações, foi fundamental adotar uma abordagem discreta, empática e não julgadora, promovendo um ambiente de segurança que permitisse à pessoa expressar as suas necessidades, assegurando a sua dignidade, conforto e privacidade. Estas experiências permitiram-me compreender que a salvaguarda da privacidade em contextos assistenciais abertos exige uma intervenção deliberada, antecipatória e sensível, centrada na pessoa e nas suas necessidades físicas, emocionais e relacionais, em consonância com os princípios do cuidado centrado na pessoa (World Health Organization, 2021).

Paralelamente, assegurei o respeito pelos princípios ético-legais através da explicitação prévia dos procedimentos e da obtenção do consentimento informado, garantindo a participação ativa da pessoa no processo de decisão, particularmente em intervenções invasivas, como a punção do acesso vascular.

No que respeita à confidencialidade e segurança da informação, estas foram asseguradas através do registo em plataformas informáticas institucionais seguras, nomeadamente o *SClinic* e o *Nefrus*, garantindo a proteção e o acesso restrito aos dados. Complementarmente,

reconhecendo que o risco de exposição não se limita ao registo, mas também à comunicação verbal, adotei estratégias como a transmissão de informação em ambientes mais reservados e a adequação da comunicação à proximidade física dos postos.

Estas intervenções articulam-se com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que reconhece que, na pessoa em situação crónica, os processos de transição associados à doença e à dependência prolongada dos cuidados podem comprometer a perceção de controlo, identidade e autonomia. Neste sentido, a repetição de experiências de cuidado e a vulnerabilidade associada exigem intervenções de enfermagem intencionais, centradas na pessoa, que promovam o envolvimento ativo, a capacitação e a adaptação positiva à sua condição de saúde, reforçando a importância da comunicação terapêutica e da relação enfermeiro–pessoa na promoção da autonomia e da dignidade (Kwame & Petrucka, 2021).

Esta perspetiva encontra-se alinhada com as recomendações da RNAO, que enfatizam o cuidado centrado na pessoa e na família como um processo baseado na parceria terapêutica, na comunicação eficaz e no respeito pelas preferências, valores e necessidades individuais (RNAO, 2015).

Destaco ainda a minha participação como coautora de uma comunicação oral intitulada *“Desafios Éticos e Assistenciais no Cuidado ao Idoso: uma abordagem baseada na teoria crítica do cuidado de Falk Rafael”*, apresentada nas II Jornadas Científicas da Saúde da Lusofonia – LusoSaúde 2025 (Anexo I). Esta experiência constituiu uma oportunidade relevante de reflexão crítica sobre dilemas éticos na prática clínica, a fundamentação teórica das intervenções de enfermagem e a partilha de conhecimento em contexto científico. A participação ativa na construção e disseminação do conhecimento evidenciou o compromisso com uma prática informada na evidência e eticamente sustentada, contribuindo para o desenvolvimento de uma identidade profissional reflexiva.

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve reconhecer que a qualidade resulta de processos contínuos de avaliação, revisão das práticas, implementação de estratégias de melhoria e gestão proativa do risco, assegurando ambientes terapêuticos seguros (OE, 2019).

Em Cardiologia, a monitorização clínica permanente evidenciou a necessidade de instrumentos que suportem decisões seguras e comunicação eficaz. Em Hemodiálise, a segurança associada ao acesso vascular, ao risco de infeção e às intercorrências intradialíticas exigiu consistência na avaliação, prevenção e registo.

Neste domínio, a seleção de instrumentos válidos, fiáveis e adequados ao contexto permite reduzir variabilidade, aumentar consistência e avaliar respostas à intervenção, distinguindo uma prática especializada de uma aplicação meramente protocolar. Esta abordagem encontra suporte científico robusto, uma vez que a literatura demonstra que a avaliação sistemática e o uso de instrumentos padronizados contribuem para a deteção precoce de riscos, melhoria da segurança e produção de ganhos sensíveis aos cuidados em contextos de doença crónica (RNAO, 2015; Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

No contexto de estágio, operacionalizei este domínio através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação validados, nomeadamente na monitorização da dor e dos parâmetros hemodinâmicos, através da vigilância contínua dos mesmos, permitindo a deteção atempada de situações de instabilidade, bem como através da avaliação e monitorização do acesso vascular antes da punção, com a realização dos respetivos registos de enfermagem. Estas intervenções possibilitaram a implementação precoce de medidas adequadas, contribuindo para a prevenção de complicações e para a segurança dos cuidados.

A dimensão da melhoria contínua da qualidade foi particularmente evidenciada através da participação, em conjunto com a enfermeira supervisora clínica, numa auditoria à higiene das mãos, centrada nos cinco momentos da higienização. Os resultados demonstraram que cerca de 30% dos profissionais não cumpriam integralmente o procedimento, permitindo identificar áreas críticas de risco associadas à prevenção de infeções. Face a estes resultados, foi realizado feedback direto aos profissionais auditados, com o objetivo de promover a consciencialização e incentivar a adesão às boas práticas, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Adicionalmente, a análise de um incidente crítico presenciado em contexto de hemodiálise, relacionado com a saída accidental da agulha venosa na sequência de um episódio de agitação psicomotora, evidenciou lacunas ao nível da vigilância direcionada e da inexistência de estratégias estruturadas de prevenção. Verificou-se que a intervenção da equipa se encontrava predominantemente focada na gestão da agitação psicomotora, não contemplando de forma sistemática o risco associado à saída accidental da agulha venosa.

Perante esta situação, realizei uma análise crítica da prática, partilhando a ocorrência com a equipa e propondo a utilização de uma escala de avaliação do risco de saída accidental da agulha venosa como estratégia preventiva. Esta intervenção evidenciou uma abordagem proativa na identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de medidas orientadas para a segurança.

3.1.3. Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista é responsável por otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, supervisionar tarefas delegadas e adequar recursos e liderança ao contexto, garantindo qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2019).

A gestão dos cuidados revelou-se particularmente exigente em situações de elevada complexidade clínica, que implicaram coordenação, priorização e articulação com diferentes profissionais.

A evolução neste domínio refletiu-se numa maior capacidade de antecipação de riscos e numa articulação mais eficaz com a equipa multiprofissional e com o enfermeiro orientador em decisões complexas. Esta progressão está alinhada com a evidência que identifica o Enfermeiro Especialista como elemento-chave na coordenação de cuidados à pessoa em situação crónica, sendo a continuidade, a responsabilização profissional e a comunicação estruturada determinantes para a segurança e qualidade dos cuidados (Dubois et al., 2013; Müller et al., 2018).

No contexto de estágio, operacionalizei este domínio através da gestão e priorização de cuidados em situações de elevada complexidade clínica, nomeadamente na resposta a intercorrências intradialíticas e episódios de instabilidade hemodinâmica. Nestes contextos, procedi à vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos, identifiquei precocemente sinais de deterioração clínica e priorizei intervenções, articulando de forma atempada com a equipa de enfermagem e médica, assegurando uma resposta coordenada e segura.

A gestão da dor constituiu igualmente uma dimensão relevante na organização dos cuidados, particularmente associada à punção do acesso vascular. A utilização sistemática da escala numérica da dor permitiu uma avaliação objetiva e contínua, sustentando a tomada de decisão clínica e a priorização de intervenções, contribuindo para uma abordagem mais individualizada e centrada na pessoa (Registered Nurses' Association of Ontario, 2025).

Desenvolvi competências na organização dos cuidados ao longo do turno, nomeadamente através da gestão de prioridades assistenciais, adequação dos recursos disponíveis e articulação com o enfermeiro orientador na distribuição de cuidados, garantindo a continuidade assistencial e a resposta às necessidades das pessoas em situação crónica.

Participei na supervisão de cuidados delegados, acompanhando a execução de procedimentos e intervindo sempre que necessário para garantir a sua correta realização e a segurança da pessoa, desenvolvendo competências ao nível da supervisão clínica e da responsabilização profissional.

A capacidade de antecipação de riscos foi desenvolvida através da vigilância direcionada de pessoas com maior instabilidade clínica ou alterações comportamentais, nomeadamente em situações de agitação psicomotora, nas quais reforcei a monitorização do acesso vascular e a segurança da terapêutica. A análise de situações críticas, como episódios de saída accidental da agulha venosa, permitiu ajustar a vigilância e integrar estratégias preventivas, evidenciando uma gestão dos cuidados mais proativa e centrada no risco.

Paralelamente, sustentei a gestão dos cuidados na consulta sistemática de protocolos institucionais e evidência científica atual, particularmente na abordagem de intercorrências intradialíticas, gestão do acesso vascular e prevenção de complicações. A integração desta informação na prática clínica permitiu fundamentar a tomada de decisão, adequar intervenções ao contexto e contribuir para a uniformização de práticas, reforçando a segurança e qualidade dos cuidados (Melnik & Fineout-Overholt, 2019; World Health Organization, 2021).

Adicionalmente, articulei de forma sistemática com a enfermeira orientadora em situações de maior complexidade, refletindo sobre as decisões clínicas e ajustando as intervenções, o que contribuiu para o desenvolvimento progressivo da autonomia na tomada de decisão e na gestão integrada dos cuidados.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio, o enfermeiro especialista deve desenvolver autoconhecimento, reconhecer limites, gerir emoções e sustentar a prática clínica especializada em evidência científica, assumindo-se como agente ativo na incorporação do conhecimento na prática (OE, 2019).

A componente clínica constituiu um espaço privilegiado de desenvolvimento de autoconhecimento, permitindo identificar limitações pessoais e profissionais perante situações novas, tecnicamente exigentes e emocionalmente complexas. Destacaram-se a ansiedade inicial perante situações de instabilidade clínica, a necessidade de reforçar a autoconfiança na tomada de decisão e a reduzida experiência em contexto de hemodiálise, nomeadamente ao nível das técnicas dialíticas, gestão de equipamentos e abordagem ao acesso vascular.

Esta tomada de consciência permitiu desenvolver estratégias de aprendizagem intencionais, nomeadamente através da procura ativa de conhecimento científico, consulta de protocolos institucionais e articulação com o enfermeiro orientador, possibilitando a consolidação progressiva de competências e a transformação da insegurança inicial em prática clínica mais segura e fundamentada. A transição entre contextos reforçou que a competência especializada não se limita à execução técnica, exigindo também consistência emocional, comunicação assertiva e reflexão contínua sobre o impacto do “eu profissional” na relação terapêutica (McCormack & McCance, 2016).

No contexto de estágio, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais evidenciou-se através do reconhecimento dos meus limites e da procura ativa de apoio em situações de maior complexidade, nomeadamente na abordagem ao acesso vascular e na gestão de intercorrências intradialíticas. Desenvolvi competências de gestão emocional, evidenciadas pela capacidade de manter uma comunicação calma e clara em situações de instabilidade clínica, gerir a minha resposta emocional perante eventos inesperados e transmitir segurança

à pessoa, particularmente em momentos de maior vulnerabilidade, como na adaptação inicial ao tratamento ou perante sintomas associados à diálise.

Paralelamente, mobilizei evidência científica na tomada de decisão clínica, nomeadamente através da realização de uma revisão sistemática da literatura centrada nas intervenções farmacológicas, não farmacológicas e técnicas de canulação para a redução da dor durante a punção da FAV em pessoas em hemodiálise. Este processo permitiu desenvolver competências na análise crítica da evidência e na sua integração na prática clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A referida revisão não se encontra em apêndice porque irei submetê-la para publicação.

Este percurso de desenvolvimento pode ser compreendido à luz do modelo de aquisição de competências de Patricia Benner, que descreve a progressão do enfermeiro desde níveis iniciais de desempenho mais dependentes de regras e orientação até níveis de maior autonomia, intuição clínica e tomada de decisão contextualizada (Benner, 2001). A experiência clínica vivenciada durante o estágio permitiu uma evolução gradual neste *continuum*, traduzida numa maior capacidade de reconhecer padrões, antecipar necessidades e agir de forma mais segura e fundamentada, aproximando a prática de níveis mais avançados de competência profissional.

3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

O Regulamento n.º 429/2018 define que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica se concretizam de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, integrando descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

3.2.1. Cuida da pessoa e família/cuidador a vivenciar a doença crónica

No exercício desta competência, centrei a minha intervenção no cuidado direto, na capacitação e no apoio à adaptação da pessoa e família/cuidadores à vivência da doença crónica, assumindo uma abordagem individualizada, relacional e orientada para a promoção da autonomia e da autogestão.

3.2.1.1. Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica.

No âmbito desta unidade de competência, realizei múltiplas sessões educativas individualizadas com pessoas em situação crónica, abordando temas como a literacia em saúde, a gestão da terapêutica, o regime dietético e a vigilância de sinais de alarme em ambos os contextos de estágio. Antes de cada intervenção educativa, procedi à identificação das necessidades específicas da pessoa e, sempre que pertinente, da família/cuidadores, considerando o nível de literacia em saúde, a capacidade de compreensão, as crenças associadas à doença e o contexto familiar e social.

Durante estas sessões, utilizei de forma sistemática a técnica de *teach-back*, por reconhecer a sua relevância na validação da compreensão da informação transmitida. Esta estratégia permitiu-me adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto, identificar “mal-entendidos” e reformular a informação sempre que necessário, promovendo uma participação ativa no processo de cuidar. Considero que esta abordagem se enquadra claramente nesta unidade de competência, uma vez que me permitiu prevenir complicações, promover a estabilização clínica e favorecer a adaptação à condição crónica, através de uma comunicação eficaz e centrada na pessoa.

Durante o estágio em contexto de cardiologia, acompanhei pessoas com diagnóstico recente de insuficiência cardíaca, tendo identificado necessidades ao nível da literacia em saúde, adesão ao regime terapêutico, gestão de sintomas e adaptação psicossocial. Através da observação clínica, da análise de parâmetros como pressão arterial, peso diário e balanço hídrico, e da comunicação terapêutica, foi possível reconhecer precocemente sinais de instabilidade, como retenção hídrica e fadiga, permitindo a implementação atempada de intervenções. Paralelamente, avaliei o impacto da doença na vida da pessoa, nomeadamente ao nível das limitações na atividade física, alterações na imagem corporal e preocupações relacionadas com a sexualidade, particularmente relevantes em pessoas em idade ativa. A inclusão da família no processo de avaliação permitiu compreender o suporte disponível e as dinâmicas relacionais, fundamentais para a adesão ao regime terapêutico e para a continuidade dos cuidados. Esta abordagem integrada possibilitou não só a identificação das necessidades atuais, mas também a antecipação de potenciais complicações e dificuldades de adaptação, sustentando a planificação de cuidados individualizados e centrados na pessoa.

Numa fase inicial do estágio, investi deliberadamente no conhecimento do contexto e na construção de uma relação terapêutica com as pessoas em hemodiálise, através da observação sistemática, da escuta ativa e da presença contínua nos cuidados. Este processo permitiu-me identificar padrões recorrentes de desconforto e sofrimento associados ao tratamento, destacando-se, de forma particularmente significativa, a dor associada à punção da FAV.

A dor no momento da punção revelou-se uma preocupação transversal, frequentemente verbalizada pelas pessoas e observável através de sinais não verbais de ansiedade, tensão e antecipação negativa do procedimento. Para além da dimensão física, esta dor estava frequentemente associada a ansiedade antecipatória, interferindo com o conforto, a colaboração durante a punção e a perceção de controlo da pessoa sobre o seu próprio corpo e tratamento. Reconheci, assim, que esta problemática não se limitava a um sintoma isolado, mas constituía um fenómeno complexo, com impacto direto na experiência terapêutica e na adaptação à vivência da doença crónica.

A identificação destas necessidades tornou-se particularmente evidente em diferentes situações clínicas ao longo do estágio. Numa situação de indução dialítica, observei uma pessoa com reduzido conhecimento sobre a doença e o tratamento, bem como um familiar igualmente pouco informado e visivelmente ansioso. Perante este contexto, foi necessário adaptar a comunicação, simplificar a informação e envolver ativamente o familiar no processo educativo, promovendo maior compreensão, redução da ansiedade e facilitando a adaptação à nova condição.

Para além da transmissão de informação, procurei apoiar a pessoa no processo de aceitação da doença crónica, reconhecendo este momento como uma fase crítica de transição, marcada por incerteza, perda de controlo e necessidade de reorganização da vida quotidiana. Através da escuta ativa, da validação emocional e do incentivo à participação no processo de cuidados, promovi o desenvolvimento de competências de autogestão e a perceção de controlo sobre a doença, facilitando uma adaptação mais positiva à nova condição de saúde.

