

**Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso da Pessoa com Doença
Renal Crónica em Programa de Hemodiálise**

Anabela Martins Ferreira

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Orientador: Professor Doutor Carlos Pires Magalhães (Professor Adjunto da Escola Superior de
Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal).

Setembro de 2022

Ferreira, A. M. **Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise.** Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2022.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Professor Doutor Carlos Pires Magalhães, agradeço a sua orientação, a sua sabedoria e compreensão. Pela partilha de saber que me transmitiu ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

À Clínica privada de hemodiálise Tecsam, em Mirandela, por permitirem a realização das etapas da coleta de dados.

Aos Doentes Hemodialisados que participaram neste estudo, que partilharam as suas experiências.

Àqueles que me apoiaram e ajudaram durante todo este percurso académico.

À minha irmã que me apoiou e acreditou na realização deste sonho.

À minha família, fonte de confiança e incentivo, que são o meu pilar e que vão lá estar sempre.

RESUMO

Enquadramento: A adesão ao regime medicamentoso na pessoa com doença renal crónica (DRC) em hemodiálise é deveras importante, de resto, como destaca a vasta literatura científica da área, relevando a necessidade de se avaliar a mesma.

Objetivos: Avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos inquiridos. Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo correlacional e transversal, inserido numa abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. A amostra reporta-se aos utentes com DRC que se encontravam a realizar hemodiálise numa clínica privada da região norte de Portugal. Obteve-se uma amostra de 110 doentes. Para avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso dos indivíduos, foi aplicado um questionário composto pela caracterização sociodemográfica e clínica, e o instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), adaptado e validado para a população portuguesa por Delgado e Lima (2001). O estudo obteve o consentimento por parte de uma comissão de ética (nº74/2022) e por parte do centro de hemodiálise. Foi assegurada a livre participação, com respetiva assinatura do consentimento informado por parte dos utentes.

Resultados: A amostra é maioritariamente do sexo feminino (64,5%; $n = 71$), com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos (68,2%; $n = 75$), casados ou em união de facto (65,5%; $n = 72$), com habilitações ao nível do 1.º ciclo (52,7%; $n = 58$). Globalmente, o valor médio obtido nos sete itens da escala MAT foi de $5,36 \pm 0,472$. Verificou-se com base no padrão dicotómico da escala que 83,64% da amostra ($n = 92$) enquadrava-se como aderente e 16,36% ($n = 18$) como não aderente. A análise inferencial mostrou haver diferença estatisticamente significativa entre a adesão e a coabitação, em que os inquiridos que viviam com outras pessoas (ERPI) foram os que apresentaram pontuações mais elevadas na adesão.

Conclusão: Apesar da elevada percentagem de aderentes, o seu incremento é possível e desejável, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Palavras-chave: Doença renal crónica; Adesão ao regime terapêutico medicamentoso; Hemodiálise.

ABSTRAT

Background: Adherence to the drug treatment regimen in people with chronic kidney disease (CKD) on hemodialysis is very important, moreover, as the vast scientific literature in the area highlights, highlighting the need to evaluate it.

Objectives: Evaluate the adherence to the drug therapy regimen of the respondents. To identify the relationship of sociodemographic and clinical variables with adherence to the drug treatment regimen.

Methods: This is a descriptive correlational and cross-sectional study, inserted in a quantitative approach with the objective of evaluating the adherence to the drug treatment regimen of the person with chronic kidney disease in a hemodialysis program. The sample refers to patients with CKD Who were undergoing hemodialysis in a private clinic in the northern region of Portugal. A sample of 110 patients was obtained. To assess the level of adherence to the medication regimen to the individuals, a questionnaire was applied consisting of sociodemographic and clinical characteristics and the Treatment Adherence Measure instrument (MAT), adapted and validated for the portuguese population by Delgado and Lima (2001). The study obtained consent from an ethics committee (nº74/2022) and by the hemodialysis center. Free participation was ensured, with the respective signature of informed consent by users.

Results: The sample is mostly female (64.5%; n=71), aged between 65 and 84 years (68.2%; n=75), married or in a facto union (65.5%; n=72), with qualifications at the 1st cycle level (52.7%; n=58). Overall, the mean value obtained in the seven items of the MAT scale was 5.36 ± 0.472 . Based on the dichotomous pattern of the scale, it was found that 83.64% of the sample (n = 92) was classified as adherent and 16.36% (n = 18) as non-adherent. The inferential analysis showed a statistically significant difference between adherence and cohabitation, in which respondents who lived with other people (residential structures for the elderly) were the ones who presented higher adherence scores.

Conclusion: Despite the high percentage of adherents, its increase is possible and desirable, aiming at obtaining health gains.

Keywords: Chronic kidney disease; Adherence to the drug therapy regimen; Hemodialysis.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

Cl – Cloreto (símbolo químico)

CVC – Cateter Venoso Central

DM – Diabetes Melittus

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FAV – Fistula Arteriovenosa

GID – Gestão Integrada da Doença

HAS – Hipertensão Arterial Sistémica

HCO₃ – Bicarbonatos (símbolo químico)

HD - Hemodiálise

HTA – Hipertensão Arterial

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IRCT – Insuficiência Renal Crónica Terminal

K⁺ - Potássio (símbolo químico)

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes

MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

Na⁺ - Íons de Sódio (símbolo químico)

OE – Ordem dos Enfermeiros

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TRS – Terapia de substituição renal

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

ULSNE – Unidade Local de Saúde Nordeste Transmontano

VIH – Virus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1. Doença Renal Crônica.....	17
2. Hemodiálise.....	24
2.1 Terapêutica Medicamentosa complementar em Hemodiálise.....	29
2.2 Consequências da Hemodiálise.....	32
3. Adesão ao Regime Terapêutico.....	36
3.1 Fatores Implicados na Adesão ao Regime Terapêutico.....	38
3.2 Consequências da não adesão à terapêutica.....	41
3.3 Papel do Enfermeiro na Adesão Ao Regime Terapêutico Medicamentoso	43
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	47
1. Metodologia.....	48
1.1 Tipo de Estudo.....	48
1.2 População/Amostrado Estudo.....	49
1.3 Instrumento de Recolha de Dados.....	50
1.4 Variáveis do Estudo	52
1.4.1 Variável Independente.....	52
1.4.2 Variável Dependente.....	54
1.5 Considerações Éticas.....	55
1.6 Procedimentos de Análise dos Dados	55
2. Apresentação e Análise dos Resultados.....	57

3. Discussão dos Resultados	66
CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	92
Anexo I – Relatório de desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica.....	93
Anexo II – Instrumento de Recolha de Dados.....	132
Anexo III – Autorização dos autores que adaptaram e validaram a Escala MAT para a população portuguesa.....	138
ANEXO IV – Parecer da Clínica de Hemodiálise.....	140
ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética do IPB.....	142
ANEXO VI – Consentimento Informado Livre e Esclarecido.....	144
ANEXO VII – Comprovativo de submissão de artigo numa revista de enfermagem.....	147

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Medicação mais usada pelos doentes em hemodiálise.....	30
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis independentes.....	53
Tabela 2- Caraterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas.....	57
Tabela 3 - Caraterização da amostra de acordo com a idade e o sexo.....	58
Tabela 4 - Distribuição da amostra em função das variáveis clínicas.....	59
Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto à Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	61
Tabela 6 - Medidas de tendência central e dispersão de Medida de Adesão aos Tratamentos.....	62
Tabela 7 - Relação ente as variáveis sociodemográficas e clínicas com os valores médios obtidos em MAT.	65

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública e um desafio à escala mundial (Silva et al., 2020). Na última década tem-se registado um aumento significativo de casos de DRC, em distintos contextos, estando relacionados com o envelhecimento da população e com a melhoria da expectativa de vida (Marinho, Penha, Silva & Galvão, 2017).

A Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), é uma organização global que desenvolve e implementa diretrizes de práticas clínicas, baseadas em evidência em doenças renais. Define a doença renal crónica como uma anormalidade da estrutura ou função renal superior a três meses, com implicações para a saúde (KDIGO, 2017).

Nos países desenvolvidos, estima-se uma prevalência da DRC entre 10 a 13% na população adulta, enquanto que nos países em desenvolvimento, prevalece uma limitação e heterogeneidade nos dados de prevalência, não permitindo uma estimativa (Marinho, Oliveira, Borges, Silva & Fernandes, 2017).

Portugal destaca-se como o país da Europa que apresenta a maior taxa de incidência e prevalência da doença renal crónica (Macário, 2017).

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no ano de 2019 iniciaram diálise ou foram submetidos a transplante renal 2673 doentes. Em 2020, a incidência de novos doentes a iniciar terapêutica de substituição da função renal (TSFR) face ao ano de 2019, continua muito elevada (Galvão et al., 2020).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2008), a adesão ao regime terapêutico é um tipo de comportamento de adesão com as seguintes características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença

e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos na saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso operacionaliza-se através do cumprimento e seguimento do que é recomendado, traduzido na ação e comportamento da pessoa relativamente à toma dos medicamentos prescritos e ainda às indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde (World Health Organization, 2003).

Existem alguns estudos relativos à adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com DRC em hemodiálise, demonstrando que o processo de adesão do doente é influenciado por vários fatores que determinam a adesão ou não da terapêutica.

Um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado por Santos (2018), com o objetivo de identificar as variáveis que se associam com a adesão ao tratamento de pacientes com DRC em terapia renal substitutiva. Participaram no estudo 200 pacientes em tratamento hemodialítico. A pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) revelou que a maioria dos participantes do grupo de estudo (65%) era aderente ao tratamento. Concluíram que as variáveis que influenciaram positivamente na adesão ao tratamento foram, a idade e o tempo de diagnóstico. O número de comorbilidades foi considerado um aspeto negativo.

Outro estudo, transversal e descritivo realizado por Sousa (2012), que tem como objetivo identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso do doente IRC em hemodiálise. Estudo realizado numa clínica de hemodiálise no distrito de Viseu. Participaram no estudo 220 doentes com IRC a efetuar hemodiálise. Objetivou correlações negativas e significativas entre a adesão terapêutica medicamentosa e o número diário de comprimidos (quanto maior o número diário de comprimidos menor é a adesão terapêutica). Outro aspeto que

influenciou negativamente, foi o comprimento das recomendações da dieta e da hidratação, com a adesão terapêutica medicamentosa.

De acordo com o que foi referido, pareceu-nos pertinente a realização deste estudo, para conhecermos melhor a realidade sobre a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. O presente trabalho enquadra-se no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde. O tema abordado neste projeto é a adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise.