Esta intervenção encontra-se alinhada com as recomendações da RNAO, que realçam o envolvimento da família como parceira no processo de cuidados (RNAO, 2015), bem como com as orientações mais recentes que destacam a importância do suporte à autogestão e da capacitação da pessoa em processos de transição, enquanto estratégias fundamentais para a adaptação à doença crónica e melhoria dos resultados em saúde (RNAO, 2023). A vivência da doença crónica e os momentos de transição no percurso de cuidados constituem períodos de elevada vulnerabilidade, frequentemente associados a ansiedade, incerteza e necessidade acrescida de suporte, tanto para a pessoa como para a família, reforçando a importância de intervenções educativas, relacionais e de suporte estruturado neste processo (Meleis, 2010).

De igual modo, ao longo do estágio, em várias situações de primeira punção da FAV, identifiquei sinais de ansiedade e medo associados ao procedimento. Neste contexto, procurei antecipar o desconforto através da explicação prévia e detalhada da punção, da clarificação de dúvidas e da preparação da pessoa para o procedimento. Ao nível do conforto

físico, recorri a estratégias não farmacológicas, nomeadamente orientação para técnicas de relaxamento e controlo respiratório durante a punção. Ao nível do conforto emocional, privilegiei a presença terapêutica, a escuta ativa, o reforço positivo e a promoção de um ambiente de confiança, procurando reduzir a ansiedade associada à antecipação da dor. Estas intervenções contribuíram para uma maior aceitação do tratamento e colaboração durante o mesmo. Esta intervenção pode ser compreendida à luz da teoria do conforto de Katharine Kolcaba, ao considerar o conforto como um resultado essencial dos cuidados de enfermagem, integrando as dimensões física e emocional na experiência da pessoa. A evidência científica demonstra que intervenções não farmacológicas, como técnicas de relaxamento, distração e apoio emocional, podem contribuir para a redução da dor e do desconforto em pessoas submetidas a hemodiálise (Kassim et al., 2023), sendo também recomendadas pelas orientações da RNAO para a avaliação e gestão da dor (Registered Nurses' Association of Ontario, 2025).

Outra situação relevante ocorreu na transição da pessoa do contexto hospitalar para um centro de hemodiálise periférico, caracterizada por insegurança, ansiedade e necessidade de reorganização da rotina diária. Neste contexto, identifiquei necessidades relacionadas com a adaptação a um novo ambiente, à reorganização dos horários e à gestão do regime terapêutico fora do contexto hospitalar.

Perante esta situação, procurei reforçar as sessões educativas previamente realizadas, clarificar dúvidas e fornecer informação estruturada sobre o funcionamento do novo contexto de cuidados, incluindo horários, organização das sessões e acessibilidade aos profissionais de saúde. Para esse efeito, estabeleci contacto com o centro de hemodiálise de destino, de forma a obter informação específica e atualizada, permitindo transmitir orientações mais concretas e adequadas à realidade que a pessoa iria encontrar.

Promovi ainda a expressão de preocupações e expectativas, através da escuta ativa e do diálogo, apoiando a pessoa no processo de adaptação e na construção de estratégias para integrar o tratamento na sua rotina diária.

Estas intervenções visaram promover a continuidade dos cuidados e a capacitação da pessoa para a gestão do seu tratamento num novo contexto, reduzindo a incerteza e aumentando a perceção de controlo sobre a situação vivida.

Avaliei sistematicamente os resultados das intervenções de enfermagem com base em indicadores sensíveis aos cuidados, nomeadamente a compreensão da informação, a capacidade de aplicação prática dos conhecimentos e o grau de autonomia na gestão da doença, integrando estes dados no processo de tomada de decisão clínica. Esta avaliação foi sustentada numa abordagem estruturada, que combinou a observação clínica sistematizada, o feedback da pessoa e família e a análise crítica da integração das orientações no quotidiano.

Neste âmbito, recorri à monitorização de indicadores comportamentais e funcionais, como a capacidade da pessoa para descrever, demonstrar e adaptar os cuidados recomendados, permitindo não só avaliar a eficácia das intervenções, mas também identificar precocemente necessidades de reajuste do plano de cuidados. Esta prática, orientada para os resultados e centrada na pessoa, reflete uma atuação diferenciada, assente no julgamento clínico e na promoção da autonomia, segurança e qualidade dos cuidados.

A interpretação crítica destes dados permitiu ajustar as intervenções de forma individualizada, evidenciado pela adaptação da linguagem, dos conteúdos e das estratégias educativas ao nível de literacia em saúde, bem como pela consideração das preferências e contexto de vida da pessoa. Verificou-se uma melhoria progressiva na compreensão da informação, traduzida na evolução da capacidade de reformulação dos conteúdos, passando de respostas parciais para explicações completas e corretas ao longo das intervenções. Observou-se ainda um aumento da participação da pessoa nos cuidados, expresso através da sua maior iniciativa na tomada

de decisões, colocação de questões pertinentes e envolvimento ativo no processo terapêutico. Destaca-se, igualmente, a capacidade adquirida para identificar sinais de alarme e verbalizar as ações a adotar.

Esta situação pode ser compreendida à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, ao corresponder a uma transição situacional e organizacional, na qual a pessoa experienciou um período de instabilidade e necessidade de adaptação. A intervenção do enfermeiro, centrada na informação, suporte emocional e capacitação, constitui um fator facilitador da transição, promovendo uma adaptação saudável e a integração da nova condição no quotidiano. Esta abordagem encontra-se alinhada com as recomendações da RNAO, que destacam a importância da continuidade de cuidados, da comunicação eficaz e do envolvimento ativo da pessoa no processo de transição, como estratégias fundamentais para promover a segurança, a adaptação e a qualidade dos cuidados (RNAO, 2023).

3.2.1.2. Promove intervenções especializadas junto da pessoa, família/cuidador, facilitando o processo de transição saúde-doença

As sessões educativas que desenvolvi tiveram como objetivo não apenas informar, mas capacitar efetivamente a pessoa e a família/cuidadores para a gestão da doença crónica no quotidiano. Ao trabalhar a gestão da terapêutica, o cumprimento do regime dietético e a identificação de sinais de alarme, procurei facilitar o processo de transição saúde–doença, reconhecendo a gestão da doença crónica como um fator de stress e uma exigência constante de adaptação.

Perante a necessidade identificada, considerei essencial intervir de forma estruturada e fundamentada, procurando não apenas aliviar a dor no momento da punção, também facilitar o processo de adaptação da pessoa à vivência repetida do tratamento dialítico. Neste sentido, realizei uma revisão rápida da literatura, com o objetivo de identificar intervenções eficazes, seguras e exequíveis no contexto clínico para o alívio da dor associada à punção da FAV. A

evidência analisada demonstra que a dor associada à punção da FAV permanece um problema frequente e relevante na pessoa em hemodiálise, com impacto na experiência terapêutica, adesão ao tratamento e preservação do acesso vascular. As intervenções não farmacológicas, como a acupressão, aromaterapia e estratégias de distração, evidenciam eficácia consistente na redução da dor (Dehghan et al., 2023; Dinis & Sousa, 2023; Izadi et al., 2023; Çevik et al., 2024; Aghamohammadi et al., 2025). No que respeita às intervenções farmacológicas, os anestésicos tópicos apresentam maior robustez científica (Mirzaei et al., 2018; Santos, 2020). Para além das intervenções analgésicas, a técnica de canulação e os dispositivos utilizados assumem um papel determinante, influenciando não só a intensidade da dor, mas também as complicações e a durabilidade do acesso vascular. A evidência reforça a necessidade de uma abordagem multimodal, individualizada e baseada na evidência na gestão da dor durante a punção da FAV, integrando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, bem como a otimização das técnicas de canulação (Pinto et al., 2023) Este processo permitiu-me mobilizar conhecimento científico atualizado e sustentar a tomada de decisão clínica, evitando abordagens baseadas exclusivamente na rotina ou na experiência empírica.

Com base na evidência identificada, selecionei e implementei diferentes estratégias, nomeadamente o uso de anestésicos tópicos, técnicas de acupressão, aromaterapia e estratégias de distração. A aplicação destas intervenções foi sempre realizada de forma individualizada, respeitando as preferências da pessoa, as suas experiências prévias, o grau de ansiedade e a resposta observada a cada técnica. Esta personalização revelou-se fundamental para promover a adesão, o conforto e a perceção de eficácia das intervenções.

Paralelamente, a seleção da técnica de punção da FAV constituiu uma intervenção de enfermagem especializada relevante neste contexto. A decisão sobre a técnica a utilizar foi realizada de forma pessoalizada, tendo em consideração características do acesso vascular, como a sua maturação, localização e integridade, bem como fatores relacionados com a pessoa, nomeadamente o nível de ansiedade, tolerância à dor e experiências prévias. Esta tomada de decisão exigiu a mobilização de conhecimento científico e julgamento clínico, com o objetivo de garantir uma punção segura, eficaz e com menor impacto no conforto da pessoa.

A evidência científica reforça que a escolha adequada da técnica de canulação influencia a perceção de dor, a ocorrência de complicações e a durabilidade do acesso vascular, devendo ser sustentada em modelos de decisão estruturados e centrados na pessoa (Peralta et al., 2021; Pinto et al., 2023).

Ao envolver a pessoa na escolha das estratégias e ao reforçar o seu papel ativo na preparação para a punção, procurei promover o autocontrolo, a autonomia e a participação no processo de cuidar, elementos centrais na facilitação da transição e adaptação à doença crónica. Considero que estas intervenções se enquadram plenamente nesta unidade de competência, ao contribuírem para a capacitação da pessoa e para a melhoria da sua experiência terapêutica. Neste âmbito, desenvolvi também intervenções educativas dirigidas ao autocuidado do acesso vascular, recorrendo a um folheto informativo existente na instituição, como suporte à transmissão de informação e reforço dos ensinios realizados.

A utilização deste recurso permitiu envolver a pessoa no processo educativo, promovendo o conhecimento sobre os cuidados a ter com a FAV, nomeadamente a vigilância do funcionamento, a identificação de sinais de alerta e a adoção de comportamentos preventivos. Verifiquei, no entanto, diferentes níveis de envolvimento por parte das pessoas: algumas, com maior tempo em programa de hemodiálise, demonstraram menor interesse, referindo já possuir conhecimento sobre os cuidados necessários; por outro lado, pessoas em fases iniciais do tratamento ou com maiores dificuldades de compreensão evidenciaram maior interesse e necessidade de esclarecimento, valorizando a informação transmitida e reconhecendo a importância do seu papel na gestão e preservação do acesso vascular.

Estas intervenções contribuíram para reforçar a capacitação da pessoa, promovendo a sua participação ativa nos cuidados e a responsabilização pelo autocuidado, aspetos fundamentais na adaptação à doença crónica e na prevenção de complicações associadas ao acesso vascular.

No âmbito da promoção de intervenções especializadas, desenvolvi cuidados orientados para a facilitação do processo de transição saúde-doença, com enfoque na capacitação da pessoa e família para a gestão da insuficiência cardíaca. As intervenções foram centradas na promoção da literacia em saúde, recorrendo a estratégias estruturadas como a técnica de *teach-back*, que permitiu validar a compreensão da informação relativa à patologia, regime terapêutico e identificação de sinais de alerta. Foram implementadas ações educativas individualizadas sobre a gestão do regime medicamentoso, incluindo a explicação da função, posologia e efeitos adversos dos fármacos, bem como a sua relação com o controlo sintomático e prevenção de agudizações. Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções ao nível da autogestão do regime dietético e hídrico, com especial enfoque na restrição de sódio e controlo da ingestão de líquidos, promovendo a prevenção da sobrecarga hídrica. No domínio do exercício físico, foi incentivada a prática de atividade adaptada à condição clínica, com integração em programas de reabilitação cardíaca, favorecendo a recuperação funcional e a autonomia.

Nos dois contextos de estágio, as intervenções foram orientadas para a promoção do autocuidado, da adesão terapêutica e da participação ativa da pessoa no planeamento dos cuidados, respeitando as suas crenças, valores e nível de literacia em saúde. nomeadamente através da adaptação da comunicação às características individuais da pessoa. Em situações distintas, como no acompanhamento de uma pessoa analfabeta, utilizei linguagem simples, explicações verbais claras, repetição da informação e exemplos práticos do quotidiano, evitando terminologia técnica. Por outro lado, perante uma pessoa com nível de educação superior, utilizei uma comunicação mais detalhada e técnica, promovendo o esclarecimento aprofundado de dúvidas e a participação ativa na tomada de decisão. Em ambos os casos, validei a compreensão da informação através da técnica de *teach-back* e da capacidade demonstrada pela pessoa em reformular e aplicar as orientações no contexto do tratamento. Estas estratégias permitiram adequar a intervenção ao nível de literacia em saúde promovendo uma comunicação eficaz e centrada na pessoa, de acordo com princípios de educação do adulto e adequação à literacia em saúde (Ha Dinh et al., 2016; RNAO, 2016).

Esta abordagem encontra sustentação na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que enfatiza a importância do acompanhamento intencional das transições, através da identificação de vulnerabilidades, promoção de respostas adaptativas e prevenção de resultados adversos.

A reflexão crítica permitiu compreender que a eficácia das intervenções especializadas depende da sua adequação às características individuais da pessoa, da definição de objetivos realistas e da avaliação contínua das respostas ao cuidado. A integração de estratégias educativas, suporte emocional e intervenções não farmacológicas revelou-se determinante para melhorar a experiência terapêutica e reduzir o desconforto associado ao tratamento. A evidência científica aponta que intervenções centradas na pessoa, que integrem estratégias educativas, suporte emocional e medidas não farmacológicas, contribuem para a melhoria da experiência terapêutica, redução do sofrimento e aumento da qualidade de vida, particularmente em contextos de tratamentos repetitivos como a hemodiálise (Peralta et al., 2021; Kassim et al., 2023; KDIGO, 2024).

3.2.1.3. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados

O desenvolvimento desta unidade de competência implicou a liderança clínica na prevenção e controlo da infeção, reconhecida como uma dimensão crítica da segurança dos cuidados, sobretudo em contextos de elevada complexidade clínica e tecnológica. A presença de acessos vasculares, dispositivos invasivos e a realização de procedimentos frequentes exigem do Enfermeiro Especialista uma atuação rigorosa, baseada na evidência e nos normativos institucionais e nacionais.

Ao longo do estágio, a intervenção neste domínio foi sustentada na aplicação consistente de princípios de assepsia, vigilância ativa de sinais de infeção e promoção de práticas seguras junto da equipa e da pessoa cuidada. Participei também em processos de auditoria à higienização das mãos, previamente descritos, que permitiram identificar oportunidades de

melhoria e reforçar a adesão às boas práticas, reconhecendo esta medida como uma das mais eficazes na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A prevenção da infeção do acesso vascular assumiu-se como uma área central de intervenção. Reconheci que a infeção do acesso pode comprometer a sua viabilidade, conduzindo à sua perda e implicando a necessidade de colocação de um cateter venoso central e, posteriormente, a construção de um novo acesso vascular. Estas situações representam não só um aumento do risco clínico, mas também um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, pela exposição a novos procedimentos invasivos, dor, prolongamento do tratamento e aumento da dependência dos cuidados de saúde.

Neste contexto, desenvolvi intervenções dirigidas à prevenção da infeção, nomeadamente através do reforço da importância da higienização do membro com FAV antes da entrada na sala de hemodiálise, da vigilância de sinais inflamatórios no local de punção e da promoção de comportamentos seguros no autocuidado do acesso vascular. Paralelamente, garanti o cumprimento rigoroso das normas de assepsia durante a punção e manipulação do acesso, bem como a sensibilização da pessoa para a identificação precoce de sinais de infeção.

As recomendações da KDIGO (2024), reforçam a importância da prevenção de infeções do acesso vascular como estratégia fundamental para a sua preservação, redução de complicações e melhoria dos resultados em saúde na pessoa com DRC em hemodiálise.

A reflexão crítica evidenciou que o controlo da infeção ultrapassa a execução técnica, implicando capacidade de antecipação, deteção precoce de desvios e comunicação eficaz no seio da equipa multidisciplinar.

Esta atuação encontra-se em consonância com o Regulamento n.º 429/2018, que atribui ao enfermeiro especialista a responsabilidade de liderar intervenções especializadas de prevenção e controlo da infeção, contribuindo para a redução de eventos adversos e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

3.2.1.4. Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores

A avaliação sistemática das intervenções implementadas constituiu um elemento central do meu percurso, permitindo-me monitorizar a sua eficácia e ajustar o plano de cuidados de forma contínua. Ao longo do tempo, foi possível observar resultados positivos e progressivos, nomeadamente a redução da intensidade da dor durante a punção da FAV, a diminuição da ansiedade antecipatória e o aumento da autonomia da pessoa na preparação para o procedimento.

Estes resultados foram avaliados através da observação direta, da verbalização das pessoas e da comparação das respostas ao longo das sessões de hemodiálise. Os ganhos observados traduzem-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que refletem alterações significativas em dimensões diretamente influenciadas pela intervenção do enfermeiro, como o conforto, o bem-estar emocional e a participação ativa no cuidado.

Durante o estágio em contexto de cardiologia, avaliei a eficácia das intervenções através da análise da evolução clínica, nomeadamente dos parâmetros hemodinâmicos, como a pressão arterial, o peso corporal e o balanço hídrico, bem como da ausência de sinais de congestão. Paralelamente, foi considerada a dimensão comportamental, através da observação da capacidade da pessoa para integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos, evidenciada pela adesão ao regime terapêutico, cumprimento das recomendações dietéticas e hídricas e gestão adequada da atividade física.

A avaliação integrou ainda o feedback da pessoa e família, permitindo compreender o grau de confiança, segurança e autonomia na gestão da doença, bem como identificar dificuldades persistentes ou necessidades emergentes.

A monitorização destes indicadores permitiu-me reforçar a importância de intervenções combinadas, adaptadas às preferências da pessoa e sustentadas na evidência científica, evidenciando o impacto real da intervenção especializada na vivência da doença crónica.

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

O Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros define que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve maximizar o ambiente terapêutico, assegurando a gestão do risco, a segurança e a qualidade dos cuidados, em articulação com a pessoa e a família/cuidador, nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Esta competência assume particular relevância na vivência da doença crónica, caracterizada por processos prolongados, tratamentos repetitivos e elevada vulnerabilidade clínica e emocional.

Ao longo do percurso formativo, nos contextos de Cardiologia e Hemodiálise, procurei intervir de forma intencional sobre o ambiente terapêutico, considerando as suas dimensões física, relacional e organizacional.

Durante o estágio em contexto de cardiologia, atuei na organização de um ambiente de cuidados que favorecesse a estabilidade clínica e a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente através do controlo rigoroso do balanço hídrico, monitorização diária do peso e vigilância de sinais precoces de congestão, como edema e dispneia. Paralelamente, promovi a segurança na gestão do regime terapêutico, reforçando junto da pessoa a importância da restrição hídrica, da redução do consumo de sódio e da utilização adequada da terapêutica

farmacológica, prevenindo riscos associados à não adesão ou uso incorreto de medicamentos e suplementos.

No contexto da hemodiálise, promovi um ambiente físico seguro e organizado, assegurando a preparação adequada do posto de diálise, a verificação dos equipamentos e a organização do material necessário antes do início do procedimento. Esta antecipação permitiu reduzir interrupções durante os cuidados e aumentar a segurança da pessoa, particularmente em situações de maior instabilidade clínica.

Ao nível relacional, privilegiei a construção de uma relação terapêutica baseada na presença, escuta ativa e comunicação clara. Em várias situações, nomeadamente em pessoas mais ansiosas perante a punção ou no início do tratamento dialítico, procurei estabelecer contacto prévio antes do procedimento, explicar cada etapa e validar sentimentos, contribuindo para a redução da ansiedade e promoção de um ambiente de confiança.

A maximização do ambiente terapêutico implicou também o reconhecimento das diferentes fases de adaptação à doença crónica e ao tratamento dialítico, caracterizadas por momentos de negação, revolta e progressiva aceitação, num processo dinâmico e não linear de ajustamento à nova condição de saúde (Meleis, 2010; KDIGO, 2024). Ao longo do estágio, fui desenvolvendo a capacidade de identificar estas fases na pessoa, compreendendo que influenciam diretamente a adesão ao tratamento e a forma como a pessoa vivencia o processo de doença. Esta consciência foi facilitada pela integração numa equipa experiente, que ajustava a abordagem de forma individualizada, respeitando o momento vivido por cada pessoa.

Um exemplo significativo ocorreu numa situação de sobrecarga hídrica recorrente, em que a pessoa apresentava dificuldade em cumprir as restrições hídricas e alimentares, evidenciando um discurso de minimização da gravidade da situação. A pessoa era acompanhada de forma consistente por um familiar, ambos com baixo nível de literacia em saúde, o que condicionava

a compreensão das orientações fornecidas pela equipa. Perante este contexto, e com o consentimento da pessoa, estabeleci contacto com o familiar com o objetivo de compreender os fatores que poderiam estar a contribuir para a recorrente sobrecarga hídrica. Apesar das orientações frequentes da equipa no sentido de reduzir a ingestão de água, através da exploração da situação, verifiquei que a pessoa interpretava essa recomendação de forma literal, referindo não ingerir grandes quantidades de água. No entanto, consumia regularmente outros alimentos com elevado teor hídrico, como leite, iogurtes líquidos e sopa, não reconhecendo o seu contributo para o balanço hídrico.

Face às necessidades identificadas, procurei envolver simultaneamente a pessoa e o familiar no processo educativo, promovendo um espaço de diálogo e esclarecimento. A intervenção incluiu a explicação do conceito de ingestão hídrica total, a identificação de alimentos com elevado teor de água e a negociação de estratégias práticas e adaptadas ao quotidiano da pessoa, com definição de objetivos realistas e progressivos. Paralelamente, articulei com a equipa de nutrição, com o objetivo de promover uma abordagem mais integrada e especializada, assegurando a adequação das orientações às necessidades da pessoa e reforçando a consistência da informação transmitida. Esta articulação revelou-se fundamental para clarificar dúvidas específicas e promover maior segurança na gestão do regime alimentar no domicílio.

Adicionalmente, numa pessoa com DRC em programa de hemodiálise, com cateter venoso central e com FAV previamente construída, identifiquei a recusa na utilização do acesso definitivo. Inicialmente, a equipa referia que esta recusa estaria associada ao medo da dor durante a punção. Perante esta situação, procurei explorar a perceção da pessoa de forma progressiva, através de várias interações, criando um ambiente de confiança que facilitasse a expressão das suas preocupações. Para além do receio da dor, a pessoa acabou por verbalizar preocupação com a imagem corporal, referindo medo de desenvolver uma fístula aneurismática, como observava noutras pessoas, o que condicionava a sua autoestima e atividades do quotidiano, nomeadamente o uso de roupa de manga curta e a frequência de espaços públicos, como a praia.

Face às necessidades identificadas, procurei esclarecer a pessoa relativamente às diferentes estratégias de controlo da dor na punção, bem como desmistificar o assunto das fistulas arteriovenosas aneurismáticas, explicando que as alterações visíveis dependem de múltiplos fatores, incluindo a técnica de punção e as características do próprio acesso. Paralelamente, articulei com o enfermeiro orientador e a equipa, que, enquanto elemento perito, delineou um plano de punção individualizado, adequado às características do acesso e às necessidades da pessoa. Esta abordagem permitiu promover maior segurança e confiança, tendo a pessoa aceite iniciar a utilização da FAV. Como resultado, foi possível proceder à remoção do cateter venoso central duas semanas mais tarde, reduzindo o risco de infeção e melhorando a qualidade dos cuidados.

Ao nível organizacional, articulei de forma contínua com o enfermeiro orientador e restante equipa na gestão dos cuidados, garantindo a continuidade assistencial e a adequação das intervenções às necessidades da pessoa. Em situações de maior complexidade, como intercorrências intradialíticas, esta articulação revelou-se essencial para uma resposta coordenada e segura. Esta abordagem pode ser compreendida à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, que enfatiza que as transições associadas à doença crónica constituem períodos de vulnerabilidade, exigindo intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção de respostas adaptativas e a prevenção de resultados negativos. Neste sentido, a identificação da fase de adaptação da pessoa e a adequação das intervenções ao seu estado emocional e nível de aceitação constituem fatores facilitadores da transição (Meleis, 2010).

Paralelamente, as recomendações da RNAO reforçam a importância da criação de ambientes terapêuticos seguros e de suporte, bem como do envolvimento ativo da pessoa e da família nos processos de transição, promovendo a capacitação, a continuidade dos cuidados e a adaptação à doença crónica (RNAO, 2023). Adicionalmente, as orientações da KDIGO (2024) destacam a necessidade de intervenções centradas na pessoa na gestão da DRC, valorizando a educação, o suporte emocional e a promoção da adesão terapêutica como elementos essenciais para a melhoria dos resultados em saúde.

A reflexão sobre a prática permitiu compreender que o ambiente terapêutico não depende apenas das condições físicas, mas sobretudo da forma como o enfermeiro organiza os cuidados, comunica e se relaciona com a pessoa e a família. Pequenas intervenções, como a antecipação dos cuidados, a escuta ativa e a adaptação da comunicação, demonstraram ter um impacto significativo na perceção de segurança, conforto e confiança da pessoa, contribuindo para uma experiência terapêutica mais positiva e para uma melhor adaptação à doença crónica.

3.2.2.1. Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica

A gestão dos processos terapêuticos implicou a capacidade de integrar conhecimento clínico, tecnológico e relacional, de forma a responder às necessidades decorrentes da transição saúde-doença e da adaptação à condição crónica. Nos dois contextos de estágio, esta gestão traduziu-se numa vigilância contínua dos sinais e sintomas, na antecipação de complicações e na dinamização de planos de intervenção ajustados à situação clínica e ao momento de transição vivido pela pessoa.

Particpei ativamente no planeamento do regresso a casa, reconhecendo este momento como crítico na trajetória da pessoa em situação crónica. Esta participação incluiu a avaliação da adesão ao regime terapêutico ao longo do internamento, a identificação de necessidades para o domicílio e a preparação da pessoa e da família para a continuidade dos cuidados após a alta. Considerei essencial que este processo fosse desenvolvido de forma antecipada e articulada, de modo a garantir a manutenção da estabilidade clínica e a prevenir descompensações evitáveis.

Neste âmbito, desenvolvi ainda uma ação formativa dirigida à equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia sobre ventilação não invasiva (Apêndice I), com o objetivo de reforçar competências técnicas e clínicas associadas a uma intervenção terapêutica complexa e

potencialmente geradora de risco. Esta formação abordou os princípios fundamentais da ventilação não invasiva (VNI), o mecanismo de ação, as suas principais indicações. Foram também abordados os diferentes tipos de interfaces, a montagem do circuito e os principais parâmetros ventilatórios. Esta formação permitiu consolidar conhecimentos técnicos e clínicos relevantes para a prática especializada, reforçando a capacidade de monitorização, vigilância e intervenção do enfermeiro em situações de compromisso respiratório, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Estas atividades enquadram-se nesta unidade de competência por contribuírem para a otimização dos processos terapêuticos e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crónica.

A intervenção na dor associada à punção da FAV enquadra-se diretamente na gestão dos processos terapêuticos, nomeadamente no controlo de sinais e sintomas decorrentes da doença crónica e do tratamento. A utilização articulada de estratégias farmacológicas e não farmacológicas permitiu uma gestão mais eficaz da dor, contribuindo para uma experiência terapêutica mais positiva e previsível.

Ao integrar estas estratégias na prática clínica diária, procurei transformar a punção da FAV de um momento percecionado como inevitavelmente doloroso num procedimento mais controlado, seguro e centrado na pessoa. Esta abordagem contribuiu para a melhoria do conforto, da confiança no processo terapêutico e da qualidade global dos cuidados prestados.

3.2.2.2. Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados aos processos terapêuticos

Em ambos os contextos de estágio, a complexidade dos cuidados exigiu uma atenção constante ao ambiente físico, à organização dos cuidados e às práticas da equipa, reconhecendo que pequenas falhas podem ter impacto significativo na segurança da pessoa.

Neste sentido, no âmbito da preparação para a transição e da gestão da terapêutica no domicílio, elaborei orientações escritas dirigidas à pessoa e família/cuidadores, complementando a educação verbal e promovendo maior segurança na gestão da terapêutica e dos cuidados no domicílio. Considerei igualmente fundamental o envolvimento ativo da família/cuidadores, enquanto recurso estruturante na prevenção de eventos adversos e no apoio à continuidade do cuidado.

Estas intervenções permitiram-me atuar de forma preventiva sobre o risco clínico e não clínico associado à transição de cuidados, mitigando potenciais falhas de comunicação e dificuldades de adaptação ao contexto domiciliário.

3.2.2.3. Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, fomentando a cultura de segurança

Nos contextos de estágio, foi possível reconhecer que a segurança dos cuidados depende da articulação entre fatores individuais, organizacionais e sistémicos. A monitorização de eventos adversos, a análise dos fatores desencadeantes e a implementação de medidas corretivas revelaram-se fundamentais para a redução do risco e para a promoção de práticas seguras.

Sempre que possível, procurei assegurar a articulação com os cuidados de saúde primários, reconhecendo a importância da continuidade assistencial e do acompanhamento no território na prevenção de reinternamentos e na deteção precoce de complicações. Paralelamente, realizei registos sistemáticos sobre o processo de transição, garantindo a rastreabilidade da informação e a continuidade dos cuidados entre contextos.

Os momentos de formação e partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem, bem como a reflexão crítica em reuniões clínicas, contribuíram para a promoção de uma cultura de segurança e aprendizagem contínua. Estes momentos permitiram reforçar a comunicação pedagógica, a partilha de saberes e a validação dos indicadores definidos para este eixo, enquadrando-se de forma clara nesta unidade de competência.

Com o objetivo de ampliar o impacto das intervenções desenvolvidas e garantir a sua sustentabilidade no contexto clínico, realizei uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem do serviço de Hemodiálise sobre estratégias de alívio da dor associada à punção da FAV (Apêndice II). Esta formação foi baseada na evidência científica identificada e na experiência adquirida ao longo do estágio, procurando sensibilizar a equipa para a relevância da dor como foco de atenção prioritário e promover a uniformização de práticas. A formação abordou a definição de dor, destacando o seu carácter multidimensional e subjetivo, bem como o impacto significativo na qualidade de vida, autonomia e bem-estar da pessoa. Foi enfatizada a relevância da dor associada à punção da FAV, considerando a frequência e repetição deste procedimento em contexto de hemodiálise, bem como a necessidade da sua avaliação sistemática enquanto quinto sinal vital, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde (2003). Foram discutidos instrumentos de avaliação da dor e a importância da sua aplicação consistente e padronizada. Integrou ainda a análise de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, incluindo o uso de anestésicos tópicos, técnicas de distração, aplicação de frio e abordagens complementares como a acupressão e aromaterapia. Destacou-se, igualmente, a importância da melhoria dos registos de enfermagem, tendo sido identificadas lacunas na documentação da dor associada à punção e das intervenções implementadas.

Esta formação contribuiu para o desenvolvimento de competências na avaliação sistemática da dor, na seleção de intervenções informadas na evidência e na promoção do conforto da pessoa em hemodiálise, reforçando a importância de uma abordagem intencional e centrada na pessoa na gestão da dor.

A partilha de conhecimento e a reflexão conjunta contribuíram para o reforço da cultura de segurança, para a valorização da prática baseada na evidência e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esta intervenção permitiu-me assumir um papel ativo na dinamização da equipa e na promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico.

3.3. Competências de Mestre

De acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, o grau de mestre, é conferido a quem demonstre um conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e competências que ultrapassem a aplicação técnica do saber, traduzindo-se numa prática autónoma, reflexiva, crítica e eticamente responsável.

No âmbito do presente relatório, a análise do percurso formativo desenvolvido nos contextos de Cardiologia e Hemodiálise permite evidenciar a aquisição e consolidação das competências de mestre, expressas na mobilização avançada do conhecimento, na tomada de decisão em contextos complexos e na produção e comunicação de conhecimento sustentado em evidência científica.

3.3.1. Conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados e sustentados

Ao longo do percurso formativo, foi possível aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, integrando-os numa perspetiva avançada e especializada da prática de enfermagem à pessoa em situação crónica. Este aprofundamento traduziu-se na capacidade

de compreender fenómenos complexos associados à doença crónica, à multimorbilidade, aos processos de transição saúde-doença e às respostas humanas à terapêutica, sustentando uma prática clínica fundamentada em modelos teóricos de enfermagem e evidência científica atual.

A realização de uma revisão da literatura, bem como a mobilização sistemática de *guidelines* e documentos normativos nacionais e internacionais, permitiu não apenas consolidar conhecimento existente, mas também desenvolver capacidade crítica para interpretar, comparar e aplicar a evidência em contextos reais de cuidados. Esta competência evidencia-se na articulação entre teoria, investigação e prática clínica, constituindo base para aplicações originais no contexto da prestação de cuidados especializados.

3.3.2. Aplicação de conhecimentos em situações novas, não familiares e multidisciplinares

A prática clínica desenvolvida em contextos diferenciados exigiu a aplicação de conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas, não familiares e frequentemente imprevisíveis. A diversidade de contextos implicou adaptação contínua a equipas multidisciplinares, tecnologias distintas e níveis variáveis de complexidade clínica, reforçando a capacidade de atuar de forma autónoma e fundamentada.