Trata-se de um estudo descritivo correlacional e transversal, inserido numa abordagem quantitativa, que pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos inquiridos;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Este projeto de investigação encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte reporta-se ao enquadramento concetual, planificado em três subcapítulos: Doença renal crónica, hemodiálise e adesão ao regime terapêutico. A segunda parte faz referência ao estudo empírico, onde se aborda a metodologia, que guiou no desenvolvimento deste estudo. Segue-se a Apresentação e análise dos resultados obtidos e a respetiva discussão. Finaliza-se apresentando as conclusões do estudo, onde estão mencionadas as considerações relativas aos resultados obtidos, às limitações do estudo e indicações de possíveis linhas de investigação a serem estudadas, dentro desta temática.

A Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por duas componentes: a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica, esta foi desenvolvida nos seguintes serviços: SMI, ULSNE – Hospital de Bragança; SU, no CHTMAD – Hospital de Chaves e Hemodiálise, na Clínica privada de hemodiálise TECSAM, em Mirandela. No anexo I do presente Relatório Final, apresenta-se o Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica. Aquando da realização da prática clínica, incrementou-se a consciência da problemática que deu origem ao presente estudo.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOENÇA RENAL CRÓNICA

O termo doença renal crónica (DRC), remete a um diagnóstico de perda progressiva da função renal, que na maior parte dos casos é irreversível. A DRC ocorre quando os rins não são capazes de remover os produtos da degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras (Zica, 2016). De entre as doenças do rim, a doença renal crónica é particularmente relevante, pela sua frequência e pelo sofrimento e incapacidade que provoca. Esta leva à necessidade de terapias de substituição renal ou até à realização de um transplante renal, se for possível (Teixeira et al., 2014).

A designação de insuficiência renal crónica ou doença renal crónica, corresponde ao estado patológico em que os rins são incapazes de cumprir as suas funções de eliminação de resíduos, regular o meio interno e sintetizar substâncias. Importa referir que a insuficiência renal crónica é um conceito funcional e não anatómico, isto é, a insuficiência renal não é sinónimo de alterações anatómicas nos rins (Arellano, 2019).

Numa fase inicial da doença, os doentes podem apresentar apenas anormalidades do volume ou da composição da urina. Contudo, na ausência de um tratamento adequado pode progredir para uma vasta variedade de complicações crónicas, resultantes de uma função renal inadequada. As consequências da doença renal dependem da etiologia e da história natural da doença. Alguns tipos de doença renal podem ser transitórios, podendo ser reversíveis e sem deixar sequelas, quando são abordados corretamente. Outros podem progredir lentamente, ou não, para doença renal crónica, com consequências hemodinâmicas e metabólicas associadas (Hammer & Mcphee, 2015).

A DRC, independente da etiologia é classificada em cinco estádios de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG). Nos estádios 1-3, a doença passa despercebida, raramente há manifestações de sintomas, podendo ser detetada casualmente aquando se inicie a preparação da mesma para uma técnica de substituição da função renal (TSFR).

No estágio cinco, também denominado de Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT), o paciente terá que realizar obrigatoriamente, uma Terapia de Substituição Renal (TSR), que pode ser diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal. Mundialmente, foi contabilizado que cerca de 80% dos pacientes com DRCT realizam hemodiálise (Saran et al., 2017).

A classificação que se segue, foi estabelecida em 2012 pela National Kidney Foundation e publicada em suas diretrizes Kidney Disease Improving Global Outcomes – KDIGO 2013. É amplamente utilizada e serve para avaliação, estratificação de risco e acompanhamento dos pacientes com DRC (Levin & Stevens, 2013).

Estádio 1 – Os pacientes com taxa de filtração glomerular maior que 90ml/min, com doenças associadas (HTA, DM, rins policísticos, etc.);

Estádio 2 – Pacientes com taxa de filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min;

Estádio 3 – Pacientes com taxa de filtração glomerular entre 30 e 59 ml/min;

Estádio 4 – Pacientes com taxa de filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min;

Estádio 5 – Pacientes com taxa de filtração glomerular menor que 15 ml/min.

De acordo com a Gestão Integrada da Doença [GID] (2014), as causas da DRC, podem classificar-se em três grupos:

- Grupo 1- Diabetes tipo I e II, sendo esta a principal causa de falência renal, com necessidade de diálise ou transplantação;

- Grupo 2 - Doenças renais não diabéticas, como é o caso das doenças glomerulares (autoimunes ou de causa indeterminada como: Nefropatia de IgA ou doença de Berger, infecciosas, medicamentosas, associadas a neoplasias como o mieloma);

- Grupo 3 - Doenças vasculares (hipertensão com nefroangiosclerose, doença isquêmica renal arteriosclerótica, microangiopatias de diversa natureza).

Para Link (2015), os fatores de risco associados a esta doença são: idade superior a 60 anos; diagnóstico de diabetes; de hipertensão arterial; doença cardiovascular; história familiar de doença renal crônica; história de doenças autoimunes; infecções do trato urinário; cancro e episódios prévios de insuficiência renal aguda.

A IRC na idade adulta, muitas vezes está associada ao fato das pessoas apresentarem outras doenças crônicas como, DM e HAS, sendo estas as principais doenças de base para o desenvolvimento da lesão renal (Marinho, Oliveira, Borges, Silva & Fernandes, 2017). As disfunções renais decorrentes da DM (nefropatia diabética) e da HAS, originam incompatibilidade com a manutenção das funções orgânicas. A alimentação inadequada e o sedentarismo estão fortemente relacionados aos altos índices de incidência dessas patologias (Soares et al., 2017).

A DRC é considerada uma doença crônica não transmissível, cuja prevalência vem aumentando de 7 a 10% ao ano, mais que o crescimento populacional (Thomé et al., 2019).

Para Hill et al. (2016) a doença renal crônica é um problema de saúde mundial com taxas de prevalência crescentes.

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2021), em Portugal existiam cerca de 20 mil pessoas portadoras de IRC, das quais 12.500 em hemodiálise, cerca de 800 em diálise peritoneal e as restantes transplantadas (Campos, 2021).

Portugal é um dos países da Europa com maior incidência de doença renal crónica. A incidência de doentes a iniciar uma terapêutica de substituição da função renal é muito elevada, com cerca de 260 novos doentes por milhão de habitantes em 2019 (Campos, 2021). Para o mesmo autor, em Portugal uma em cada três pessoas tem risco elevado de desenvolver IRC devido a fatores de risco, tais como, a hipertensão, a diabetes, a obesidade, etc.

A DRC é considerada um problema de saúde pública devido ao incremento da sua incidência e prevalência, bem como dos elevados custos económicos associados, afetando substancialmente a vida do paciente, implicando encargos significativos nos sistemas de saúde (Danguilan et al., 2013).

Para Coelho (2015), a Doença Renal Crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública a nível mundial, associada com o aumento do risco de morbilidade e mortalidade. Afeta cerca de 10% a 16% da população adulta da Austrália, Ásia, América do Norte e Europa.

De acordo com WHO (2014), este grupo de doenças lidera no que diz respeito à mortalidade global, representando cerca de 71% das mortes anualmente (equivalente a 41 milhões de pessoas), todos os anos. É de referir que, cerca de 15 milhões de pessoas entre os 30 e os 69 anos morrem de doença crónica (WHO, 2021). Segundo a mesma organização, as doenças crónicas continuarão a ser as principais colaboradoras para a mortalidade e morbilidade a nível mundial.

A prevenção da doença renal crónica pode ser feita essencialmente, a três níveis de intervenção, de acordo com a Gestão Integrada da Doença [GID] (2014):

1- Prevenção da progressão da doença renal crónica para falência renal;

Pela sua especificidade, estes doentes necessitam de acompanhamento específico (Nefrologia) de forma a que se possam controlar atempadamente os fatores de progressão da doença, e avaliar a necessidade de iniciar a terapêutica substitutiva da função renal (TSFR). O tratamento precoce dos fatores agravantes da progressão da doença renal crónica poderá contribuir para o retardamento da falência renal e necessidade de diálise.

2- Prevenção dos fatores de risco associados ao aumento da incidência da doença renal crónica e conveniente controlo metabólico de patologias de risco associadas;

Para prevenir é necessário diagnosticar precocemente a doença renal crónica e rastrear a população de risco. Para os diabéticos e hipertensos maiores de 65 anos com história familiar de doença renal, obesos, doenças sistémicas conhecidas, como o lúpus, doentes com doença cardiovascular e aterosclerose. O rastreio consiste em realizar análises do sedimento urinário, exame radiológico (ecografia renal), avaliação dos eletrólitos séricos (Na^+ , K^+ , Cl^- , HCO_3^-) e avaliação da creatinina sérica para cálculo da TFG.

3- Prevenção dos eventos cardiovasculares associados à doença renal crónica instalada.

Controlar os fatores de risco associados à DRC, como por exemplo, o controle tensional e da diabetes, da dislipidemia e da proteinúria, são fundamentais no sentido de diminuir o risco de morte associado à doença renal crónica.

As pessoas com DRC com fatores de risco previamente identificados, nomeadamente, diabetes, HTA ou obesidade, a função renal deverá ser monitorizada anualmente, com o objetivo de detetar precocemente a sua progressão e, se possível, prevenir uma evolução para DRCT (Levin et al., 2017).

O tratamento da insuficiência renal crónica tem como principal objetivo retardar a perda progressiva da função renal e prevenir outras complicações associadas (Vassalotti et al., 2016).

Apesar do transplante renal ser a terapia de substituição renal de eleição para maioria dos pacientes que atingem DRC estágio 5, a hemodiálise é a terapia de substituição renal mais utilizada no mundo, devido principalmente há falta de disponibilidade de órgãos (Chan et al., 2019).

Os avanços tecnológicos, especialmente os relacionados com as terapias de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal), têm possibilitado uma maior sobrevida aos pacientes. Contudo, o risco de permanecerem com algumas incapacidades funcionais, mantém-se elevado (Alvares, 2013).

A vida das pessoas com DRC organiza-se em torno das mudanças ocasionadas pela natureza da doença, e pelo método de tratamento escolhido. Os doentes tornam-se dependentes do equipamento e da equipa multidisciplinar (Guo et al., 2015).

Existem sintomas negativos relativos à hemodiálise: dor, distúrbios do sono, alterações no controle da pressão arterial, entre outros. Apresentam também dificuldades para trabalhar, devido à rotina do tratamento hemodialítico, a qual exige visitas regulares de duas ou três vezes por semana ao centro de diálise, com uma duração de três a quatro horas por sessão, o que provoca alterações na sua situação financeira (Saran et al., 2017).