A tomada de decisão em situações de instabilidade clínica, gestão de sintomas complexos e prevenção de eventos adversos demonstrou a capacidade de integrar conhecimento científico, experiência clínica e julgamento profissional em tempo útil, mesmo perante informação limitada ou incompleta.

3.3.3. Integração de conhecimentos, juízo crítico e responsabilidade ética e social

O desenvolvimento das competências de mestre evidenciou-se de forma particular na capacidade de integrar conhecimentos provenientes de diferentes áreas, clínica, ética, organizacional e científica, para formular juízos clínicos complexos e fundamentados. A reflexão crítica sobre as intervenções implementadas permitiu reconhecer limites, ponderar riscos e benefícios e assumir decisões com impacto direto na segurança, qualidade e dignidade dos cuidados prestados.

A prática desenvolvida foi continuamente orientada por princípios éticos e deontológicos, integrando reflexões sobre as implicações sociais das decisões clínicas, nomeadamente no respeito pela autonomia da pessoa, pelo envolvimento da família/cuidador e pela equidade no acesso a cuidados de qualidade.

3.3.4. Comunicação clara e fundamentada com especialistas e não especialistas

Ao longo do percurso formativo, foi desenvolvida a capacidade de comunicar de forma clara, estruturada e fundamentada, quer com profissionais de saúde, quer com a pessoa e a família/cuidador. A comunicação em contexto clínico, formativo e académico exigiu adequação da linguagem ao interlocutor, clareza na transmissão de informação e sustentação científica das decisões e intervenções.

A elaboração do presente relatório, bem como a participação em momentos de discussão clínica e formativa, evidencia a capacidade de sistematizar conhecimento, justificar opções e apresentar conclusões de forma compreensível e sem ambiguidades.

3.3.5. Aprendizagem ao longo da vida e autonomia no desenvolvimento profissional

A capacidade de aprendizagem ao longo da vida constituiu um eixo transversal do percurso desenvolvido, traduzindo-se na procura ativa de conhecimento, na identificação de necessidades formativas e na mobilização autónoma da evidência científica para suporte da prática clínica. Destaco a elaboração de um estudo de caso aprofundado (Apêndice III), acompanhado de uma reflexão crítica estruturada (Apêndice IV), centrada na gestão da dor associada à punção da FAV na pessoa com DRC em programa regular de hemodiálise.

Esta problemática, frequentemente desvalorizada pela sua recorrência técnica, revelou-se particularmente relevante pela sua influência na experiência subjetiva da pessoa, na adesão ao tratamento e na perceção de qualidade dos cuidados. O desenvolvimento deste trabalho permitiu mobilizar evidência científica atual, referenciais teóricos e competências de raciocínio clínico avançado, sustentando uma abordagem sistemática, individualizada e eticamente fundamentada à tomada de decisão.

A análise das intervenções implementadas integrou a avaliação sistemática da dor enquanto fenómeno multidimensional, a seleção criteriosa de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, a preparação antecipatória da pessoa, a promoção de técnicas de relaxamento e distração, bem como o reforço da comunicação terapêutica como instrumento estruturante do cuidado. Esta reflexão possibilitou explicitar os fundamentos técnicos, científicos e relacionais subjacentes às decisões assumidas, enquanto permitiu identificar limitações, constrangimentos organizacionais e oportunidades de melhoria, designadamente ao nível da uniformização de práticas, da valorização da narrativa da pessoa e da incorporação sistemática de intervenções baseadas na evidência. A utilização de uma análise estruturada das forças, fragilidades, oportunidades e ameaças associadas à intervenção constituiu um exercício intencional de autorregulação profissional, evidenciando uma postura crítica, reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, consonante com o exercício especializado e com o desenvolvimento de competências de mestre,

particularmente nos domínios da governação clínica, da liderança na prática baseada na evidência e da promoção de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Paralelamente, a participação em atividades formativas, momentos de partilha interdisciplinar e ações educativas dirigidas à pessoa e família/cuidador contribuiu para consolidar competências de comunicação terapêutica, adaptação à literacia em saúde e facilitação da aprendizagem, fundamentais na promoção do autocuidado e na capacitação para a gestão da doença crónica. Destaca-se ainda a participação no *Cascais International Health Forum*, realizado a 20 e 21 de março de 2025, no Centro de Congressos do Estoril (Anexo II) enquanto espaço privilegiado de contacto com projetos de investigação, inovação organizacional e reflexão estratégica sobre políticas de saúde. Esta experiência reforçou a importância da transferência do conhecimento científico para a prática clínica, consolidando uma postura profissional orientada para a atualização contínua, para a integração crítica da evidência e para o compromisso com a excelência dos cuidados especializados à pessoa em situação crónica.

Esta postura auto-orientada e autónoma reflete uma prática profissional madura, sustentada na melhoria contínua, na atualização permanente do conhecimento e na responsabilidade individual pelo desenvolvimento das competências.

4. ANÁLISE SWOT DO PERCURSO FORMATIVO

A análise SWOT constitui uma ferramenta de reflexão estratégica que permite identificar e analisar fatores internos e externos que influenciam o desenvolvimento de competências, possibilitando uma leitura estruturada das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas a um determinado percurso formativo. Esta metodologia tem sido amplamente utilizada como instrumento de apoio à análise crítica e à melhoria contínua, permitindo compreender de que forma características individuais e contextuais podem potenciar ou condicionar o desenvolvimento profissional (Gürel & Tat, 2017).

No âmbito do presente relatório, a análise SWOT é utilizada como ferramenta de autoavaliação crítica do percurso desenvolvido ao longo dos estágios em Cardiologia e Hemodiálise, permitindo identificar os fatores que influenciaram o desenvolvimento das competências comuns, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica e das competências de mestre.

4.1. Forças

Entre os principais pontos facilitadores internos destaca-se a motivação intrínseca para o desenvolvimento profissional, traduzida numa postura ativa, reflexiva e crítica perante a prática clínica. A capacidade de autoavaliação, aliada à procura contínua de fundamentação científica, contribuiu de forma significativa para a consolidação das competências especializadas.

A experiência profissional prévia em contextos de elevada complexidade clínica constituiu uma força relevante, facilitando a adaptação a novas realidades assistenciais e potenciando a transferência de conhecimentos e competências entre os diferentes contextos de estágio. A mobilização de referenciais teóricos de enfermagem e de evidência científica atual para

sustentar o juízo clínico, o planeamento e a avaliação das intervenções revelou-se igualmente um elemento facilitador do desenvolvimento das competências.

Destaca-se ainda a capacidade de comunicação terapêutica e interprofissional, que favoreceu a integração nas equipas multidisciplinares, a articulação de cuidados e a participação ativa no processo de tomada de decisão clínica.

4.2. Fraquezas

Como pontos inibidores internos identificaram-se, numa fase inicial, dificuldades inerentes à adaptação a contextos clínicos específicos, nomeadamente à Hemodiálise, que exigiram um período de aprendizagem mais intensivo e maior dependência do acompanhamento da enfermeira supervisora clínica. Esta fase inicial condicionou temporariamente a autonomia na prestação de cuidados especializados.

A gestão do tempo constituiu outro desafio, sobretudo na conciliação entre a exigência da prática clínica, a reflexão crítica e a produção académica associada ao relatório e à investigação desenvolvida. A elevada exigência pessoal e o sentido de responsabilidade conduziram, em determinados momentos, a uma postura mais cautelosa na tomada de decisão autónoma, especialmente em situações novas ou não familiares.

4.3. Oportunidades

Os contextos de estágio proporcionaram oportunidades relevantes de aprendizagem, pela diversidade de situações clínicas, complexidade dos cuidados e contacto com equipas multidisciplinares experientes. A existência de enfermeiras especialistas como supervisoras clínicas constituiu um fator determinante para a supervisão reflexiva, apoio à tomada de decisão e desenvolvimento progressivo da autonomia profissional.

O acesso a protocolos, normas e *guidelines* atualizadas, bem como a participação em momentos formativos e formativos em serviço, favoreceram a consolidação de uma prática segura e baseada na evidência. A realização de uma revisão da literatura durante o estágio, representou uma oportunidade adicional para o aprofundamento do conhecimento científico, desenvolvimento de competências de investigação e integração da evidência na prática clínica.

4.4. Ameaças

Entre as principais barreiras externas destacam-se a escassez de recursos humanos, a inexistência de dotações seguras e a elevada pressão assistencial, fatores que condicionam a disponibilidade das equipas para a orientação pedagógica mais próxima e limitam, em alguns momentos, a diversificação das experiências de aprendizagem.

As diferenças organizacionais entre serviços, nomeadamente ao nível dos sistemas de registo e modelos de organização dos cuidados, exigiram um esforço acrescido de adaptação, podendo inicialmente constituir uma barreira à fluidez do processo de aprendizagem.

A análise SWOT permitiu identificar fatores internos e externos que influenciaram o desenvolvimento de competências ao longo do percurso formativo. Apesar da existência de limitações e constrangimentos, as forças internas e as oportunidades proporcionadas pelos contextos de estágio revelaram-se determinantes para a consolidação de uma prática especializada, reflexiva e baseada em evidência, contribuindo para o crescimento pessoal, profissional e académico enquanto Enfermeiro Especialista e mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio permitiu documentar e analisar de forma crítica o percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios em serviço de internamento de Cardiologia e Hemodiálise, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. A reflexão apresentada evidenciou o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns, das competências específicas do Enfermeiro Especialista e das competências de mestre, demonstrando o alcance dos objetivos delineados para o Estágio.

Relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, o percurso formativo permitiu consolidar uma prática profissional segura, ética e legalmente fundamentada, orientada pela melhoria contínua da qualidade, pela gestão eficaz dos cuidados e pelo desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que concerne às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, o estágio possibilitou desenvolver uma intervenção especializada centrada na pessoa e na família/cuidador, considerando a complexidade da doença crónica e os processos contínuos de adaptação e transição saúde-doença. A prestação de cuidados nos contextos de Cardiologia e Hemodiálise favoreceu a mobilização de conhecimentos avançados para a avaliação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem especializadas, com particular enfoque na gestão de sintomas, promoção do autocuidado, prevenção de complicações, controlo do risco e maximização do ambiente terapêutico.

O desenvolvimento das competências de mestre ficou evidenciado na capacidade de integrar conhecimentos provenientes da prática clínica, da investigação e dos referenciais teóricos de enfermagem, aplicando-os em situações novas, complexas e não familiares. A realização de pesquisa científica, permitiu aprofundar o conhecimento existente e sustentar decisões

clínicas fundamentadas, reforçando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade ética e social inerentes ao grau de mestre.

No âmbito dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, destaca-se a contribuição para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crónica, através da promoção de práticas baseadas em evidência, da vigilância clínica sistemática, da gestão do risco e da valorização do conforto e bem-estar da pessoa. A intervenção especializada desenvolvida favoreceu uma abordagem mais humanizada, centrada na pessoa e na família, contribuindo para a melhoria da experiência terapêutica, da adesão ao regime terapêutico e da continuidade dos cuidados.

Considera-se pertinente reforçar, ao nível da prática clínica, a importância da avaliação sistemática e multidimensional da pessoa com doença crónica, da integração consistente da evidência científica na tomada de decisão e da promoção do trabalho interdisciplinar. Ao nível da educação, recomenda-se o investimento contínuo na formação especializada dos enfermeiros, com particular enfoque na gestão da complexidade, no julgamento clínico avançado e na investigação aplicada à prática. Relativamente às políticas de saúde, destaca-se a necessidade de promover condições organizacionais que favoreçam o desenvolvimento das competências especializadas, nomeadamente através de dotações seguras, acesso à formação contínua e valorização da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica nos diferentes contextos de cuidados.

A realização de estudos de investigação ou projetos de melhoria contínua poderá contribuir para a produção de conhecimento em enfermagem e para a consolidação de práticas clínicas diferenciadas.

Ao longo do percurso formativo, foram identificadas dificuldades, nomeadamente a adaptação a contextos clínicos distintos, a gestão do tempo entre a prática clínica e as

exigências académicas, bem como a elevada complexidade das situações vivenciadas. Para lidar com estas dificuldades, foram mobilizadas estratégias como a procura ativa de conhecimento, o apoio dos enfermeiros orientadores, a reflexão crítica sistemática e a organização do trabalho, permitindo uma progressiva consolidação da autonomia e da confiança profissional.

Em síntese, este percurso constituiu uma experiência formativa determinante para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico, contribuindo para a construção de uma identidade profissional sólida enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e para a aquisição das competências inerentes ao grau de mestre, sustentando uma prática reflexiva, ética e baseada em evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghamohammadi, V., Ebadi, J., Seyyedrasooli, A., Aliasgarzadeh, S., Ghaderi, M., Khateri, A., & Nasiri, K. (2025). Comparison effect of lavender oil inhalation and tea on sleep quality, fatigue, and pain in hemodialysis patients: A randomized clinical trial. *Nursing Practice Today*, 12(2), 202–213. <https://doi.org/10.18502/npt.v12i2.18343>
- Béfa Noto Kadou Kaza, Kossi Akomola Sabi, Eyram Yoan Makafui Amekoudi, Ghislain Imangue, Jacques Badibanga, Claude Mawufemo Tsevi, Aminata Yasminatou Bikinga Wendkuuni, Denis Georges Teuwafeu, Mohamed Gharbi Benghanem, Benyounes Ramdani. Pain during Arterio-Venous Fistula (AVF) Cannulation. *American Journal of Internal Medicine*. Vol. 2, No. 5, 2014, pp.87-89. doi: 10.11648/j.ajim.20140205.12
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Choi, Y. S., Lee, H. S., Joo, N., Park, P., Cho, S. N., Youn, I. J., Song, Y. R., Kim, S. G., & Kim, J. K. (2021). Efficacy and safety of plastic cannulae compared with metal needles in the initial use of arteriovenous fistulae in incident hemodialysis patients: A randomized controlled study. *American Journal of Nephrology*, 52, 479–486 <https://doi.org/10.1159/000516212>.
- Correia, J. C., Waqas, A., Assal, J.-P., Davies, M. J., Somers, F., Golay, A., & Pataky, Z. (2023). Effectiveness of therapeutic patient education interventions for chronic diseases: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Frontiers in Medicine*, 9, 996528. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.996528>
- Çevik, B., Turgay, G., Inanoğlu, I., Kaya, S., & Sayin, C. B. (2024). Effect of acupressure applied to L4 point on the severity of fistula needle pain in patients: A randomised control trial. *Journal of Renal Care*, 50, 47–54. <https://doi.org/10.1111/jorc.12457>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*.

Dehghan, M., Hosseini, S. J., Shahrabaki Mangalian, P., Forouzi, M. A., & Roy, C. (2023). The effect of acupressure and cryotherapy on the pain of patients on hemodialysis during arteriovenous fistula cannulation: A randomized crossover clinical trial. *Nephrology Nursing Journal*, 50(2), 131–139 <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2023.50.2.131>

Dinis M, Sousa JP. A Pilot Randomised Controlled Trial on the Effectiveness of an Anti-Stress Ball Technique for Pain Reduction during Vascular Access Cannulation in Haemodialysis Patients. *Nurs Rep*. 2023 Apr 17;13(2):731-739. doi: 10.3390/nursrep13020064.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor* (Circular Normativa n.º 09/DGCG, de 14 de junho). Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *A saúde dos portugueses: Relatório de saúde pública e vigilância epidemiológica*. Ministério da Saúde.

Dubois, C. A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110–117. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt019>

Ghoreyshi Z, Amerian M, Amanpour F, Ebrahimi H. Evaluation and comparison of the effects of Xyla-P cream and cold compress on the pain caused by the cannulation of arteriovenous fistula in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2018 Mar-Apr;29(2):369-375. doi: 10.4103/1319-2442.229265. PMID: 29657205.

Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>

Izadi, F., Mazhari, S. A., Najafi, M., Ashoobi, M. T., Sarafi, M., Karkhah, S., Ghorbani Vajargah, P., Takasi, P., Firooz, M., Hosseini, S. J., & Ozen, N. (2023). The Effect of Aromatherapy with Lavender on Pain of Needle Insertion and Severity of Restless Legs Syndrome in Hemodialysis Patients; a Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of academic emergency medicine*, 12(1), e4. <https://doi.org/10.22037/aaem.v12i1.2071>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes. (2024). *KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney International Supplements*.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer.

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

McCormack, B., & McCance, T. (Eds.). (2016). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

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

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Mirzaei, S., Javadi, M., et al. (2018). Effect of EMLA cream, lidocaine spray and ice compress on pain intensity during AVF cannulation. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 7(2), 51–57.

Mrabet, S., Attia, S., & Chaieb, R. (2025). *Pain assessment, management and impact among hemodialysis patients: A study from Tunisia*. *BMC Nursing*, 24, 581. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03130-9>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

National Kidney Foundation. (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>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

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.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, (165), 4744–4750.

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Noncommunicable diseases country profiles 2023* [Perfis nacionais de doenças não transmissíveis 2023]. World Health Organization. [who.int](https://www.who.int)

Peralta R, Matos JF, Carvalho H. Safe Needling of Arteriovenous Fistulae in Patients on Hemodialysis: Literature Review and a New Approach. *Nephrol Nurs J*. 2021;48(2):169–77. <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2021.48.2.169>.

Pinto, R., Duarte, F., Mata, F., Sousa, C., Salgueiro, A., & Fernandes, I. (2023). Construção e validação de um modelo de decisão para a canulação da fistula arteriovenosa em hemodiálise. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22021>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). *The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises*. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Adult learning principles for nursing practice*. RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *Pain: Prevention, assessment and management* (4th ed.). RNAO.

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

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). *Transitions in Care and Services* (2nd ed.). Toronto, RNAO

Santos, J. R. (2020). *Eficácia da anestesia tópica na punção da fístula arteriovenosa da pessoa em programa de hemodiálise* (Relatório de estágio de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2025). *Registo nacional de doença renal crónica 2024*.

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review*. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

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

ANEXOS

**ANEXO I – Certificado de participação nas Jornadas Científicas da Saúde
da Lusofonia – II LusoSaúde 2025**

CERTIFICADO

Ruben Dias participou como autor da Comunicação Oral,
Sofia Marques e Mila Gomes participaram como coautoras da Comunicação Oral,

com o título "Desafios Éticos e Assistenciais no Cuidado ao Idoso: uma abordagem baseada na teoria crítica do cuidado de Falk Rafael", nas II Jornadas LusoSaúde 2025, organizada pela Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, nos dias 30 de junho e 01 de julho de 2025, por videoconferência, em Portugal.

Coimbra, 7 de julho de 2025

P^la Comissão Organizadora

Assinado por: **VERA MAFALDA GOMES DUARTE**
Num. de Identificação: 11658109
Data: 2025.07.18 16:09:10+01'00'

Prof.ª Doutora Mafalda Duarte
(Direção da RACS)



**ANEXO II – Certificado de participação no Congresso Cascais
International Health Forum**



CERTIFICADO

Sofia Marques

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

Adalberto Campos Fernandes
Chairman

Andrea Lima
Diretora Executiva

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formação sobre Ventilação Não Invasiva

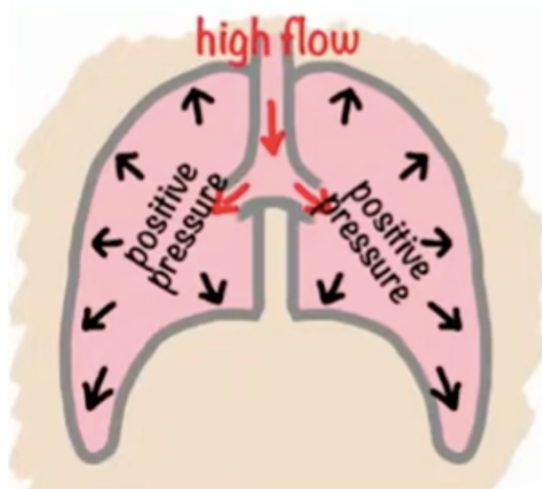
VNI NA PRÁTICA CLÍNICA: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O ENFERMEIRO

Realizado por:

Enfermeira Sofia Marques, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

A VNI é definida como um suporte ventilatório de pressão positiva, contínua ou intermitente, aplicado através das vias aéreas superiores utilizando uma interface externa sem recurso a via aérea artificial. (Ferreira et al., 2009; Gregoretti et al., 2015; Masip, 2021; Popowicz & Leonard, 2022).

MECANISMO DE AÇÃO



Masip et al., 2018; Chawla et al., 2020; Marques & Neves, 2021).

MODALIDADES DE VNI



Masip et al. (2018) e Seyfi et al. (2019)

INDICAÇÕES PARA INICIAR VNI

- Dispneia moderada/severa e de intensidade crescente;
- Taquipneia;
- Respiração paradoxal com uso de músculos acessórios;
- Alterações gasimétricas: hipercapnia (pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) > 45mmHg), e/ou acidose respiratória ($\text{pH} < 7,35$);

Costa et al. (2018) e Masip (2019)

CONTRAINDICAÇÕES

- confusão e agitação psicomotora com má cooperação do doente;
- depressão do estado de consciência;
- *score* da escala de coma de *Glasgow* inferior a 10;
- incapacidade de proteção da via aérea;
- hipersecreções brônquicas e a incapacidade de as eliminar eficazmente;

Costa et al. (2018) e Masip (2019)

CONTRAINDICAÇÕES

- falência multiorgânica;
- hemorragia gastrointestinal superior ou vômitos;
- instabilidade hemodinâmica severa;
- hipotensão refratária;
- obstrução da via aérea superior
- incapacidade de adaptação da interface, nomeadamente por cirurgia, traumatismo, queimadura ou deformidade facial.

Costa et al. (2018) e Masip (2019)

TIPOS DE INTERFACES

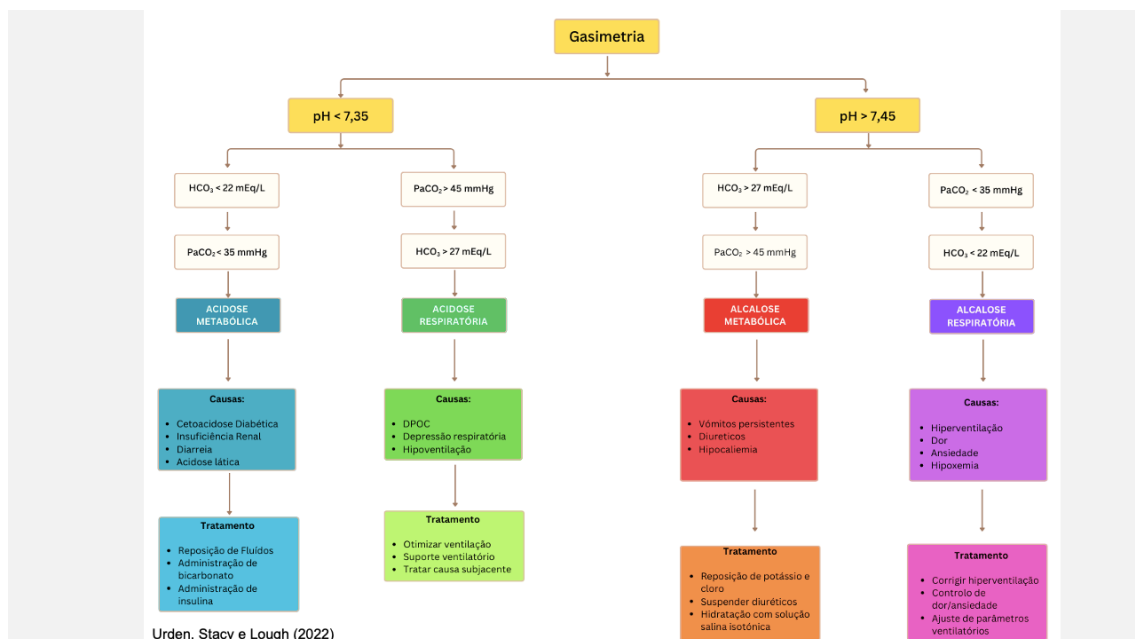


MONTAGEM DO CIRCUITO



PARAMETROS VNI





REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chawla, R., Dixit, S. B., Zirpe, K. G., Chaudhry, D., Khilnani, G. C., Mehta, Y., Khatib, K. I., Jagiasi, B. G., Chanchalani, G., Mishra, R. C., Samavedam, S., Govil, D., Gupta, S., Prayag, S., Ramasubban, S., Dobariya, J., Marwah, V., Sehgal, I., Jog, S. A., & Kulkarni, A. P. (2020). ISCCM guidelines for the use of non-invasive ventilation in acute respiratory failure in adult ICUs. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(Suppl 1), S61–S81. <https://doi.org/10.5005/ip-journals-10071-G23186>
- Costa, J. C., Machado, J. N., Costa, J., Fortuna, J., Gama, J., & Rodrigues, C. (2018). Ventilação não invasiva: Experiência de um serviço de medicina interna. *Medicina Interna*, 25(1), 18–22. <https://doi.org/10.24950/rsosm/origina/78/1/2018>
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655–667. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpne/v15n4/v15n4a06.pdf>
- Gregoretti, C., Pisani, L., Cortegiani, A., & Ranieri, V. M. (2015). Noninvasive ventilation in critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 31(3), 435–457. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.03.002>
- Marques, T. S., & Neves, D. (2021). Ventilação não invasiva (VNI) no pré-hospitalar em tempos de COVID-19. *Life Saving*, 9(20), 35–43. <http://hdl.handle.net/10400.1/16876>
- Masip, J. (2019). Noninvasive ventilation in acute heart failure. *Current Heart Failure Reports*, 16(4), 89–97. <https://doi.org/10.1007/s11897-019-00429-y>
- Masip, J. (2021). Non-invasive ventilation in acute pulmonary oedema: Does the technique or the interface matter? *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 10(10), 1112–1116. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuab096>
- Masip, J., Peacock, W. F., Price, S., Cullen, L., Martín-Sánchez, F. J., Seferovic, P., Maisel, A. S., Miro, O., Filippatos, G., Vrints, C., Christ, M., Cowie, M., Platz, E., McMurray, J., DiSomma, S., Zeymer, U., Bueno, H., ... Committee on Acute Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. (2018). Indications and practical approach to non-invasive ventilation in acute heart failure. *European Heart Journal*, 39(1), 17–25. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx580>
- Popowicz, P., & Leonard, K. (2022). Noninvasive ventilation and oxygenation strategies. *Surgical Clinics of North America*, 102(1), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2021.09.012>
- Seyfi, S., Amri, P., & Mouodi, S. (2019). New modalities for non-invasive positive pressure ventilation: A review article. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 10(1), 1–6. <https://doi.org/10.22088/cjim.10.1.1>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed.). Elsevier.

APÊNDICE II – Formação sobre Dor na Punção do Acesso Vascular



DOR NA PUNÇÃO DO ACESSO VASCULAR

Realizado por:

Sofia Marques

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESSATLA
ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO CRÓNICA

1

OBJETIVOS



- Compreender o conceito de dor
- Compreender impacto da dor na punção da FAV em utentes sob hemodiálise.
- Avaliar a dor
- Identificar estratégias não farmacológicas e não farmacológicas para redução da dor
- Refletir sobre práticas atuais e oportunidades de melhoria na abordagem da dor durante a punção da FAV.

2

DEFINIÇÃO DE DOR

"uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos", IASP - International Association for the Study of Pain (2020)

3

IMPACTO DA DOR

- A dor persistente tem um impacto significativo na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas (Breivik et al, 2006)
- Constitui uma ameaça à segurança (Celich e Galon, 2009), limita as suas decisões e hábitos de vida, favorecendo a dependência, perda de autonomia e diminuição da qualidade de vida. (Dellazora, Pimenta e Matsuo, 2007)

4

DOR DURANTE A PUNÇÃO DA FAV

- As pessoas em hemodiálise são submetidas a duas punções, duas vezes por semana, utilizando agulhas de grande calibre.
- A dor durante a canulação da fístula arteriovenosa (FAV) deve ser dada a atenção e cuidados adequados.
- No entanto, existem poucos trabalhos dedicados a este tema.

Dor como 5ª Sinal Vital



5

DOCUMENTOS PARA CONSULTA



6

AVALIAÇÃO DA DOR - DGS

1

Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;

2

Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros :

7

AVALIAÇÃO DA DOR - DGS

	Informação a obter	Exemplos
Características da dor	Evolução: duração e padrão	Há quanto tempo tem dor? É uma dor contínua, intermitente, episódica?
	Localização	Onde é que dói? Descreva o local da dor. Irradia? (Pode ser útil o uso de um diagrama corporal)
	Qualidade	Como descreve a sua dor? (Ajuda a identificar as características de um tipo específico de dor. O cliente deve ser incentivado a utilizar palavras que melhor descrevem a sua dor como moledra, tipo queimadura, faceta, formiguento, etc.)
	Intensidade	Qual a intensidade da dor? (Utilize instrumentos de avaliação da intensidade da dor)
	Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor	De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem? Ex: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, gritos, etc.
	Factores de alívio e agravamento	O que é que alivia e / ou agrava a sua dor? Ex: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgésia, repouso, etc.
	Estratégias de Coping	O que faz quando tem dor?

8

AVALIAÇÃO DA DOR - DGS

Impacto nas actividades de vida	De que forma a presença de dor afecta a sua vida? Ex: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas actividades sociais e de lazer, no humor, etc.
Conhecimento / Percepção acerca da doença / Expectativas acerca da dor e tratamento	A que atribui esta dor? O que espera do tratamento? (Explorar a percepção da pessoa, crenças acerca da dor e o que espera do seu controlo).
Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: - Trabalho - Actividades de lazer - Relações pessoais - Estado emocional	Como é que a dor afecta o seu trabalho e a sua relação com os outros? A presença da dor afecta-o psicologicamente? A presença da dor afecta-o espiritualmente? Ex: interferência no emprego, actividades sociais, relacionamento com os outros, identificar preocupações, atitudes, estados de humor, significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família, confronto com as crenças acerca da vida e morte.

Informação a obter	Exemplos
Sintomas associados	Que outros sintomas acompanham a sua dor? Qual a sua intensidade? Identificar outros sintomas que acompanham a dor, tais como: obstipação, fadiga, náusea, insónia, perda de apetite.
Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas	Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Tive efeitos secundários à terapêutica? História detalhada da medicação. Registar efeitos secundários. Consumo de analgésicos e sua eficácia. Técnicas não-farmacológicas e seus efeitos.

9

AVALIAÇÃO DA DOR - DGS

3

Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; critérios de interpretação; facilidade de aplicação;

4

Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação

10

AVALIAÇÃO DA DOR - DGS

Escala Visual Analógica

Sem Dor Dor Máxima

Escala Numérica

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

Escala Qualitativa

Sem Dor Dor Ligeira Dor Moderada Dor Intensa Dor Máxima

Escala de Faces

0 1 2 3 4 5
(Sem Dor) (Dor Máxima)

11

AVALIAÇÃO DA DOR - DGS

5

Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança

12

DOR DURANTE A PUNÇÃO DA FAV - ESTUDO



- Estudo realizado numa Unidade de Hemodiálise em Casablanca com 92 participantes
- Escala Visual Analógica (EVA)
- **RESULTADOS:** 62% referem dor de intensidade moderada

Unidade de Hemodiálise



- Escala Numérica
- **RESULTADOS:** Dor de intensidade 5-6

13

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR A DOR NO MOMENTO DA PUNÇÃO DO ACESSO VASCULAR



14



15

SPRAY DE LIDOCAÍNA E CREME EMLA



Localidade	Procedimento	Aplicação
Pele		Uma camada espessa de creme sobre a pele, sob uma bandagem oclusiva.
Adultos		Aproximadamente 1,5 g/10 cm ² .
	Pequenos procedimentos, como inserção de agulha e tratamento cirúrgico de lesões localizadas.	2 g (aproximadamente metade de um tubo de 5g), por no mínimo 1 hora, máximo de 5 horas ⁽¹⁾ .
	Procedimentos dermaticos em grandes áreas, como enxerto de pele.	Aproximadamente 1,5-2 g/10 cm ² por no mínimo 2 horas, máximo de 5 horas ⁽¹⁾ .
Crianças	Pequenos procedimentos, como inserção de agulha e tratamento cirúrgico de lesões localizadas.	Aproximadamente 1,0 g/10 cm ² . Tempo de aplicação: aproximadamente 1 hora.
0 a 2 meses ⁽²⁾		Até 1,0 g a 10 cm ² . ⁽²⁾

- Aplicar 2 pulverizações a 5 ao ponto de inserção das ag
- O acesso vascular deve ser puncionado 5 minutos após a pulverização

- De seguida, remover os resíduos de creme, proceder à antipssesia da pele e puncionar.