A qualidade de vida destas pessoas é dependente de fatores ambientais, do suporte e aceitação da família quanto ao diagnóstico. Os amigos, para além do núcleo familiar, também são de grande importância, por serem uma fonte de sentimentos positivos capazes de ajudar a melhorar a qualidade de vida (Dabrowska-Bender et al., 2018).

As doenças crónicas, na sua maioria limitam a capacidade de produtividade e a capacidade funcional dos pacientes, afetando a sua qualidade de vida (Megari, 2013). Por isso, para o mesmo autor, avaliar a qualidade de vida das pessoas com doença crónica é importante, sobretudo avaliar os aspetos cognitivos e emocionais, pois pode determinar o impacto que a mesma tem na vida das pessoas que vivem com a doença. No caso específico da IRC, estudos demonstraram que a esta doença em fase terminal (estádio 5) resultava numa menor esperança de vida e numa fraca qualidade da mesma (Mills et al., 2015).

2. HEMODIÁLISE

A hemodiálise é um tipo de tratamento que substitui a função dos rins, através da filtração artificial do sangue. É através desta, que são retiradas substâncias do sangue, que quando em excesso trazem prejuízos para o corpo, como é o caso da ureia, do potássio, do sódio e da água (Daugirdas et al., 2016).

O programa regular de HD implica geralmente três sessões de diálise por semana, cada uma com duração de 3 a 4 horas. Em regra, as sessões de diálise ocorrem em dias alternados, com um intervalo de dois dias durante o fim de semana. O excesso de fluidos e as toxinas urêmicas são temporariamente removidas durante as sessões de HD, mas tendem a acumular-se logo de seguida, pelo que o tratamento deve ser regular e ajustado às necessidades do indivíduo (Cristóvão, 2016).

O tratamento é realizado num hospital ou numa unidade de diálise, no entanto, e apesar de ser uma modalidade pouco implementada no nosso país, existe a possibilidade de realizar hemodiálise no domicílio (Norma nº 017/2011).

Para De Sousa et al. (2018), a palavra “diálise” refere-se ao movimento de solutos e água, através de uma membrana semipermeável de acordo com os gradientes de concentração. Assim, a hemodiálise representa a troca extracorporal de solutos e água entre o sangue e uma solução designada dialisante. Tem como objetivo, remover os produtos metabólicos e corrigir o balanço hídrico, eletrolítico e ácido-base, afetados pela insuficiência renal.

A hemodialise (HD) é uma técnica na qual o sangue de um paciente é desviado para uma máquina que o filtra artificialmente, retirando substâncias urêmicas do sangue de pessoas com insuficiência renal, onde existe um processo de purificação, pela utilização de uma membrana

semipermeável. Os monitores de diálise garantem a circulação de sangue num circuito extracorporeal (Daugirdas et al., 2016).

Para Terra et al. (2010) o método consiste “na circulação extracorpórea do sangue em tubos ou compartimentos feitos de uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução eletrolítica apropriada – solução de diálise ou banho” (p. 122).

Para Da Silva (2015), a hemodiálise é uma TRS que envolve o procedimento extracorpóreo de filtração do sangue por meio de um dialisador. Na HD, a transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução de diálise através de uma membrana semipermeável artificial (filtro de HD ou capilar) por três mecanismos: a difusão, ultrafiltração e a convecção. A difusão é o fluxo de soluto a favor do gradiente de concentração, através da membrana. A ultrafiltração é a remoção de líquidos através de um gradiente de pressão hidrostática que força a passagem de água através da membrana para o banho da diálise, e a convecção é a perda de solutos durante a ultrafiltração, quando ocorre o arraste de solutos na mesma direção do fluxo de líquidos através da membrana. Os métodos de acesso à circulação do paciente podem ser realizados através da inserção de cateteres em veias jugulares, subclávia e femoral ou pela confecção de fístulas arteriovenosas, criadas cirurgicamente a partir da anastomose entre uma artéria e uma veia.

Na hemodiálise, os resíduos e o excesso de água são removidos por meio de um filtro externo denominado dialisador, que contém uma membrana semipermeável. A separação dos resíduos é feita criando um gradiente de fluxo contracorrente, onde o fluxo sanguíneo corre numa direção e o fluido do dialisador na direção oposta (De Sousa et al., 2018). Assim, pode-se entender que o processo de hemodiálise ocorre através de uma máquina onde acontece a limpeza e filtração do sangue. Para os mesmos autores, para realizar uma sessão de hemodiálise são necessários vários

componentes: anticoagulante, circuito exterior, bomba de sangue, membrana dialisadora, e acesso à circulação sanguínea, todos estes itens vêm sendo aprimorados desde 1924.

Na hemodiálise, o sangue é removido do corpo e é bombeado por uma máquina para um dialisador (rim artificial). O dialisador filtra os resíduos metabólicos do sangue e devolve o sangue purificado ao corpo da pessoa. A quantidade total de líquido retornado pode ser ajustada, em particular, e o excesso de líquido que se acumula durante a insuficiência renal pode ser removido. A heparina, um medicamento que previne a coagulação, é administrada durante a hemodiálise para evitar que o sangue coagule no dialisador. Dentro do dialisador, uma membrana porosa artificial separa o sangue do líquido (o dialisante). O líquido, os resíduos e os eletrólitos no sangue são filtrados através da membrana para o dialisante. Os pequenos poros da membrana não podem filtrar as células sanguíneas e as proteínas de grande tamanho, por isso estas permanecem no sangue. O sangue dialisado (purificado) é devolvido ao corpo da pessoa (L. Aimee Hechanova, 2020).

A realização da hemodiálise é precedida pela obtenção de uma via de acesso vascular, que pode ser provisória por meio de cateteres ou pela confecção cirúrgica de uma fístula arteriovenosa, que é considerada um acesso vascular permanente. É importante destacar que a preservação do acesso vascular é fundamental para a manutenção da qualidade da diálise e da vida do paciente renal crônico (Barros, 2017).

O acesso vascular para HD pode ser temporário ou permanente. Os acessos temporários são os cateteres venosos, geralmente utilizados nos pacientes que vão iniciar a TRS, ou naqueles em que existe a impossibilidade de se realizar uma fístula arteriovenosa (FAV). Os cateteres venosos estão associados a mais complicações como, trombozes, infecção e inflamação. A FAV, é

o acesso permanente e de eleição nos pacientes em HD, pois permite uma melhor eficácia na realização do tratamento, com baixas taxas de complicações (Ravani et al., 2013).

A escolha entre o CVC e a FAV deve ser feita a partir de uma avaliação e um planeamento amplo centrado no paciente, considerando as suas necessidades individuais, a possibilidade de realização do acesso e a sobrevida deste. Após esse primeiro momento, a evolução do acesso deve ser acompanhada e reavaliada frequentemente com o intuito de evitar complicações e garantir o bom funcionamento da HD. Mesmo assim, a escolha do acesso vascular continua a ser um desafio significativo no planeamento do tratamento em pacientes renais crónicos (Lok et al., 2020).

O método de acesso vascular com cateter venoso central (CVC), é realizado a partir da inserção de um cateter numa veia (jugular interna, femoral e a subclávia), escolhidas devido ao fato de estas possuírem um grande calibre. O cateter venoso central (CVC), é classificado como acesso temporário, visto que sua durabilidade varia de horas a semanas (Sesso et al., 2016).

A necessidade de um CVC é considerada nos casos em que a fístula não apresenta um fluxo ou maturação adequada no momento da HD, ou nos casos em que ocorre obstrução da FAV por trombose do vaso. Contudo, é sabido que o tratamento efetuado com CVC pode originar ocorrência de trombose e infeções, o que pode comprometer o estado clínico da pessoa em tratamento, além de elevar os custos da terapia hemodialítica e comprometer futuros acessos vasculares (Ravani et al., 2013).

Segundo L. Aimee Hechanova (2020), a hemodiálise necessita de um acesso repetido à corrente sanguínea. Embora os médicos consigam obter o acesso temporário inserindo um cateter intravenoso numa veia de grande calibre, em geral uma conexão artificial entre uma artéria e uma veia (uma fístula arteriovenosa; comunicação anormal entre uma artéria e uma veia) é

cirurgicamente criada para facilitar o acesso a longo prazo. Nesse procedimento, une-se a artéria radial com a veia cefálica do antebraço. Como resultado, a veia cefálica subsequentemente dilata, aumentando o fluxo sanguíneo, tornando a veia adequada para perfuração repetida com uma agulha. As fístulas são criadas por cirurgias vasculares. Quando é impossível criar uma fístula, uma artéria e uma veia podem ser ligadas cirurgicamente com o uso de um conector sintético (enxerto). Os enxertos são frequentemente colocados no braço da pessoa. Na hemodiálise, o profissional de saúde coloca agulhas na fístula ou implante da pessoa para permitir que sangue seja removido para limpeza.

Para realizar uma fistula arteriovenosa, é necessário unir, mediante cirurgia, uma veia a uma artéria por onde irá circular o sangue, preferencialmente no membro superior não-dominante. Quando não é possível constituir uma FAV (fístula arteriovenosa), opta-se por intercalar entre a artéria e a veia um tubo que é designado por prótese.

Para Ribeiro et al. (2018), a fistula arteriovenosa (FAV) é considerada o acesso de eleição para a hemodiálise, devido à menor taxa de complicações infecciosas e pela sua facilidade de utilização. Para realizar uma FAV é feita a anastomose entre uma artéria e uma veia superficial. Após o procedimento é preciso aguardar um tempo para que seja utilizada (6 a 8 semanas), este processo é denominado de maturação. De acordo com os mesmos autores, o cateter é inserido diretamente na fistula. Os cateteres possuem duas vias, uma para aspirar o sangue e outra para devolve-la ao paciente após ser filtrado pela máquina. As veias indicadas para o acesso são a jugular interna, a subclávia e a femoral.

A FAV, para além de ser considerada como um acesso permanente, também garante um maior fluxo sanguíneo no local da punção na realização do tratamento hemodialítico. Este fator é crucial para o sucesso do tratamento. Este acesso vascular, deve obedecer à “regra dos 6” para ser

considerado próprio para uso. Esta regra consiste numa FAV com fluxo de 600 ml/minuto, ter um diâmetro mínimo de 0,6 cm e estar posicionada a menos de 0,6 cm da superfície cutânea (Vachharajani et al., 2019).

Um estudo de coorte realizado a 524 pacientes a realizar hemodiálise, com o objetivo de avaliar o acesso de início para realização de hemodiálise. Constataram que, 36,5% dos pacientes iniciaram tratamento com FAV e 63,5% com CVC e posteriormente FAV. Foi observado que, dos pacientes que iniciaram tratamento com CVC, o tempo médio de uso foi de 87 dias e a ocorrência de complicações relacionadas ao cateter foi significativamente maior no grupo CVC a longo prazo, devido ao mau funcionamento do acesso e de estenose da veia central no CVC (Jeong et al., 2019).