(Mirzaei et al., 2018)

de
60

16



INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

17

TÉCNICA DA BOLA ANTI-STRESS



- Na mão oposta ao acesso vascular
- Apertar e soltar repetidamente, desviando o olhar, até que o processo de canulação esteja concluído

(Dinis e Sousa, 2023)

18

TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO

DISTRAÇÃO AUDITIVA



- 5 Minutos antes do início da sessão de HD
- Ouvir sons selecionados da natureza
- Antissépsia da pele e canulação da FAV durante a distração auditiva

DISTRAÇÃO VISUAL



- 5 minutos antes do início da sessão de HD
- Observação de imagens naturais e apelativas
- Antissépsia da pele e canulação da FAV durante a distração visual

(Kassim et al., 2023)

19

APLICAÇÃO DE CLORETO DE ETILO



- Provoca arrefecimento da epiderme
- Causa uma sensação de frio sobre a pele, minimizando a dor durante o momento da punção
- Deve ser aplicado 4 a 10 segundos antes da canulação
- O efeito anestésico varia de alguns segundos a minutos

(Santos, 2020)

20

APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA/COMPRESSA DE GELO



- Deve ser colocada 5 minutos antes da punção
- Provoca arrefecimento da pele e sensação "anestésica"

(Carvalho e Cruz, 2010)

21

ESTRATEGIAS NÃO CONVENCIONAIS

- ACUPRESSÃO

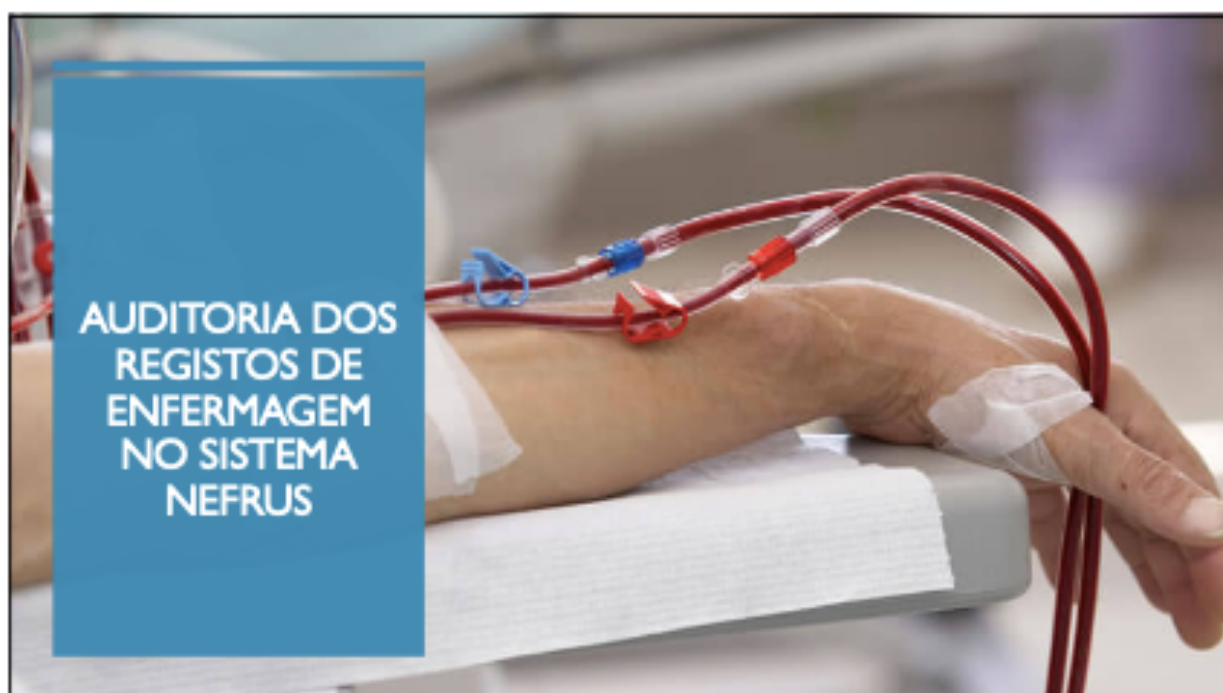


- ACUPRESSÃO + CRIOTERAPIA

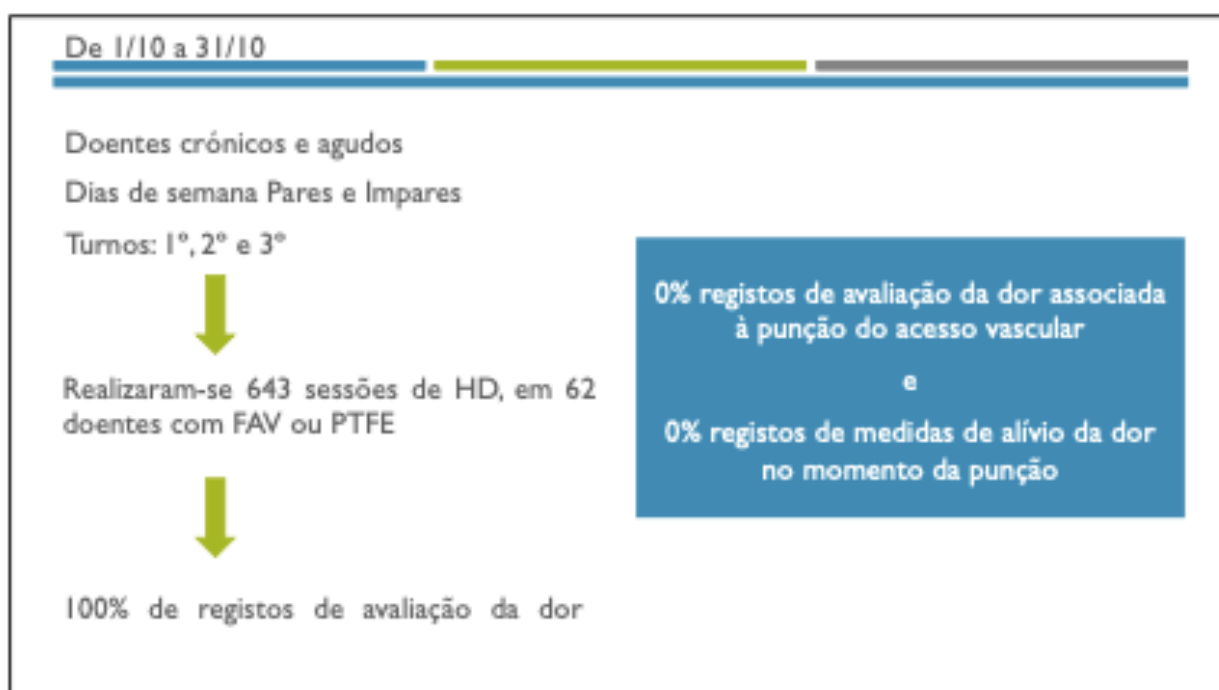


- AROMATERAPIA

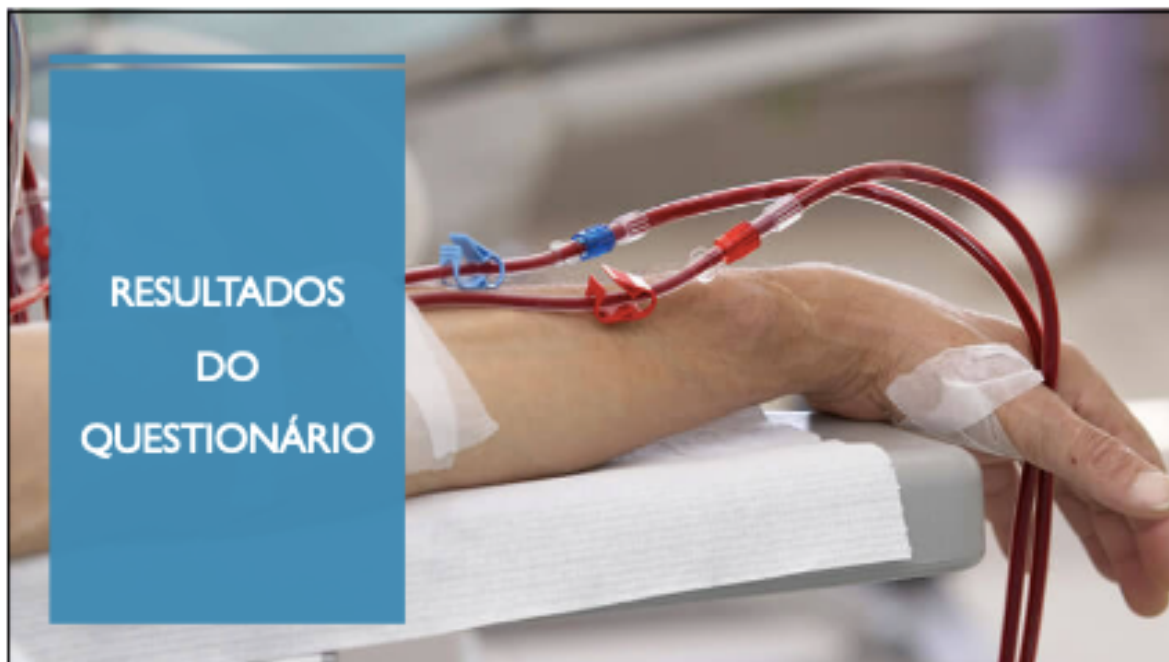
22



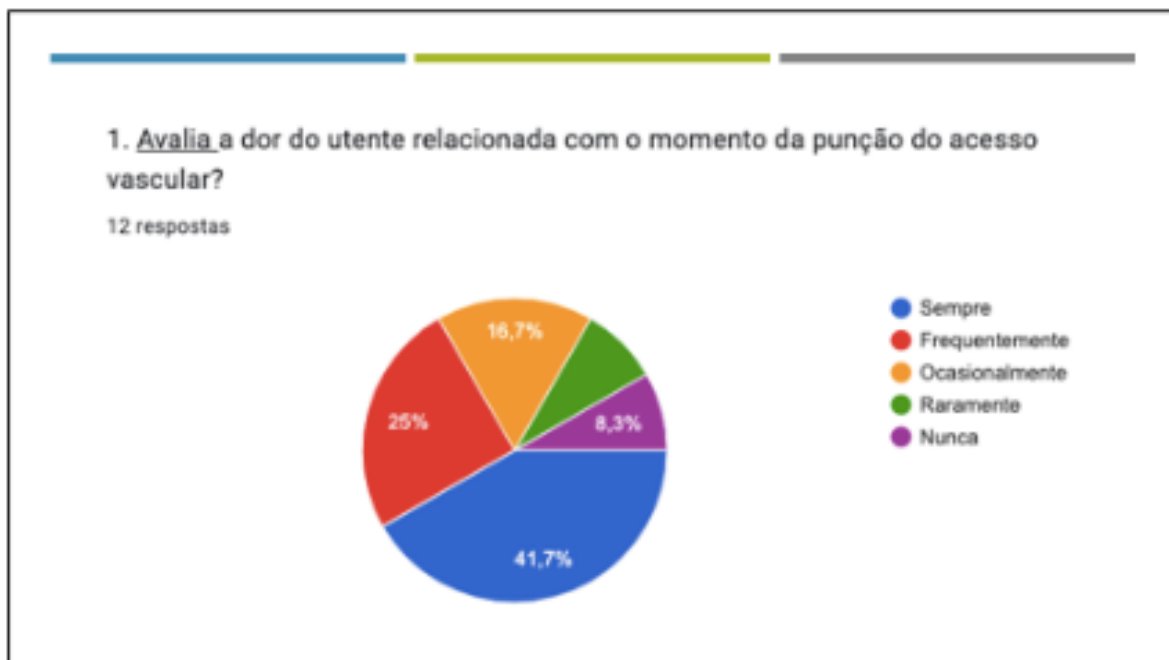
23



24



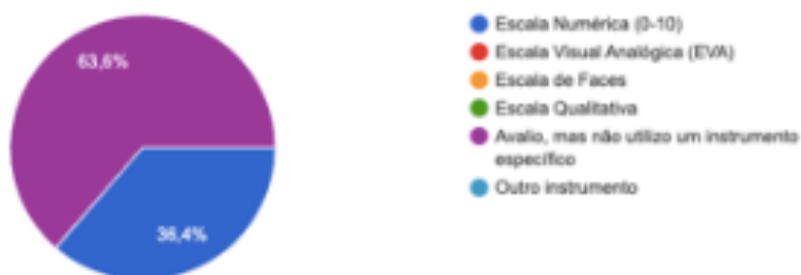
25



26

1.1. Que instrumentos utiliza para avaliar a dor relacionada com o momento da punção?

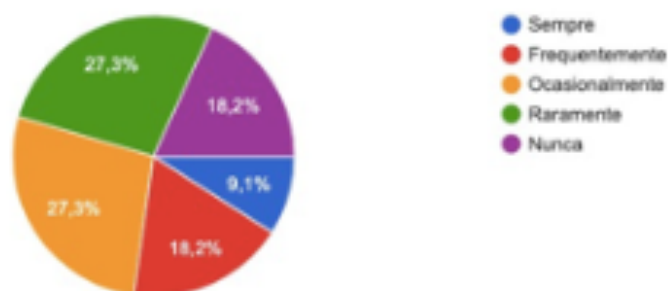
11 respostas



27

1.2. Regista, no processo clínico do utente, a avaliação da dor relacionada com o momento da punção?

11 respostas



28

RELEMBRAR A AVALIAÇÃO DA DOR

Informação a obter	Exemplos	Impacto nas actividades de vida	De que forma a presença da dor afecta a sua vida? Ex: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas actividades sociais e de lazer, no humor, etc.
Características da dor	Evolução: duração e padrão		
	Localização		
	Qualidade		
	Intensidade		
Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor	De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem? (Ex: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, facies, etc.)		
Factores de alívio e agravamento	O que é que alivia e / ou agrava a sua dor? (Ex: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.)		
Estratégias de Coping	O que faz quando tem dor?		
		Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: • Trabalho • Actividades de lazer • Relações pessoais • Estado emocional	Como é que a dor afecta o seu trabalho e a sua relação com os outros? A presença da dor afecta-o psicologicamente? A presença da dor afecta-o espiritualmente? Ex: interferência no emprego, actividades sociais, relacionamento com os outros, identificar preocupações, atitudes, estados de humor. Significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família.
Informação a obter	Exemplos	Sintomas associados	Que outros sintomas acompanham a sua dor? Qual a sua intensidade? Identificar outros sintomas que acompanham a dor, tais como obstipação, fadiga, náusea, insónia, perda de apetite.
		Descrição do seu efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas	Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Teve efeitos secundários à terapêutica? História detalhada da medicação. Registar efeitos secundários. Consumo de analgésicos e sua eficácia. Medicamentos não-farmacológicos e seus efeitos.

29

2. Considera importante avaliar a dor relacionada com o momento da punção do acesso vascular?

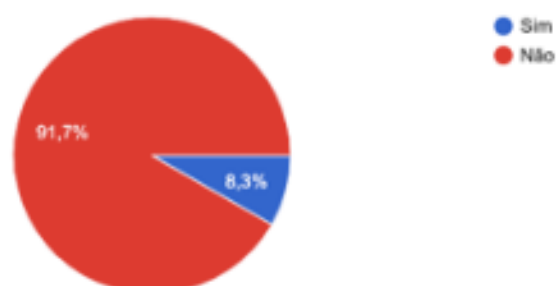
12 respostas



30

4. Considera que a avaliação da dor relacionada com o momento da punção do acesso vascular é realizada adequadamente no seu local de trabalho?

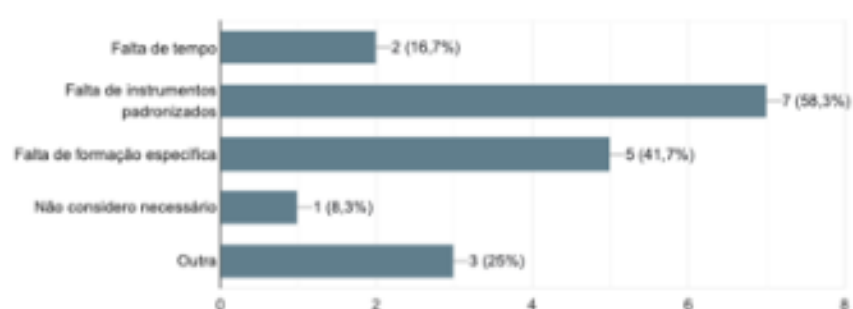
12 respostas



31

6. Na sua opinião, quais os principais fatores que dificultam a avaliação da dor relacionada com o momento da punção, no seu local de trabalho?
(pode escolher mais do que uma opção)

12 respostas

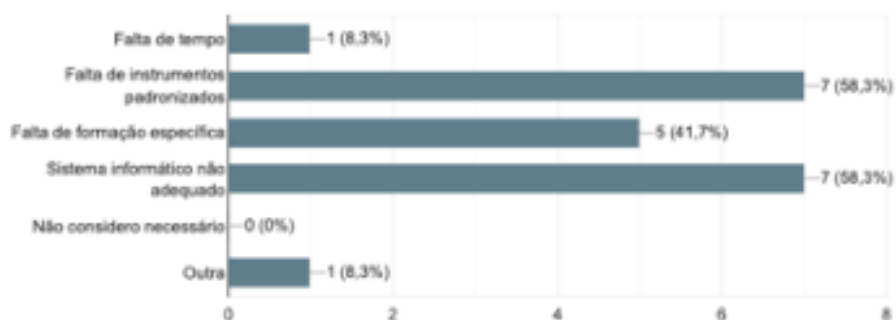


32

xxx

7. Na sua opinião, quais os principais fatores que dificultam o registo da dor relacionada com o momento da punção, no seu local de trabalho?
(pode escolher mais do que uma opção)

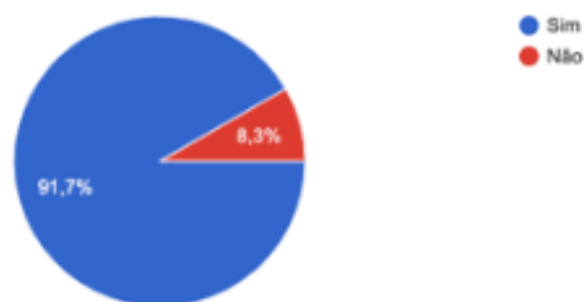
12 respostas



33

10. Conhece alguma intervenção de enfermagem para minimizar a dor relacionada com o momento da punção do acesso vascular?