Após a escolha do acesso vascular (seja CVC ou FAV), a equipa multidisciplinar deve acompanhar a evolução do paciente e do acesso, avaliando a possibilidade de falhas e complicações. O acompanhamento deve seguir uma rotina, a fim de identificar possíveis falhas na maturação das fístulas após 6 a 8 semanas e, quando necessário, definir uma intervenção precoce para favorecer a maturação. Além disso, deve garantir a preservação de veias calibrosas centrais e minimizar o tempo de exposição ao CVC, prática que favorece a redução da morbidade e garante o uso do acesso por mais tempo, influenciando diretamente a qualidade da HD (Vachharajani et al., 2019).

2.1 Terapêutica Medicamentosa Complementar em Hemodiálise

Apesar dos avanços tecnológicos, a Hemodiálise não substitui a função hormonal e metabólica do rim. A TSFR por diálise exige terapêutica médica complementar. A terapêutica medicamentosa instituída varia de pessoa para pessoa, conforme as suas necessidades, podendo incluir vitaminas, cálcio e captadores de fósforo, entre outras. Visa ainda o controlo de sintomas

causados por doenças associadas à IRC, como sejam a hipertensão arterial e a diabetes (Daugirdas et al., 2016).

Para Terra et al. (2010), os medicamentos são prescritos com a expectativa de que eles possam causar benefícios e fatores positivos na saúde do paciente. A terapêutica medicamentosa do doente com insuficiência renal crónica, pode abranger um vasto leque dirigido ao tratamento de diversas patologias concomitantes. Segue-se uma abordagem daquela que é utilizada com mais frequência pelo doente com insuficiência renal crónica, quadro 1.

Quadro 1

Medicação Mais Usada pelos Doentes em Hemodiálise

Medicação	
Anti-Hipertensores	Antagonistas do Cálcio ARAs – IECAs Agonistas Centrais Alfa 2 Beta-Bloqueantes Outros
Medicação Cardiovascular	Nitratos Amiodarona
Medicação Metabolismo Mineral	Quelantes de Fósforo Cálcio Vitamina D Cinacalcet
Tratamento da Anemia	Estimulantes da Eritropoiese Ferro
Medicação Gastrointestinal	Anti-H2 Reguladores da Motilidade

Fonte: Rodrigues, I. et al. Terapêutica peri-dialítica. Manual de hemodiálise para enfermeiros. Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4488-0

Segundo Rodrigues et al. (2011), na maioria dos doentes em hemodiálise, a HTA resulta da retenção de sódio e do aumento do volume intravascular, sendo controlada através da estratégia dialítica de cada doente (plano dialítico individualizado) e de restrições no regime dietético relativamente à ingestão de água e sal. No entanto, em alguns casos, pode dever-se a níveis elevados de renina plasmática, ao aumento das catecolaminas plasmáticas (por disfunção do

sistema nervoso simpático), ou à diminuição da sensibilidade dos baroreceptores. Além das medidas dietéticas e dialíticas instituídas, pode ser necessário o uso de drogas hipotensoras:

- Diuréticos, pouco utilizados devido à sua reduzida eficácia nestes doentes;
- Inibidores da enzima de conversão/bloqueadores dos recetores da angiotensina, têm efeito anti-hipertensor e protetor vascular;
- Beta-bloqueantes, atuam a nível do sistema nervoso;
- Antagonistas do Cálcio, interferem com os recetores dos canais de cálcio na parede celular. A prevalência de doenças cardiovasculares nos hemodialisados é elevada, devido à existência de fatores de risco para a aterosclerose (ex.: HTA e diabetes). Outros fatores associados à uremia contribuem para esta situação: hipertrigliceridémia, hiperparatiroidismo, metabolismo anormal do cálcio e fósforo, calcificações vasculares e níveis elevados de ácido úrico. A medicação mais comum é a amiodarona e os nitratos (Rodrigues et al., 2011). Para o mesmo autor, quase todos os doentes IRCT sofrem de patologia óssea, isto porque são frequentes as alterações do metabolismo fósforo/cálcio. As principais alterações incluem défice de produção de vitamina D3, retenção de fósforo e alterações da secreção e produção de paratormona. A terapêutica visa o controle eficaz dos níveis de fósforo/cálcio, para diminuir os efeitos do paratiroidismo secundário à IRC, através de um enriquecimento da mineralização óssea.
- Quelantes do fósforo, controlam a hiperfosfatémia, limitam a sua absorção a nível do tubo digestivo (ex.: Carbonato de Cálcio, Acetato de Cálcio/Carbonato de Magnésio, Hidróxido de Alumínio, Sevelamer);
- Cinacalcet, bloqueia os recetores de cálcio a nível da paratiroide;

– Derivados de vitamina D (Alfacalcidol, Calcitriol, Paracalcitol e Colecalciferol).

Ainda de acordo com os mesmos autores, a anemia do doente com IRC em HD é multifatorial. A maioria dos doentes em terapêutica substitutiva da função renal apresenta anemia, que está fundamentalmente associada à baixa produção de eritropoietina, embora possa ser agravada por outros fatores (ferropénia, défice de vitamina B12, défice de ácido fólico, etc.). O tratamento da anemia depende da causa, pelo que é importante conhecer a sua etiologia. Nas pessoas IRCT, é comum a utilização de eritropoietina humana recombinante. A via de administração mais utilizada é a endovenosa pós-diálise. A administração de ferro é também usual, aumentando a resposta ao tratamento com eritropoietina. Pode ser administrado por via endovenosa no decorrer da sessão dialítica ou por via oral.

2.2 Consequências da Hemodiálise

Durante a realização das sessões de hemodiálise, a equipa de enfermagem vigia de forma permanente os pacientes, estando atentos a possíveis intercorrências e complicações inerentes ao tratamento. Perante a complexidade do quadro clínico desses pacientes, é da responsabilidade do enfermeiro, como profissional de saúde, reconhecer as alterações fisiológicas apresentadas pelos pacientes e tratar os fenómenos decorrentes da terapia dialítica, implementando estratégias assistenciais correspondentes às necessidades individuais do paciente (Oliveira et al., 2013).

No decorrer do tratamento, o paciente pode apresentar complicações relacionadas às modificações hemodinâmicas muitas vezes provocadas pela quantidade de líquido removido do organismo, das perdas eletrolíticas e das repercussões decorrentes de ambas. Nesse sentido, podem ocorrer câibras, tontura, náusea, cefaleia, prurido, hipotensão arterial, arritmias, hipoglicemia,

entre outras, que demandam a pronta atuação das equipes de enfermagem e médica para reverter o quadro (Freitas & Mendonça, 2016).

Stasiak et al. (2014) referem que os pacientes que realizam TRS correm um maior risco de virem a desenvolver transtornos de humor, com prevalência de ansiedade e depressão. Estes sintomas podem afetar a adesão à terapêutica, o sistema imunológico, nutricional, a perda de concentração, a perda da motivação, fadiga, distúrbios do sono, humor depressivo e dificuldade de compreender informações. Para os mesmos autores, este tipo de tratamento é considerado violento para os doentes, pela intrusão causada no momento de ligar e desligar (através de duas agulhas, uma por onde sai o sangue para a máquina e outra por onde regressa novamente ao corpo), mas também pela dependência que os doentes têm da máquina.

Além da terapêutica medicamentosa, do tempo gasto nas sessões de hemodiálise e nas mudanças de dieta, há também as experiências físicas dolorosas, como, por exemplo, dores no momento de realizar uma punção, hematomas etc. (Mendonça et al., 2018).

As complicações que podem ocorrer durante uma sessão de hemodiálise, podem ser eventuais, e outras podem ser graves e fatais. As mais frequentes são, hipotensão arterial, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor torácica, dorsalgia, prurido, febre e calafrios. As complicações menos frequentes, mas que podem levar à morte são, síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa (Silva et al., 2016).

Um estudo realizado por Costa et al. (2016), sobre as complicações em pacientes renais durante as sessões hemodialíticas, com o objetivo de sintetizar o conhecimento produzido na literatura científica acerca das principais complicações clínicas durante as sessões de hemodiálise.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com estudos publicados nos últimos três anos. Concluíram que as principais complicações clínicas durante as sessões de hemodiálise foram: náuseas, vômitos, câibras, prurido, hipotensão, hipertensão e hipotermia.

Para Sousa et al. (2013), a equipa de enfermagem que atua em unidades de hemodiálise, deve possuir conhecimentos sobre os eventos adversos, para poder identificar os riscos, com o intuito de minimizar as consequências, adotar métodos de análise de risco, com o objetivo de garantir a qualidade do serviço.

Segundo Ribeiro (2018), no dia a dia, o doente também se confronta com alterações físicas, sociais e psicológicas decorrentes da hemodiálise, em que a resposta psicológica à doença e respetivo tratamento depende da personalidade do doente, bem como do apoio das pessoas próximas, familiares ou não. Essas alterações são:

- Alteração da autoimagem - devido ao acesso vascular (fistula no antebraço ou cateter);
- Alterações físicas - dores ósseas, musculares, falta de equilíbrio, cefaleias, fadiga, impotência sexual, desequilíbrio hormonal;
- Alterações dos hábitos alimentares - restrição de alimentos e líquidos;
- Múltiplas perdas - emprego, liberdade pela dependência do tratamento, alteração ou inversão do papel familiar;
- Alterações da vida social - rotina diária familiar (limitações matrimoniais), profissionais, atividades normais do quotidiano, tempo despendido para o tratamento (incluindo as viagens), entrega da sua vida/corpo aos profissionais de saúde dos centros de diálise;
- Limitações financeiras - a perda do emprego e reforma por invalidez condiciona a capacidade económica familiar, acrescentando os gastos com a medicação;

- Alterações psicológicas - irritabilidade, depressão, ansiedade, demência, distúrbios de personalidade, sentimentos de culpa por estar a afetar os outros com a sua doença, comportamento não cooperativo e consciência de morte.

As terapias de substituição renal (TRS) têm aumentado a sobrevida dos pacientes portadores de DRC, mas também geram impactos negativos, por fragilizar e provocar danos aos sistemas cardiorrespiratório e musculoesquelético (Gomes et al., 2018).

Sousa (2014) refere que, para garantir em HD um acompanhamento seguro é essencial a monitorização permanente dos pacientes, visando a perceção de intercorrências para uma rápida intervenção. Para tanto, é fundamental que os profissionais sejam habilitados, treinados e envolvidos com ações sistémicas de avaliação e prevenção, que objetivem garantir a qualidade do cuidado. Para o mesmo autor, nas unidades de HD deve-se prevenir a ocorrência de complicações e intercorrências, visto que, são causadoras de sérios danos aos doentes.

3. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Para Henriques (2011, p. 140), “A adesão à medicação e aos regimes terapêuticos continuam a ser um dos problemas da atualidade pelo impacto negativo que têm ao nível das pessoas idosas, profissionais e sistemas de cuidados de saúde”.

A adesão ao tratamento é resultante de esforços conjuntos e envolve as tecnologias de saúde empregadas pelos enfermeiros, o que não deixa de exigir do paciente, obviamente, a sua colaboração. Neste movimento, o paciente não é entendido como um mero seguidor das orientações profissionais, mas sim, como um sujeito que compreende e aceita as prescrições e se compromete a seguir com as recomendações ofertadas (Mendonça et al., 2018).

A adesão à terapêutica é definida pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016, p. 38), como a “ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos”.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), definiu adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde. A mesma organização, relaciona a adesão terapêutica com a adesão ao autocuidado, como um processo ativo, responsável e flexível, no qual o indivíduo se esforça por atingir um bom nível de saúde, trabalhando em colaboração com os profissionais de saúde, em vez de se limitar a seguir as regras que lhe são impostas. Refere também, existir adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações do profissional de saúde.

A adesão à terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crônicas, pois estas têm um grande impacto na população. Verifica-se que, com o avanço da medicina, há uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população, contribuindo assim, para um aumento da incidência destas doenças. Esta realidade apresenta consequências para a economia mundial, representando cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo, prevendo-se o seu crescimento até 2020, quer a nível mundial, quer nacional, o que obriga à procura de novas estratégias e alternativas respeitantes aos cuidados de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

Martins, Pereira e Martins (2017), referem que a adesão deve estar frequentemente associada ao apoio da família e das pessoas que são importantes para o doente. Estes, devem ter conhecimento sobre os medicamentos, sobre o processo da doença, sobre a motivação do doente, a relação entre o profissional de saúde e o doente.

O cumprimento do regime medicamentoso é fundamental em todas as doenças crônicas, mas na IRC é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves, podendo mesmo desencadear rapidamente a morte (Rahdar et al., 2019). Segundo os mesmos autores, a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com DRC em hemodiálise, é de extrema importância, uma vez que ajuda na prevenção de complicações associadas e na diminuição dos sinais e sintomas das mesmas. A sua adesão promove a qualidade e a esperança de vida, diminuindo as taxas de mortalidade associadas às complicações.

3.1 Fatores Implicados na Adesão ao Regime Terapêutico

Segundo Sousa (2012, p. 35) as pessoas com insuficiência renal crónica (IRC) em programa de hemodiálise (HD):

são um grupo particularmente sensível à problemática da adesão ao regime terapêutico, pois estes apresentam um regime terapêutico bastante multifacetado, pois para além de realizarem sessões de hemodiálise três vezes por semana com duração de três a quatro horas, têm que adquirir hábitos de vida diferentes, como restrições na dieta e de líquidos assim como um regime medicamentoso complexo.

Vários autores sugerem múltiplos fatores influentes na adesão, organizando-os em grupos, contudo a grande maioria reúne-os em cinco grupos seguindo as orientações da WHO (2003).

Fatores relacionados com os profissionais de saúde e serviços de saúde

Para Camarneiro (2021), a comunicação entre profissionais de saúde e utente tem uma importância crucial. Deve ser essencialmente terapêutica, centrada no utente e adequada ao contexto.

Para o mesmo autor, os profissionais de saúde em relação aos doentes, devem estabelecer um relacionamento empático, pois este é um dos pontos-chave para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz, sendo a partir deste que o profissional de saúde conquista a confiança do doente e tem mais facilidade em perceber e identificar as suas necessidades. Mas para que esta relação se torne efetiva é necessário que o profissional de saúde tenha em conta a individualidade, os valores, as crenças e o nível de instrução dos doentes para conseguir efetuar uma avaliação mais fidedigna e criar uma maior aproximação aos mesmos, desenvolvendo-se um clima de confiança e respeito mútuo.

A satisfação do utente é mediada pela compreensão da doença e do órgão afetado e pela capacidade mnésica (possibilidade de recordar as indicações fornecidas na consulta). A memorização das informações recebidas tende a diminuir na presença de níveis elevados de ansiedade. Os profissionais de saúde, aptos a estabelecer uma comunicação adequada e uma relação de confiança, captam a atenção do utente para o êxito da terapêutica (Camarneiro, 2021).

Segundo Gaspar (2013), como fatores relacionados com os serviços de saúde, destacam-se o grau de desenvolvimento de sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos e a acessibilidade aos mesmos, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, a pouca oferta de consultas e a duração das mesmas, os horários desadequados às necessidades e a pouca disponibilidade para o acompanhamento e educação dos doentes.

Fatores sociais, económicos e culturais

O baixo nível de escolaridade, o baixo rendimento e o desemprego podem constituir barreiras significativas a uma adequada adesão terapêutica. A dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, o isolamento social do doente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde, são outros aspetos também a ter em conta na adesão à terapêutica medicamentosa (Camarneiro, 2021).

Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades

Fatores relacionados com a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o impacto que esta representa na sua vida e a associação com outras patologias, isto é, a existência de outras doenças concomitantes, como a depressão. Segundo Gaspar (2013), a gravidade da doença e a incapacidade que os sintomas provocam a nível físico, psicológico e social, são consideradas as características mais

frequentemente associadas à não adesão. Tem-se verificado que os indivíduos portadores de doenças crônicas assintomáticas, não aderem frequentemente ao tratamento, verificando-se então um maior cumprimento terapêutico nas doenças agudas em relação às doenças crônicas. Para além disto, a existência de outras doenças concomitantes pode afetar também a adesão.

Fatores relacionados com a terapêutica prescrita

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso está associada ao conhecimento sobre os fármacos, sobre a compreensão do esquema terapêutico e sobre a responsabilidade. A prescrição de numerosos medicamentos, as frequentes tomas diárias ou as dosagens elevadas, também podem contribuir para uma menor adesão ao tratamento, tal como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado (Horne et al., 2019).

Fatores individuais relativos ao doente

Neste grupo destacam-se os fatores psicológicos e pessoais da pessoa, os seus conhecimentos/educação, as atitudes de motivação perante o tratamento, as crenças e confiança quanto ao sucesso do tratamento e as expectativas da própria pessoa. Destaca-se também, a capacidade em compreender e aderir ao esquema terapêutico, a perceção e compreensão da importância do tratamento, o medo de dependência ou da discriminação pela sociedade, a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos (Fernandez-lazaro et al., 2019). Nos idosos, a polimedicação e a falta de memória pode condicionar a adesão terapêutica, mas o fato de terem mais tempo disponível, ou de percecionarem com maior eficácia a gravidade da doença, pode promover uma maior adesão ao tratamento (Eindhoven et al., 2018).

De acordo com Fernandez-Lazaro et al. (2019), no que concerne aos aspetos psicológicos, o significado da gravidade da doença, a sua vivência e a perceção do risco elevado, aumentam as taxas de adesão terapêutica. Para os mesmos autores, a crença que o tratamento será eficaz e a auto

percepção de boa qualidade de vida, também são indicadores de uma boa adesão. Ainda para os mesmos autores, o esquecimento e a capacidade mnésica, têm sido relacionados com baixos níveis de adesão terapêutica. Para Horne et al. (2019), as variáveis psicológicas que comprometem a adesão terapêutica são as atitudes e as crenças, nomeadamente as crenças sobre os tratamentos farmacológicos ou sobre um medicamento em particular, são mais preditores do que as crenças sobre as doenças.

3.2 Consequências da Não Adesão à Terapêutica

De acordo com Remondi et al., (2014), a não adesão é um problema de saúde pública com consequências ao nível da evolução clínica favorável do paciente, do aumento do número de internamentos e da mortalidade. Rodrigues e Oliveira (2016), referem que a não adesão à terapêutica compromete o sucesso terapêutico e implica elevados custos para saúde.

O impacto da fraca adesão à terapêutica aumenta, à medida que as doenças crónicas também têm essa evolução em todo o mundo. O desenvolvimento da resistência às terapias, é um assunto de saúde pública relacionado com a pobre adesão à terapêutica. Os anos de vida perdidos em consequência de uma mortalidade precoce, e os custos na saúde atribuídos à morbilidade passível de prevenção, são fatores exemplo da fraca adesão terapêutica (WHO, 2003).

A não adesão à terapêutica medicamentosa nos doentes com doença renal crónica, está associada a diversos fatores, entre os quais: fatores sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil); clínicos (comorbilidades associadas); psicossociais (depressão, ansiedade); fatores relacionados com a própria medicação (número de medicamentos prescritos, as formas de apresentação, a frequência das doses e as instruções adicionais), os quais aumentam a complexidade do regime terapêutico (Costa et al., 2016).

Aderir ao regime terapêutico medicamentoso recomendado pelos profissionais de saúde é difícil. Nos países desenvolvidos, onde as doenças crônicas atingem metade da população e aumentam com a progressão da idade, o grau de adesão às terapêuticas para essas doenças é de cerca de 50% (Fernandez-Lazaro et al., 2019). O primeiro ano é o período mais crítico para a decisão de continuar, ou não, um tratamento (Coelho et al., 2017). Nesse período, mais de 50% dos doentes descontinuem o tratamento, sendo que, a maioria dos quais o faz nos primeiros 3 meses. Mesmo com uma elevada taxa de adesão, de 74,1%, mais de 80% dos doentes faz um intervalo sem medicação superior a 30 dias (Horne et al., 2019).

Ao avaliar a adesão terapêutica do doente podem-se perceber dois problemas comuns: a não adesão involuntária do doente, que ocorre quando o doente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsciente com as instruções do prescritor, e a não adesão voluntária do doente, situação na qual o doente decide racionalmente não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções dadas pelo médico (Camarneiro, 2021).

A não adesão terapêutica é responsável por um elevado número de mortes e de hospitalizações (Kini & Ho, 2018). As consequências da não adesão à terapêutica, total ou parcial, são de grande gravidade, tais como, o aumento da probabilidade de insucesso do tratamento, complicações e sofrimento evitáveis, crescimento dos gastos com a saúde, o aumento da mortalidade e morbidade e a recaída e alargamento do período de tratamento (WHO, 2003). O tipo de adesão parcial é mais frequente na fase aguda da doença (Horne et al., 2019).

A não adesão ao regime terapêutico de forma global pode levar a graves problemas de saúde para o doente, nomeadamente depressão, o que por sua vez, pode afetar a adesão ao regime medicamentoso (Mukakarangwa et al., 2018).

A não adesão medicamentosa, conduz a um risco potencial à saúde, com possibilidade de danos pessoais, sociais e económicos (Marin et al., 2015).

3.3 Papel do Enfermeiro na Adesão Ao Regime Terapêutico Medicamentoso

A adesão ao regime medicamentoso emerge na atualidade, como uma das áreas de atenção relevantes para a prática de cuidados de enfermagem e prioritárias em saúde (Martins, Martins & Santos, 2017).

Estima-se que nos países desenvolvidos só 50% das pessoas com doenças crónicas cumprem o regime terapêutico. Quando existe uma situação de não adesão surgem várias consequências que afetam a pessoa e a sociedade em geral, pois o incumprimento do regime terapêutico interfere também, com os aspetos económicos e com a saúde da população (Pedroso et al., 2019). Para os mesmos autores, a aceitação e a adaptação a um novo estilo de vida definirão o sucesso no procedimento, pela adoção de comportamentos de saúde saudáveis, como, por exemplo, a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Um estudo realizado por Martins, Martins e Santos (2017) a 228 indivíduos de uma freguesia rural do conselho de Chaves, com o objetivo de avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso antes e após uma intervenção de sensibilização terapêutica. Constataram que o nível de adesão ao regime medicamentoso aumentou no segundo momento, após uma intervenção de sensibilização, sendo que a média, no primeiro momento, foi de $5,14 \pm 0,74$ e no segundo momento foi de $5,69 \pm 0,36$.

Estudos com outras patologias crónicas demonstraram a importância da consulta de enfermagem no alcance de resultados satisfatórios de adesão. Um estudo com pacientes diabéticos, cuja intervenção foi a realização de três consultas de enfermagem com intervalos de tempo de um

mês entre elas, demonstrou um aumento na taxa de adesão de 83,87% para 96,78%, estando este aumento associado à realização da consulta (Cruz, 2015). O mesmo ocorreu com um estudo com pacientes com insuficiência cardíaca, cuja adesão esteve associada significativamente com a realização das consultas de enfermagem (Silva et al., 2015).

Para os mesmos autores, a não adesão ao tratamento torna-se uma dificuldade na assistência efetiva aos doentes, pois para que o tratamento seja eficaz requer para além de esforços dos profissionais de saúde e o uso de tecnologia disponível, a colaboração e o envolvimento do doente no seu autocuidado. É importante que os profissionais de saúde saibam reconhecer e detetar a adesão à terapêutica medicamentosa. Uma avaliação precisa dos comportamentos sobre a adesão à terapêutica é necessária para um planeamento eficaz do tratamento, de forma a garantir que as alterações obtidas na saúde dos doentes são atribuídas ao regime terapêutico recomendado.

É de grande importância, que a assistência de enfermagem seja prestada com qualidade, de modo holístico, através de informações sobre a doença, conforto ao paciente e seus familiares, oferecendo assim ao paciente um cuidado integral e humanizado (Alves et al., 2016). Através da assistência de enfermagem, pode ser mantida a qualidade de vida do paciente, através do apoio no plano de cuidados, estando este alicerçado na avaliação e influência do estado de nutrição, hidratação, psicológico e administração de medicamentos (Costa et al., 2015).

Para Mendonça et al. (2018), a não adesão ao tratamento implica mudanças na qualidade de vida das pessoas com doença renal crónica. Os profissionais de enfermagem exercem um papel fundamental na vida dos utentes, desempenhando estratégias e habilidades emocionais, de modo a influenciar formas de pensamento.

Segundo Gokoel et al. (2020), a não adesão, deve ser identificada atempadamente e deve envolver a participação de toda equipa multidisciplinar, para que em parceria sejam estruturadas

as intervenções mais ajustadas a cada situação, como a redução na quantidade de terapêutica, o recurso a estratégias de lembrete da sua toma e ações educativas em prol da adesão ao regime terapêutico.

Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, pela sua capacidade em estabelecer facilmente uma relação terapêutica, dada a proximidade que tem com os utentes, desempenham assim, um papel essencial no seguimento do tratamento terapêutico e na manutenção de atitudes e comportamentos saudáveis, que promovam a qualidade de vida do utente. Para a obtenção de resultados positivos é fundamental atender as particularidades de cada pessoa e, deste modo, compete ao enfermeiro planear os cuidados de enfermagem valorizando a individualidade, que favorece a humanização dos cuidados (Pedroso, et al., 2019). Entre as várias intervenções possíveis de implementar, as ações educativas são, por exemplo, estratégias que permitem incentivar a adesão ao regime terapêutico (Ferraz et al., 2017), pelo seu potencial de promoção do empowerment quer do utente como da sua família, tornando-se evidente o seu real benefício (Lins et al., 2018).

De acordo com Ghimire et al. (2017), a pessoa com doença renal crónica em hemodiálise está associada a um risco elevado de não adesão ao regime medicamentoso. Para os mesmos autores, os fatores externos à pessoa, a priorização de recursos, a interação entre a carga de trabalho e o tempo disponível, a consciencialização das medidas formalizadas de adesão, podem contribuir para a não adesão. De acordo com os mesmos, o enfermeiro deve adotar uma postura promotora de adesão, de forma a identificar fragilidades que possam minimizar a mesma. Neste sentido, o processo de formação será indispensável para a otimização da qualidade dos cuidados em enfermagem e cabe aos enfermeiros conferir-lhes a importância devida, com o intuito de desenvolver um trabalho digno das suas competências e atributos.

Para Campos (2017), a comunicação faz parte da essência humana, compreendida como uma técnica de troca e de compreensão, as quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos. No âmbito da enfermagem, a comunicação é de suma relevância para a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, é como um instrumento impulsionador entre o enfermeiro e o utente. A comunicação efetiva entre enfermeiro, paciente e família é imensamente relevante, para se avaliar e conhecer melhor o paciente e suas necessidades, com agilidade e compreensão, e assim possibilitar uma assistência terapêutica especial. Neste conceito, através do diálogo entre o profissional de enfermagem, utente e família podem ser descobertos muitos anseios e medos. Podem ser esclarecidas várias dúvidas presentes nessa situação, gerando a criação de um vínculo respeitável e necessário nessa fase da vida.

Se cada enfermeiro, independentemente da fase onde se encontre na carreira for capaz de formular objetivos, tendo em vista a realização destes num determinado prazo, a profissão nunca passará por um momento de estagnação, mas sim, pelo contrário por uma constante evolução. Quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do paciente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparam para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Este capítulo tem como finalidade, caraterizar o presente estudo, salientar os procedimentos de seleção da amostra e a sua caraterização. Pretende-se também, descrever os instrumentos de recolha de dados, mencionar os procedimentos utilizados na sua aplicação e indicar os procedimentos de análise e tratamento dos dados.

Visando dar resposta à questão de investigação de como será a adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com DRC, a realizar hemodiálise numa clínica privada da região norte de Portugal, delinearam-se os seguintes objetivos de estudo:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos inquiridos;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

1.1 Tipo de Estudo

Para dar cumprimento aos objetivos traçados, desenvolveu-se um estudo descritivo correlacional, transversal, inserido numa abordagem quantitativa.

Um estudo quantitativo, traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizam-se técnicas estatísticas (Rodrigues, 2007).

Dentro da abordagem quantitativa, o estudo é de carater descritivo correlacional que consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características desta população ou de uma amostra desta (Fortin, 2009).

Para Aragão (2011), estudos descritivos descrevem a realidade. Não se destinam a explicá-la ou nela intervir. Segundo Vilelas (2020, p. 216) os estudos correlacionais “procuram determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo”.

O estudo transversal para Fortin (2009), serve para medir a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população em dado momento.

Para Aguiar (2007), o estudo transversal (cross-sectional), baseia-se na determinação de todos os parâmetros de uma só vez, sem nenhum período de acompanhamento, ou seja, num único momento temporal, tal como se verifica nos estudos de prevalência.

1.2 População/Amostra do Estudo

Para Fortin (2009), uma população é um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

Para o mesmo autor, a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para quais o investigador deseja fazer generalizações.

A população deste estudo são indivíduos portadores de DRC, em programa regular de hemodiálise.

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população devendo ser representativa da população visada (Fortin, 2009), ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada. Neste estudo a população em causa corresponde aos doentes com DRC em programa de hemodiálise, numa clínica

privada da região norte de Portugal. O total de doentes em tratamento regular de hemodiálise nessa clínica era de 115 doentes.

Os critérios de inclusão tidos em consideração para definir a amostra foram:

- Ter idade superior a 18 anos de idade;
- Frequentar a clínica privada de hemodiálise;
- Utente com DRC em programa de hemodiálise e com regime terapêutico medicamentoso.

Os critérios de exclusão foram:

- Utentes com evidente deterioração da capacidade cognitiva e por isso incapazes de responder ao questionário.

O período de recolha de dados ocorreu entre o dia 01-02-2022 e o dia 15/03/2022.

Obteve-se uma amostra de 110 indivíduos.

1.3 Instrumento de Recolha de Dados

Para Fortin (2009), num estudo descritivo o investigador relata os fatores variáveis e deteta relações entre estas variáveis ou fatores, logo, escolherá, métodos de colheita de dados mais estruturados, tais como, o questionário, as observações e as entrevistas estruturadas ou semiestruturadas.

Para a realização desta investigação foi aplicado um questionário como instrumento de recolha de dados, pois como nos refere Fortin (2009, p. 250) “Para proceder à recolha dos dados pode utilizar-se um questionário já existente ou criar-se um novo por parte do investigador”.

O instrumento utilizado para a recolha de dados (Anexo II) é constituído por duas partes:

1. Questões sociodemográficas e clínicas;
2. Questionário de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Para avaliar o nível de adesão ao regime medicamentoso dos indivíduos aplicou-se o instrumento Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). A Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) é um instrumento utilizado, com o objetivo de avaliar o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. Composto por sete itens, com possibilidade de seis respostas. Este instrumento, inspirado em outros autores (Morisk, 1986 & Ramalhinho, 1994), foi validado para português por Delgado e Lima (2001). As respostas são obtidas por meio de escala ordinal do tipo Likert de seis pontos que varia de sempre (1) a nunca (6). Sempre (1) a nunca (6) (Sempre (1), Quase sempre (2), Com frequência (3), Por vezes (4), Raramente (5) e Nunca (6).

Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, ou seja, variam de 1 a 6. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. Valores mais elevados significam maior nível de adesão. Posteriormente, os valores 5 e 6 são computados como um (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais são computados como zero (não aderentes na escala original). Para a implementação deste programa e a construção dos indicadores anteriores referidos, foi considerada a aplicação da MAT pelo fato de este instrumento estar validado para a população portuguesa. Em simultâneo, este permite aceder às diversas dimensões do problema em análise, para além de permitir ser aplicado diretamente na forma de questionário, ou indiretamente pelo profissional de saúde na forma de entrevista estruturada. De forma a possibilitar a identificação das pessoas com adesão atual ao regime medicamentoso, foram considerados os

valores de resposta à MAT com score total igual ou superior a 5, valor acima do qual os autores consideram existir adesão ao regime terapêutico (Delgado & Lima, 2001).

Os questionários avaliativos foram: questionário de caracterização social e demográfica (idade, sexo, estado civil, atividade profissional/ocupação, habilitações literárias, local de residência, com quem vive). Questionário de caracterização clínica (Se tem IRC, que tipo de tratamento faz para a IRC, se tem outras patologias para além da IRC, o número de patologias e quantos medicamentos toma por dia), e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (Delgado & Lima, 2001).

1.4 Variáveis do Estudo

As variáveis são “as unidades de base da investigação. São qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2009, p. 171). Para o mesmo autor, as variáveis adquirem valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados, podendo ser classificadas, segundo o papel que exercem na investigação, como independentes e dependentes.

1.4.1 Variável Independente

Neste estudo as variáveis independentes foram operacionalizadas da seguinte forma. Estes dados estão representados na tabela 1

Tabela 1*Variáveis Independentes*

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas		Operacionalização
Idade		Menor de 65 Anos
		De 65 a 74 Anos
		De 75 a 84 Anos
		84 ou Mais Anos
Sexo	Variável Dicotômica:	Masculino
		Feminino
		Solteiro
Estado Civil		Casado/União de Facto
		Divorciado/Separado
		Viúvo
Habilitações Literárias		Não sabe Ler Nem Escrever
		Sabe Ler e Escrever
		1º Ciclo
		2.º Ciclo
		3.º Ciclo
		Secundário
		Ensino Superior
		Empregado
Atividade Profissional		Reformado
		Outra
Local de Residência		Urbano
		Rural
Com Quem Vive		Cônjuge/Companheiro
		Familiares
		Sozinho
Outras Patologias		Outros
		Sim
		Não
		1
		2

Número de Outras Patologias	3
	4
	5
Número de Medicamentos Diários	Até 4 medicamentos
	De 5 a 9 Medicamentos
	10 ou Mais Medicamentos

1.4.2 Variável Dependente

Neste trabalho a variável dependente corresponde à adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com DRC em programa de hemodiálise. No sentido de quantificar esta informação foi usada a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), adaptada por Delgado e Lima (2001). É constituída por sete itens com um conjunto de questões sobre as quais o doente renal crónico deverá responder.

- Sempre (1),
- Quase sempre (2),
- Com frequência (3),
- Por vezes (4),
- Raramente (5),
- Nunca (6).

O somatório dos valores de cada item e a respetiva divisão pelo número de itens possibilita-nos a obtenção de um nível de adesão aos tratamentos, no qual, os valores mais elevados corresponderão a um maior nível de adesão. Com conversão para um padrão dicotómico, calculado

com base na mediana, em que o raramente (5) e o nunca (6) passaram a não (1) e as restantes possibilidades a sim (0). Esta conversão permite assim a classificação da adesão do indivíduo ao regime terapêutico medicamentoso, respetivamente, em aderente e não aderente.

1.5 Considerações Éticas

Para cumprir todas as questões éticas e legais referentes aos recursos utilizados na investigação acima referida, foram conseguidas as devidas autorizações, por meio de pedido formal de autorização. A utilização da escala MAT, foi autorizada pelos autores Delgado e Lima (2001), validada para a população portuguesa pelos mesmos (Anexo III). Obteve-se autorização da Clínica privada de hemodiálise Tecsam, no município de Mirandela (Anexo IV). A comissão de Ética do IPB, emitiu parecer favorável, após submissão do protocolo de estudo (Anexo V). Imediatamente antes da realização da entrevista foi obtido formalmente o consentimento livre e informado de todos os sujeitos da amostra (Anexo VI). Antes da administração dos questionários foi reforçado o fato de o estudo assegurar o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

1.6 Procedimentos de Análise dos Dados

A análise estatística dos dados relativo ao estudo, foi realizada através do programa informático Statistical Package for the Social Science – SPSS for Windows, *versão 28.0*. Foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo, com o objetivo de descrever e caracterizar a amostra em estudo. Para descrever as características da amostra, utilizou-se a estatística descritiva com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão relevantes para a amostra do estudo.

Para avaliação da escala MAT, recorreu-se ao cálculo do coeficiente do *Alpha de Cronbach*.

De acordo com as variáveis, a amostra e os objetivos do estudo, selecionaram-se os testes da estatística inferencial. Para analisar a relação entre as variáveis do estudo (relação entre os valores de adesão e as variáveis sociodemográficas e clínicas), com a finalidade de se verificar se havia ocorrência de diferenças estatisticamente significativas, utilizou-se o teste paramétrico *t-Student* (para médias entre dois grupos independentes) e os testes não paramétrico *Mann-Whitney* (para dois grupos independentes e para quando não se verificaram os pressupostos) e *Kruskal-Wallis*, para três ou mais grupos independentes.

Segundo Pestana e Gajero (2014), na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ – estatística significativa;
- $p < 0.01$ – estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$ – estatística altamente significativa;
- $p \geq 0.05$ – não significativo.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir procedemos com a apresentação e análise descritiva e inferencial da amostra em estudo, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e a escala utilizada na colheita de dados. Começamos por apresentar a tabela 1, correspondente às características sociodemográficas da amostra.

A amostra deste estudo é constituída por 110 indivíduos com DRC, maioritariamente do sexo masculino 64,5% (n=71), com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos 68,2% (n=75), casados ou em união de facto 65,5% (n=72), com habilitações ao nível do 1.º ciclo 52,7% (n=58). A maioria dos inquiridos é reformada 77,3% (n=85), reside em meio rural 58,2% (n= 64) e vive com o cônjuge ou companheiro 66,4% (n= 73). Estes resultados são apresentados na Tabela 2

Tabela 2

Caraterização da Amostra em Função das Variáveis Sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas		N	%
Sexo	Masculino	71	64,5
	Feminino	39	35,5
Idade	Menor de 65 Anos	23	20,9
	De 65 a 74 Anos	40	36,4
	De 75 a 84 Anos	35	31,8
	84 ou Mais Anos	12	10,9
Estado Civil	Solteiro	6	5,5
	Casado/União de Facto	72	65,5
	Divorciado/Separado	5	4,5
	Viúvo	27	24,5
Habilitações Literárias	Não sabe Ler Nem Escrever	8	7,3
	Sabe Ler e Escrever	16	14,5
	1º Ciclo	58	52,7

	2.º Ciclo	12	10,9
	3.º Ciclo	4	3,6
	Secundário	9	8,2
	Ensino Superior	3	2,7
Atividade Profissional	Empregado	10	9,1
	Reformado	85	77,3
Local de Residência	Outra	15	13,6
	Urbano	46	41,8
	Rural	64	58,2
Com Quem Vive	Cônjuge/Companheiro	73	66,4
	Familiares	16	14,5
	Sozinho	11	10,0
	Outros	10	9,1

A idade média dos homens é de 73,51 com desvio padrão de 11,525, sendo que o mínimo de idade é de 30 anos e o máximo de 95 anos. No que se refere à idade das mulheres, a média é de 69,54 com desvio padrão de 10,741, com o mínimo de 42 anos e um máximo de 90 anos. Estes resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Caraterização da Amostra de Acordo Com a Idade e o Sexo

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Feminino	110	42	90	69,54	10,741
Masculino	110	30	95	73,51	11,525

Todos os inquiridos deste estudo sofrem de insuficiência renal crónica, e todos fazem dois tipos de tratamento, ou seja, medicação oral e hemodiálise. Dos 110 indivíduos da amostra 39 (35,5%) não sofrem de outras patologias. Os 71 (64,5%) restantes apresentam um número de

patologias a variar entre 1 e 5, predominando as duas ou três patologias. Quanto ao número de medicamentos que toma diariamente, há 48 (43,6%) que toma até 4 medicamentos, 55 (50,0%) toma entre 5 a 9 medicamentos e 7 (6,4%) toma 10 ou mais medicamentos. Estes resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Distribuição da Amostra em Função das Variáveis Clínicas

Variáveis Clínicas		N	%
Outras Patologias	Sim	71	64,5
	Não	39	35,5
Número de Outras Patologia (N=71)	1	13	18,3
	2	31	43,7
	3	17	23,9
	4	7	9,9
	5	3	4,2
Número de Medicamentos Diários	Até 4 Medicamentos	48	43,6
	De 5 a 9 Medicamentos	55	50,0
	10 ou Mais Medicamentos	7	6,4

Na Tabela 5 apresentamos as respostas dos inquiridos relativos à adesão aos tratamentos.

A maioria dos inquiridos 66,3% (n= 73) raramente ou nunca se esquece de tomar a medicação, mas, 26,4% esquece-se por vezes, 6,4% esquece-se com frequência e 0,9% esquece-se quase sempre de tomar a medicação.

Quanto ao ser descuidado com as horas de tomar a medicação a maioria raramente ou nunca foi descuidado. No entanto, 20,9% dos inquiridos respondeu que por vezes é descuidado com as horas, 6,4% com frequência é descuidado, 1,8% quase sempre a 0,9% é sempre descuidado com a hora de tomar a medicação.

Quando questionados sobre deixar de tomar a medicação por se sentirem melhor, 64,5% nunca o fez, 27,3% raramente fez e 8,2% por vezes deixou de tomar.

E, quanto ao deixar de tomar a medicação por se sentirem pior, 80,9% nunca o fez, 13,6% raramente fez e 5,5% fê-lo por vezes.

Relativamente ao tomar mais medicação por se sentirem pior, 91,8% nunca o fez, 5,5% raramente fez e 1,8% fê-lo por vezes.

Quanto ao interromper a medicação por término dos medicamentos, 1,8% respondeu que acontece com frequência, 16,4% por vezes, 61,8% raramente e 20% nunca deixou de terminar a medicação.

E, relativamente a deixar de tomar medicação por algum motivo que não a indicação médica, 3,6% indicou por vezes, 10% raramente e 86,4% nunca o fez.

Relativamente à confiabilidade da escala MAT, recorreu-se ao cálculo do coeficiente do *Alpha de Cronbach*. Para a amostra foi de 0,812, indicando uma fiabilidade interna boa, de acordo com a classificação apresentada por Vilelas (2020).