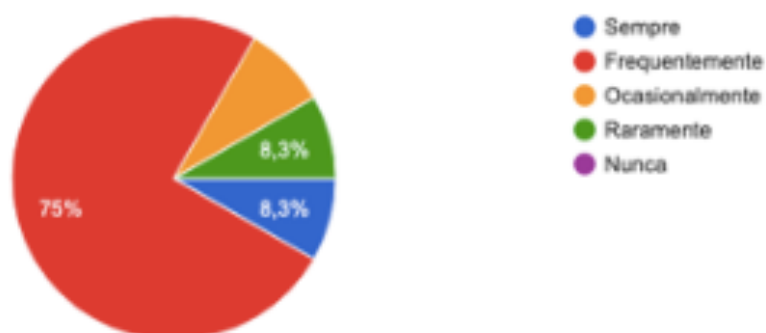
12 respostas



34

11. Utiliza alguma intervenção de enfermagem para minimizar a dor do utente relacionada com o momento da punção do acesso vascular?

12 respostas

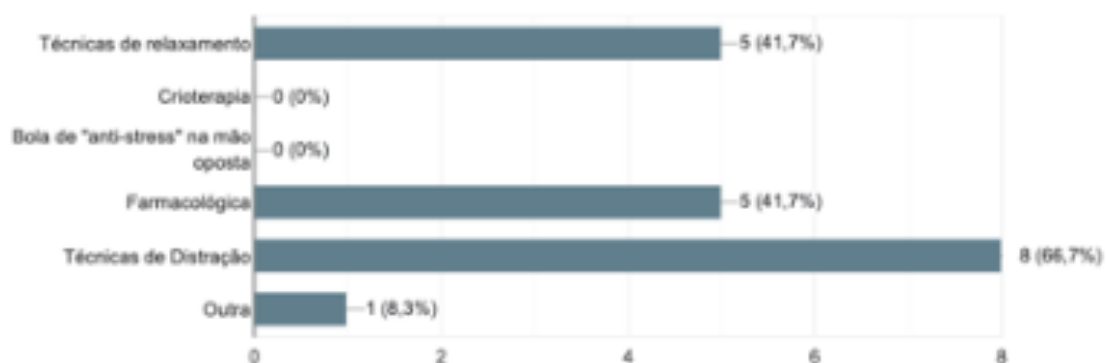


35

11.1. Que intervenção de enfermagem utiliza para minimizar a dor no momento da punção?

(pode escolher mais do que uma opção)

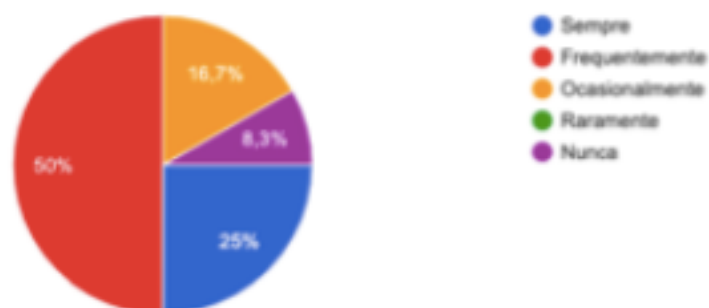
12 respostas



36

11.3. Após realizada a intervenção de enfermagem para minimizar a dor no momento da punção, avalia a sua eficácia?

12 respostas



37

Como nos lembra Katharine Kolcaba (2003)...

“promover conforto é fortalecer a pessoa e aliviar a dor é uma das formas mais claras de o fazermos”

38

APÊNDICE III – Estudo de Caso



Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica

Gestão do Alívio da Dor na Punção da Fístula Arteriovenosa: Estudo de Caso em Hemodiálise

Elaborado por:

Sofia Marques N.º 202490017

Orientadores:

Professora Doutora Helena José

Professora Doutora Isabel Rabiais

Barcarena

Dezembro 2025

xxxv

Sofia Marques – maio 2026 – Atlântica

Escola Superior de Saúde Atlântica

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica

**Gestão do Alívio da Dor na Punção da Fístula Arteriovenosa: Estudo
de Caso em Hemodiálise**

Elaborado por:

Sofia Marques N.º 202490017

Enfermeira supervisora:

Ana Graça

Orientadores:

Professora Doutora Helena José

Professora Doutora Isabel Rabiais

Barcarena

Dezembro 2025

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

xxxi

Sofia Marques – maio 2026 – Atlântica

RESUMO

Este estudo de caso teve como objetivo analisar a gestão da dor associada à punção da fistula arteriovenosa numa cliente submetida a hemodiálise, bem como avaliar o contributo das intervenções de enfermagem para a promoção do conforto e da autogestão da doença. Foi utilizada uma metodologia descritiva e exploratória, sustentada na observação participante, análise de registos clínico. O plano de cuidados foi elaborado segundo a Ontologia de Enfermagem e fundamentado na Teoria do Conforto de Kolcaba, na Teoria do Autocuidado de Orem, nas competências do enfermeiro especialista e nas recomendações da RNAO.

Os resultados revelaram uma redução progressiva da intensidade da dor durante a punção, diminuição da ansiedade antecipatória e aumento da capacidade da cliente para utilizar estratégias de autocontrolo. Verificou-se também maior autonomia na preparação para o procedimento e melhor compreensão das intervenções de alívio da dor. A interpretação destes resultados mostrou que intervenções estruturadas, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, potenciam ganhos em conforto e participação no cuidado.

Conclui-se que o enfermeiro especialista assume uma importância determinante na gestão da dor em hemodiálise, sendo crucial a implementação de cuidados individualizados, baseados na evidência e orientados para a capacitação da pessoa em situação crónica.

Palavras-chave: Hemodiálise; Dor na punção; Fistula arteriovenosa; Conforto; Autogestão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	xxxiv
1. MATERIAIS E MÉTODOS	xxxvi
1.1. Plano de cuidados.....	xxxvii
2. RESULTADOS.....	Erro! Marcador não definido.
3. DISCUSSÃO.....	xl
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	xlii
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xliv
ANEXOS.....	i
ANEXO I.....	ii

INTRODUÇÃO

A hemodiálise é uma terapêutica vital para pessoas com doença renal crónica em estadio terminal, representando uma intervenção complexa que exige cuidados especializados e continuados. Um dos aspetos críticos do processo dialítico é o acesso vascular, cuja integridade e funcionalidade são determinantes para a eficácia do tratamento. A fístula arteriovenosa é o acesso vascular de eleição, pela sua durabilidade e menor risco de complicações infecciosas, contudo, o momento da punção constitui frequentemente uma experiência dolorosa e geradora de ansiedade para estas pessoas (Gohar et al., 2024; Sharifnia et al., 2025).

A dor associada à punção da FAV, embora de curta duração, pode ter impacto significativo na adesão ao tratamento, no bem-estar e na qualidade de vida, especialmente quando se trata de um procedimento repetido várias vezes por semana ao longo de anos (Kaza et al., 2014). Assim, o controlo da dor na punção do acesso vascular assume uma relevância clínica e ética, enquadrando-se no domínio das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crónica. A gestão adequada da dor reflete o compromisso do enfermeiro com os padrões de qualidade do exercício profissional e com o princípio do cuidado centrado na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A nível epidemiológico, estima-se que mais de 850 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com algum grau de DRC, e que cerca de 3 milhões dependam de terapias de substituição renal, das quais a hemodiálise é a modalidade predominante (Bikbov et al., 2020). Em Portugal, a prevalência da DRC tem vindo a aumentar, situando-se entre as mais elevadas da Europa, sendo a HD o tratamento mais comum nas unidades de diálise (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2023). Este contexto reforça a importância de estratégias que promovam a humanização dos cuidados e a melhoria da experiência da pessoa em diálise.

Diversos estudos demonstram que intervenções farmacológicas e não farmacológicas, contribuem para a redução da dor e da ansiedade associada à punção da (Kassim et al., 2023). O uso de anestésicos tópicos, em particular, tem sido referido como uma

intervenção segura e eficaz quando integrada num plano de cuidados individualizado e sustentado na melhor evidência disponível (Lee, 2023).

Neste contexto, o presente estudo de caso incide sobre a Sra. M. N. G., uma mulher de 79 anos com diagnóstico de doença renal crónica secundária a hipertensão arterial. Encontra-se em programa de hemodiálise desde setembro de 2023, inicialmente através de cateter venoso central, passando a realizar tratamento através de uma FAV desde fevereiro de 2024. Apesar da funcionalidade adequada da FAV, a cliente relata dor moderada durante a punção, o que a levou a adotar a aplicação prévia de creme anestésico tópico no domicílio como estratégia de alívio. A análise deste caso revela-se pertinente para compreender a eficácia desta intervenção e a importância do enfermeiro na promoção do conforto e da adesão terapêutica, procurando analisar a experiência de dor associada à punção da fístula arteriovenosa.

Assim, a questão norteadora que orienta este estudo é: “Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a minimização da dor durante a punção da fístula arteriovenosa em pessoas em programa de hemodiálise?”

Deste modo, este estudo tem como objetivo geral analisar as estratégias de enfermagem utilizadas na gestão da dor durante a punção da FAV em pessoas submetidas a hemodiálise, procurando compreender o impacto destas intervenções no conforto e participação da cliente no tratamento. Especificamente, caracterizar as necessidades afetadas e identificar os diagnósticos de enfermagem relevantes na experiência da mesma, elaborar um plano de cuidados especializado fundamentado nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e na Ontologia de Enfermagem, e refletir sobre o contributo do enfermeiro especialista no controlo da dor e na melhoria do conforto e bem-estar durante a punção da fístula arteriovenosa.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo adota uma metodologia descritiva e interpretativa, desenvolvida através da análise aprofundada de um estudo de caso clínico, permitindo compreender o fenómeno da dor durante a punção da fistula arteriovenosa a partir da perspetiva da pessoa em situação crónica. O estudo decorreu numa Unidade de Diálise de um hospital público da região de Lisboa, no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica, sendo orientado pelos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2012) e pelas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (2018), que enquadram a necessidade de cuidados diferenciados na gestão da dor, promoção do conforto, capacitação da pessoa.

Os referenciais teóricos que sustentam o estudo integram a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003), centrada no alívio, tranquilidade e transcendência como dimensões essenciais para a experiência de conforto, bem como a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), que orienta a análise da capacidade da pessoa para desenvolver ações de autocuidado relacionadas com a preparação para a punção. Estes referenciais são complementados pela Ontologia de Enfermagem, que permite organizar a avaliação e a intervenção segundo focos sensíveis aos cuidados especializados, e pelas recomendações da *Registered Nurses' Association of Ontario*, nomeadamente as *guidelines Self-Management Support for Adults with Chronic Conditions* (2010) e *Person- and Family-Centred Care* (2015), que enfatizam a capacitação da pessoa, o envolvimento ativo no cuidado e a tomada de decisão partilhada.

A análise centrou-se especificamente na dor associada à punção da FAV, um foco de atenção central na prática do enfermeiro especialista em contexto de hemodiálise, dadas as repercussões no conforto, na adesão terapêutica e na experiência global do tratamento. Assim, foram consultados os registos clínicos de enfermagem e a aplicação da Escala Numérica da Dor (Anexo I), instrumento padronizado para quantificar a intensidade da dor. Foi também realizada uma entrevista formal, durante a qual se estabeleceu uma relação empática que possibilitou a recolha de informações essenciais para a compreensão da situação da pessoa. Foram consultadas também algumas fontes secundárias como literatura científica recente e *guidelines* clínicas nacionais e internacionais. A informação recolhida foi organizada em função dos domínios da Ontologia de Enfermagem,

permitindo identificar focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializado, como a dor, o conforto, ansiedade e literacia em saúde.

Durante todo o processo, foram respeitados os princípios éticos e deontológicos previstos no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. Garantiu-se a confidencialidade, anonimização dos dados clínicos e respeito pela dignidade e autonomia da pessoa em estudo. A elaboração deste estudo visou não apenas descrever uma situação clínica, mas também refletir criticamente sobre a prática do enfermeiro especialista e os seus contributos para a gestão integrada da doença crónica e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A partir destes dados foi desenvolvido um plano de cuidados individualizado, fundamentado nos referenciais teóricos adotados, nos Padrões de Qualidade da OE e nas orientações da RNAO, assegurando que as intervenções implementadas fossem coerentes, fundamentadas e centradas na pessoa, promovendo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

1.1 Plano de cuidados

O seguinte plano de cuidados foi elaborado segundo a Ontologia de enfermagem.

Foco de Atenção / Diagnóstico	Objetivo/ Plano	Implementação/Intervenções de Enfermagem	Indicadores
Dor	Diminuir Dor Determinar sinais de dor Determinar evolução da dor Promover autocontrolo da dor	Avaliar evolução da dor Gerir Analgesia Aplicar frio Executar técnica não farmacológica de alívio da dor Executar técnica de relaxamento Avaliar evolução de sinais de dor	Intensidade da dor Duração da dor Conforto referido

Potencial para melhorar conhecimento alívio da dor usando estratégias não farmacológicas	Diminuir Dor Promover autocontrolo da dor	Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas	Preparação para a punção Autogestão
Potencial para melhorar capacidade para autocontrolar analgesia	Promover autocontrolo da dor	Avaliar evolução da capacidade para autocontrolar analgesia Instruir a autocontrolar analgesia Treinar a autocontrolar analgesia Avaliar evolução do autocontrolo da dor	Conhecimento sobre cuidados com a FAV Autogestão Preparação para a punção
Ansiedade	Diminuir Ansiedade Promover autocontrolo: ansiedade Facilitar comunicação e expressão de emoções	Executar técnica de relaxamento Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade	Expressão de preocupação Capacidade de controlo
Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade	Promover autocontrolo: ansiedade Promover mudança no processo de pensamento: ansiedade	Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade Ensinar sobre estratégias de relaxamento	Recorre a estratégias de autocontrolo Capacidade de controlo Autogestão
Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade	Promover autocontrolo: ansiedade Promover mudança no processo de	Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade Instruir estratégias de relaxamento	Recorre a estratégias de autocontrolo Capacidade de controlo Autogestão

	pensamento: ansiedade	Treinar estratégias de relaxamento Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade	
--	--------------------------	---	--

2. RESULTADOS

A análise dos dados recolhidos ao longo do acompanhamento clínico permitiu observar a evolução da cliente nos focos de atenção identificados na Ontologia de Enfermagem, de acordo com o plano de cuidados implementado.

Num primeiro momento, verificou-se que a cliente apresentava dor moderada durante a punção da FAV, acompanhada de expressões faciais de desconforto e tensão muscular. Com a aplicação consistente do creme anestésico no domicílio e a implementação das intervenções de não farmacológico, como as técnicas de relaxamento, observou-se uma redução gradual da intensidade da dor, traduzida em menor reatividade durante o procedimento e maior capacidade para verbalizar conforto após a punção. Também se registou uma diminuição da duração da dor, com recuperação mais rápida do estado basal após o início do tratamento.

Paralelamente, verificou-se uma evolução positiva no conhecimento da utente sobre estratégias de alívio da dor, resultante das intervenções de enfermagem realizadas. A cliente demonstrou maior capacidade para explicar as estratégias disponíveis, aderiu de forma consistente à preparação para a punção e passou a implementar técnicas simples de relaxamento respiratório que antes desconhecia. Esta evolução foi corroborada pelo aumento da autonomia observada na preparação prévia à sessão de hemodiálise.

Relativamente ao autocontrolo da analgesia, foi possível identificar um aumento progressivo da capacidade da utente para utilizar estratégias de autogestão da dor. Inicialmente, dependia amplamente da orientação da equipa, mas, ao longo das sessões, começou a antecipar autonomamente a aplicação do creme anestésico, a ajustar o tempo de atuação, e a reconhecer sinais de eficácia da intervenção. Demonstrou ainda maior

segurança na comunicação das suas necessidades, o que constituiu um indicador positivo de autogestão.

No foco da ansiedade, observou-se que a utente, que inicialmente apresentava sinais de apreensão antecipatória e verbalizações de receio face ao procedimento, passou a demonstrar maior controlo emocional. A implementação de técnicas de relaxamento e a facilitação da expressão de emoções contribuíram para uma diminuição clara da ansiedade expressa, com a cliente a recorrer de forma mais autónoma a estratégias de autocontrolo ensinadas pela equipa. Este progresso traduziu-se em menor tensão muscular, menor antecipação negativa e maior predisposição para colaborar no procedimento.

No que se refere à capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade, verificou-se igualmente uma melhoria consistente. A cliente passou a aplicar espontaneamente exercícios respiratórios, a manter a atenção focada em estímulos alternativos e a verbalizar maior confiança perante o procedimento. Este avanço refletiu-se na redução de comportamentos de evitamento e na maior capacidade de recuperar o equilíbrio emocional após a punção.

Finalmente, a análise global do plano de cuidados evidencia que a utente apresentou ganhos significativos em conforto, autocuidado e autogestão, com impacto direto na sua experiência terapêutica. A evolução observada nos indicadores permite afirmar que a intervenção de enfermagem especializada contribuiu para uma abordagem mais segura, menos dolorosa e emocionalmente mais bem gerida, reforçando a importância do acompanhamento estruturado e centrado na pessoa.

3. DISCUSSÃO

A análise do caso clínico permitiu compreender de forma aprofundada a experiência da cliente relativamente à dor associada à punção da fístula arteriovenosa e evidenciou como as intervenções de enfermagem especializadas contribuíram para a melhoria do conforto e da autogestão durante a hemodiálise. A evolução observada ao longo das sessões, com

redução da intensidade da dor, maior capacidade de autocontrolo e diminuição da ansiedade antecipatória, confirma o que a literatura tem demonstrado: intervenções combinadas, envolvendo estratégias farmacológicas e não farmacológicas, potenciam ganhos significativos em conforto e bem-estar em pessoas submetidas a terapias repetitivas como a hemodiálise. A utilização adequada de anestésicos tópicos, aliada ao reforço do ensino e à promoção de técnicas de relaxamento, mostrou-se eficaz para reduzir a dor procedimental, alinhando-se com estudos que evidenciam o benefício desta intervenção. Por sua vez, o aumento da autonomia da cliente e da sua capacidade de preparação prévia para o tratamento reforça a importância da educação para a saúde e da capacitação, dimensões centrais nas recomendações da RNAO para a gestão de condições crónicas (2010).

Este estudo constituiu igualmente uma experiência significativa para o desenvolvimento das competências específicas enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica. A necessidade de avaliar sistematicamente focos como dor, ansiedade, autocuidado e adesão permitiu consolidar competências de tomada de decisão clínica, planeamento de cuidados individualizados e monitorização contínua. A elaboração do plano de cuidados com base na Ontologia de Enfermagem, promoveu o desenvolvimento de competências de raciocínio clínico avançado e de documentação estruturada, essenciais para a prática especializada. Para além disso, a implementação de intervenções centradas na promoção do conforto, seguindo a Teoria de Kolcaba, contribuiu para reforçar a sensibilidade clínica ao sofrimento da cliente, a valorização da experiência subjetiva da dor e a importância de cuidados humanizados. De igual modo, o ensino individualizado sobre autocuidado e o reforço das estratégias de autogestão permitiram desenvolver competências de capacitação da pessoa, fundamentais na abordagem à doença crónica.

O estudo de caso revelou-se ainda um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem na unidade. A sistematização das intervenções para a gestão da dor e da ansiedade durante a punção demonstrou a importância de integrar práticas consistentes de educação para a saúde, técnicas de relaxamento e estratégias farmacológicas de forma coordenada. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de uniformizar procedimentos e estabelecer orientações claras sobre a utilização de anestésicos tópicos, bem como de promover intervenções não farmacológicas que se têm mostrado eficazes, mas que nem

sempre são aplicadas de forma sistemática. A integração de referenciais como os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e as *guidelines* da RNAO contribuiu para uma reflexão mais ampliada sobre a necessidade de cuidados centrados na pessoa, na sua segurança, conforto e participação ativa.

No decurso do processo, emergiram algumas dificuldades que exigiram análise crítica e delineamento de estratégias específicas. Uma das principais dificuldades foi a variabilidade da perceção de dor pela cliente, influenciada por fatores emocionais, fadiga e experiência prévia, o que exigiu repetidas avaliações e adaptações nas intervenções propostas. Também se registou inicialmente alguma inconsistência na aplicação do creme anestésico, sobretudo no que diz respeito ao tempo de antecedência adequado, evidenciando a necessidade de reforço educativo e confirmação através de ensino-retorno. A ansiedade persistente antes da punção constituiu outro desafio relevante, sobretudo nas primeiras sessões, exigindo maior investimento em comunicação terapêutica, técnicas de relaxamento e criação de um ambiente mais tranquilizador.

No seu conjunto, o estudo permitiu demonstrar que intervenções de enfermagem estruturadas, fundamentadas e centradas na pessoa contribuem de forma significativa para o controlo da dor e da ansiedade na punção da FAV, promovendo conforto, autogestão e participação ativa no tratamento. Simultaneamente, constituiu uma experiência formativa essencial para o desenvolvimento de competências especializadas e para o reforço da importância da reflexão crítica e da atualização científica contínua na prática de enfermagem em contexto de cronicidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso permitiu evidenciar a relevância das intervenções de enfermagem especializadas na gestão da dor associada à punção da fístula arteriovenosa em contexto de hemodiálise, destacando-se como principais achados a redução progressiva da intensidade da dor, a diminuição da ansiedade antecipatória e o aumento da capacidade de autocontrolo por parte da cliente. A utilização consistente do creme anestésico tópico, aliada às estratégias de relaxamento, educação para a saúde e

comunicação terapêutica, mostrou-se particularmente eficaz na promoção do conforto e na melhoria da experiência global durante o procedimento. Verificou-se igualmente um crescimento significativo da autonomia da cliente, que passou a preparar-se de forma mais consciente e informada antes da sessão, refletindo um reforço da autogestão e da confiança no processo dialítico. Estes resultados confirmam a importância de uma abordagem integrada, sustentada em referenciais teóricos como a Teoria do Conforto de Kolcaba e a Teoria do Autocuidado de Orem, bem como nos Padrões de Qualidade e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica.

Apesar dos contributos obtidos, o estudo apresenta algumas limitações. A principal prende-se com o facto de se tratar de um estudo de caso único, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados a outras populações ou contextos. A natureza subjetiva da perceção da dor constitui igualmente uma limitação, podendo ser influenciada por fatores emocionais, relacionais ou situacionais que não foram totalmente controlados. A ausência de instrumentos complementares de avaliação psicológica, que poderiam aprofundar a compreensão da ansiedade da cliente, constitui também uma limitação metodológica. Adicionalmente, a variabilidade inerente às técnicas de punção realizadas por diferentes profissionais pode ter influenciado a experiência da cliente, dificultando a uniformização dos dados recolhidos.

No que diz respeito às implicações para futuras investigações, os resultados sugerem a pertinência de desenvolver estudos com amostras maiores que permitam comparar diferentes estratégias de controlo da dor, nomeadamente a combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, e analisar a eficácia da educação para a autogestão em diversos perfis de clientes. Para o corpo de conhecimento em Enfermagem Médico-Cirúrgica, este estudo reforça a importância do enfermeiro especialista na avaliação sistemática dos focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem, na implementação de intervenções fundamentadas na evidência e na promoção de cuidados centrados na pessoa, integrando dimensões físicas, emocionais e relacionais.

Em síntese, este estudo permite concluir que intervenções de enfermagem estruturadas, personalizadas e suportadas por referenciais teóricos robustos contribuem significativamente para a melhoria do conforto, da autonomia e da experiência de clientes em programa de hemodiálise. Simultaneamente, evidencia a necessidade de aprofundar o

conhecimento científico sobre estratégias de controlo da dor em punções repetidas, reforçando a importância da investigação contínua e da formação avançada na área da pessoa em situação crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., ... & GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709–733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)

Gohar, S. M., Sadeq, R. M., Mahmood, S. H., & Elsayed, L. A. (2024). Assessment of pain and anxiety during arteriovenous fistula cannulation in adults with chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 241–252.

Kassim, M. A. K., Pantazi, A. C., Nori, W., Tuta, L. A., Balasa, A. L., Mihai, C. M., Mihai, L., Frecus, C. E., Lupu, V. V., Lupu, A., Andrusca, A., Iorga, A. M., Litrin, R. M., Ion, I., Ciciu, E., Chirila, S. I., & Chisnoiu, T. (2023). Non-pharmacological interventions for pain management in hemodialysis: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(16), 5390.

Kaza, B., Sabi, K., Amekoudi, E., Imangue, G., Badibanga, J., Tsevi, C., & Ramdani, B. (2014). Pain during arteriovenous fistula cannulation. *American Journal of Internal Medicine*, 2(5), 87–89. <https://doi.org/10.11648/j.ajim.20140205.12>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.

Lee, K., Kim, D., Lee, H., & Lee, E. (2023). The effect of using vapocoolant spray for pain reduction in arteriovenous fistula cannulation among patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 71, 151674.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crónica*. Diário da República, 2.^a série.

Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). *Ontologia de Enfermagem – Classificação dos Focos de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Self-management support for adults with chronic conditions: Best practice guideline*. RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Person- and family-centred care: Best practice guideline*. RNAO.

Sharifnia, A. M., Chu, G., Manias, E., Davidson, P. M., & Fernandez, R. (2025). Comparative analysis of the effectiveness of pharmacological and non-pharmacological interventions on arteriovenous fistula cannulation-related pain in patients receiving hemodialysis: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 169, 105123.

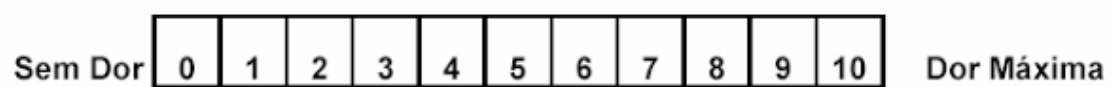
Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2023). *Relatório do Registo Português de Diálise e Transplantação*. Lisboa: SPN.

ANEXOS

ANEXO I

Escala Numérica da Dor

Escala Numérica



Fonte: DGS

APÊNDICE IV – Reflexão Crítica

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica

Reflexão Crítica

Elaborado por:

Sofia Marques N.º 202490017

Enfermeira supervisora:

Ana Graça

Orientadores:

Professora Doutora Helena José

Professora Doutora Isabel Rabiais

Barcarena

Dezembro 2025

Escola Superior de Saúde Atlântica

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica

Reflexão Crítica

Elaborado por:

Sofia Marques N.º 202490017

Enfermeira supervisora:

Ana Graça

Orientadores:

Professora Doutora Helena José

Professora Doutora Isabel Rabiais

Barcarena

Dezembro 2025

i

Sofia Marques – maio 2026 – Atlântica

O Estágio II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, decorreu no serviço de hemodiálise de um hospital público da região de Lisboa. Este contexto caracteriza-se pela prestação de cuidados especializados a pessoas com doença renal crónica, dependentes de terapêutica de substituição renal, frequentemente associada a comorbilidades e elevado grau de vulnerabilidade clínica e emocional.

A intervenção desenvolvida ao longo do estágio foi sustentada por uma revisão rápida da literatura sobre estratégias de redução da dor durante a punção da fistula arteriovenosa em pessoas em hemodiálise. Este trabalho permitiu identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes, fundamentar a prática clínica na melhor evidência científica disponível e orientar a tomada de decisão na conceção e implementação de intervenções especializadas, reforçando uma prática centrada na pessoa e promotora da qualidade e segurança dos cuidados.

O campo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no serviço de hemodiálise, centra-se na prestação de cuidados contínuos e diferenciados à pessoa com doença renal crónica, exigindo competências avançadas na avaliação clínica, gestão do risco, promoção da segurança e capacitação para o autocuidado. Trata-se de um contexto marcado pela repetição de procedimentos invasivos, como a punção do acesso vascular, e pela necessidade de acompanhamento prolongado, que favorece a construção de uma relação terapêutica consistente.

No âmbito deste estágio, a intervenção especializada incidiu particularmente na gestão da dor associada à punção da fistula arteriovenosa, identificada como um foco prioritário de atenção, tanto pela evidência científica como pela observação direta da prática clínica. Este foco foi operacionalizado através da elaboração e implementação de um Plano de Atividades estruturado e do desenvolvimento de um Estudo de Caso, permitindo uma intervenção fundamentada, sistemática e centrada na pessoa

Durante o estágio foram desenvolvidas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica, em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas. Destaca-se o desenvolvimento de

competências no âmbito de cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar a doença crónica, através da avaliação sistemática das necessidades afetadas, da identificação de focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, do planeamento e implementação de intervenções especializadas e da avaliação dos resultados obtidos. Paralelamente, foram desenvolvidas competências no âmbito de maximizar o ambiente terapêutico, com particular enfoque na gestão da dor associada à punção da fístula arteriovenosa, na promoção do conforto, na prevenção de eventos adversos e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados.

Os principais focos de atenção trabalhados durante o estágio, nomeadamente a dor associada à punção da fístula arteriovenosa, a ansiedade antecipatória, o conforto e a capacidade de autocontrolo, foram identificados e aprofundados à luz da evidência científica sintetizada na revisão rápida da literatura realizada. Os resultados dessa revisão evidenciaram a eficácia de intervenções como anestésicos tópicos, acupressão, aromaterapia e técnicas de distração, orientando a seleção de estratégias individualizadas aplicadas no estudo de caso e na prática clínica, com ganhos observáveis em conforto, redução da dor e maior participação da pessoa em hemodiálise no seu processo de cuidar.

A avaliação e intervenção estruturadas permitiram observar resultados positivos, nomeadamente a redução progressiva da intensidade da dor durante a punção, a diminuição da ansiedade antecipatória e o aumento da autonomia da cliente na preparação para o procedimento. Estes ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem evidenciam o impacto da intervenção especializada e a relevância de estratégias combinadas, adaptadas às preferências da pessoa

A doença renal crónica impõe limitações significativas à pessoa em hemodiálise, traduzidas na dependência de tratamentos regulares, na vivência de procedimentos dolorosos e no impacto emocional associado à cronicidade. No decurso do estágio, foi possível reconhecer como estas limitações influenciam a experiência da dor e a adesão ao tratamento.

As atividades desenvolvidas, elaboração do Estudo de Caso, aplicação prática das intervenções e realização de uma atividade formativa, contribuíram de forma decisiva para o alcance do objetivo geral do estágio, reforçando a articulação entre teoria, prática e evidência científica.

Foi então desenvolvida uma Análise SWOT que como forças, destaca-se a possibilidade de desenvolver um projeto aplicado num contexto real de prática clínica e a integração numa equipa experiente. Como fraquezas, identificam-se a limitação temporal do estágio e a variabilidade das práticas entre profissionais. As oportunidades relacionam-se com a sensibilização da equipa para a gestão da dor e a melhoria dos registos de enfermagem, enquanto as ameaças se prendem com a elevada carga assistencial, que pode dificultar a implementação sistemática de intervenções não farmacológicas.

Como sugestões para ultrapassar as dificuldades sentidas, destaca-se a importância de reforçar a formação contínua sobre a gestão da dor em hemodiálise, uniformizar procedimentos e promover a utilização sistemática de escalas de avaliação da dor e de registos estruturados. A articulação entre a evidência científica resultante da revisão rápida da literatura e a prática clínica permitiu uma intervenção mais consciente, estruturada e individualizada, reforçando a importância do enfermeiro especialista na integração do conhecimento científico na melhoria contínua da qualidade dos cuidados em contexto de hemodiálise.

Em conclusão, o estágio no serviço de hemodiálise, articulado com os trabalhos desenvolvidos, constituiu uma experiência formativa fundamental para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. A gestão do alívio da dor na punção da fistula arteriovenosa revelou-se um foco central de intervenção especializada, reforçando a importância de uma prática reflexiva, informada pela evidência e centrada na pessoa.



Educação para a Saúde à Pessoa com Doença Crónica: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Sofia dos Reis Marques