Tabela 5*Distribuição da Amostra Quanto à Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*

Questão	Sempre (1)	Quase Sempre (2)	Com Frequência (3)	Por Vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
Alguma Vez Se Esqueceu de Tomar a Medicação?	0(0,0)	1(0,9%)	7(6,4%)	29(26,4%)	53(48,1%)	20(18,2%)
Alguma Vez Foi Descuidado Com as Horas de Tomar a Medicação?	1(0,9%)	2(1,8%)	7(6,4%)	23(20,9%)	59(53,6%)	18(16,4%)
Alguma Vez Deixou de Tomar a Medicação, Por Sua Iniciativa, Por Se Ter Sentido Melhor?	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	9(8,2%)	30(27,3%)	71(64,5%)
Alguma Vez Deixou de Tomar a Medicação, Por Sua Iniciativa, Por Se Ter Sentido Pior?	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(5,5%)	15(13,6%)	89(80,9%)
Alguma Vez Tomou a Medicação Em Dose Superior à Prescrita, Por Sua Iniciativa, Por Se Ter sentido pior?	1(0,9%)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,8%)	6(5,5%)	101(91,8%)
Alguma Vez Interrompeu a Toma de Medicação Por Ter Deixado Acabar os Medicamentos?	0(0,0)	0(0,0)	2(1,8%)	18(16,4%)	68(61,8%)	22(20,0%)
Alguma Vez Deixou de Tomar a Medicação Por Alguma Razão Que Não a Indicação Médica?	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(3,6%)	11(10,0%)	95(86,4%)

Na Tabela 6 apresentamos os valores médios e desvio padrão, assim como a variação e a mediana para cada item da escala MAT. Atendendo à informação já apresentada na Tabela 5, cuja distribuição da amostra nos vários itens da escala estava concentrada nas categorias superiores (raramente e nunca), os valores médios obtidos são todos elevados e traduzem uma elevada adesão aos tratamentos. Os dois primeiros itens são os que apresentam menor valor médio (4,76 e 4,74,

respetivamente), sendo todos os outros iguais ou superiores a 5. Os valores medianos dos itens foram 5 ou 6. Os valores de desvio padrão são baixos e traduzem uma elevada concordância nas repostas dos inquiridos.

Globalmente, o valor médio obtido nos sete itens da escala MAT foi de 5,36 com um desvio padrão de 0,472 e um valor mediano de 5,43. Assim, os inquiridos revelam uma boa medida de adesão aos tratamentos.

Tabela 6

Medidas de Tendência Central e Dispersão de Medida da Adesão aos Tratamentos

Questão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Alguma Vez se Esqueceu de Tomar a Medicação?	2	6	4,76	0,856	5
Alguma Vez Foi Descuidado Com as Horas de Tomar a Medicação?	1	6	4,74	0,935	5
Alguma Vez Deixou de Tomar a Medicação, Por Sua Iniciativa, Por Se Ter Sentido Melhor?	4	6	5,56	0,643	6
Alguma Vez Deixou de Tomar a Medicação, Por Sua Iniciativa, Por Se Ter Sentido Pior?	4	6	5,75	0,545	6
Alguma Vez Tomou a Medicação em Dose Superior à Prescrita, Por Sua Iniciativa, Por Se Ter Sentido Pior?	1	6	5,86	0,582	6
Alguma Vez Interrompeu a Toma de Medicação Por Ter Deixado Acabar os Medicamentos?	3	6	5,00	0,664	5
Alguma Vez Deixou de Tomar a Medicação Por Alguma Razão Que Não a Indicação Médica?	4	6	5,83	0,466	6
MAT	4	6	5,36	0,472	5,43

Na Tabela 7 apresentamos os resultados dos testes de comparação realizados de forma a dar resposta a um dos objetivos deste estudo.

Quanto ao sexo observa-se que o *score* médio da medida de adesão aos tratamentos é superior no sexo feminino (5,42), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p>0,05$), pois o valor de prova obtido no teste T-Student foi superior a 5%.

Por idade, observa-se que os indivíduos que apresentam o menor *score* médio (5,10) da medida de adesão aos tratamentos são os que têm 85 ou mais anos, mas, como o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis é superior a 5%, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quanto ao estado civil, os *scores* médios associados à MAT são muito semelhantes nos quatro grupos, pelo que não há diferenças estatisticamente significativas entre eles ($p>0,05$) pois o valor de prova do teste Kruskal-Wallis superior a 5%.

No que concerne às habilitações literárias, o menor *score* médio (5,02) foi obtido nos indivíduos que não sabem ler nem escrever e o maior *score* médio nos indivíduos que sabem ler e escrever. No entanto, como o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis é superior a 5%, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Os inquiridos deste estudo que vivem com familiares são os que apresentam menor *score* médio (5,08) da medida de adesão aos tratamentos, e os que vivem com outros (lares) são os que apresentam o *score* médio mais elevado (5,83). O valor de prova obtido no teste de Kruskal-Wallis é inferior a 5%, pelo que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. As comparações entre cada dois destes grupos foram realizadas recorrendo ao teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes, e permitiu-nos concluir que os inquiridos que vivem com outros

(ERPI) apresentam uma medida de adesão aos tratamentos estatisticamente superior a todos os outros indivíduos.

Quanto à existência de outras patologias para além da IRC, os indivíduos que não têm outras patologias, são os que apresentam uma medida de adesão aos tratamentos superior aos que têm outras patologias. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas pois o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis foi superior a 5%.

No que concerne ao número de medicamentos que toma por dia, os inquiridos que tomam mais medicamentos (superior a 5 por dia) apresentam uma medida de adesão aos tratamentos inferior (5,28) aos que tomam menos de 5 medicamentos diários. Como o valor de prova obtido no teste Mann Whitney é superior a 5%, conclui-se que as diferenças observadas entre os dois grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 7*Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas e os Valores Médios Obtidos na MAT*

Variável		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Teste	Valor de Prova
Sexo	Feminino	39	5,42	5,57	0,46	Teste t	0,332
	Masculino	71	5,33	5,43	0,48		
Idade	Menor de 65 Anos	23	5,40	5,57	0,44	Kruskal-Wallis	0,420
	De 65 a 74 Anos	40	5,41	5,57	0,37		
	De 75 a 84 Anos	35	5,37	5,43	0,51		
	85 Anos ou Mais	12	5,10	5,29	0,65		
Estado Civil	Solteiro	5	5,24	5,5	0,48	Kruskal-Wallis	0,846
	Casado/União de Fato	70	5,38	5,43	0,46		
	Divorciado/Separado	5	5,31	5,29	0,26		
	Viúvo	27	5,33	5,57	0,53		
Habilitações Literárias	Não Sabe Ler Nem Escrever	8	5,02	5,0	0,77	Kruskal-Wallis	0,071
	Sabe Ler e Escrever	16	5,58	5,57	0,40		
	1º Ciclo ou Mais	86	5,35	5,43	0,43		
Com Quem Vive	Cônjuge/Companheiro	73	5,34	5,43	0,44	Kruskal-Wallis	<0,001
	Familiares	16	5,08	5,21	0,55		
	Sozinho	12	5,46	5,57	0,42		
	Outros	9	5,83	6	0,22		
Outras Patologias Para Além da IRC	Não	39	5,47	5,57	0,39	Kruskal-Wallis	0,156
	1 ou 2 Patologias	44	5,35	5,43	0,44		
	3 ou Mais Patologias	27	5,21	5,29	0,60		
Número de Medicamentos Por Dia	Inferior a 5 Medicamentos	48	5,46	5,57	0,37	Mann Whitney	0,089
	Superior a 5 Medicamentos	62	5,28	5,43	0,53		

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentados os dados obtido, procede-se a uma interpretação dos mesmos, tendo como foco dar resposta aos objetivos de investigação propostos. Os resultados apurados irão ser confrontados com resultados de outras investigações realizadas dentro da mesma temática.

Em relação à caracterização da nossa amostra, evidenciamos que houve predominância do sexo masculino (64,5%). Quanto à variável idade, verificamos que a média de idades dos inquiridos é de 72,1 anos, sendo que a idade mínima é de 30 anos e a máxima de 95 anos. Segundo Macário (2017), cerca de 60-62% dos doentes com DRC estágio 5, em Portugal, sob tratamento por TSFR encontram-se na faixa etária acima dos 65 anos e 19,3% acima dos 80 anos.

No que se refere a estado civil, verificou-se que 65,5% dos inquiridos são casados ou vivem em união de fato. Estes dados estão em consonância com o estudo realizado por Marinho, Penha, Silva e Galvão (2017), numa clínica de hemodiálise, no interior do Brasil, que descrevem que a maioria dos pacientes com doença renal crónica eram do sexo masculino (57,1%), tinham idade acima dos 60 anos (30,5%), casados (46,7%). Estes dados divergem com o estudo realizado por Santos (2018), em que a maioria dos pacientes com DRC não tinham companhia conjugal.

Segundo Silva et al., (2016), é durante o tratamento, que a família pode servir de suporte em situações de stress, auxiliando e minimizando o impacto que o tratamento pode gerar. Os doentes em hemodiálise veem a família como uma mudança positiva nos seus processos de saúde/doença. Estudos sobre as estratégias de enfrentamento em pacientes renais crónicos em hemodiálise analisam positivamente a participação da família, que é considerada como medida de suporte diante das situações difíceis.

Para Costa et al. (2016), o convívio social e as relações familiares são de grande importância no tratamento hemodialítico, visto que a doença gera alterações físicas, sociais, psíquicas e emocionais que muitas vezes levam ao isolamento e a quadros depressivos. Assim, o vínculo familiar estabelece relações positivas e fornece bases para enfrentar as dificuldades, criando benefícios no processo de mudança de hábitos do tratamento.

No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos inquiridos possui o primeiro ciclo, 52,7%. Estes dados também corroboram com o estudo de Marinho, Oliveira, Borges, Silva e Fernandes (2017), indicando existência de baixa escolaridade. Estes dados também estão em consonância com os encontrados por Campos et al. (2021), tendo em conta que a sua amostra era constituída na maioria por doentes casados/união de facto, com baixo nível de escolaridade e residentes quase todos em meio rural. Os nossos dados corroboram com os apurados por estes autores.

Para Azevedo et al. (2015), avaliar o nível de escolaridade é muito importante, visto que esta variável pode interferir com o prognóstico e com a sobrevida do paciente. Acredita-se que os indivíduos que tenham um menor nível de escolaridade, apresentem grandes dificuldades em compreender a importância do tratamento e dos cuidados que devem ter.

No que concerne ao primeiro objetivo do estudo, analisando a escala de Medida de Adesão aos tratamentos (MAT), com uma amostra de 110 inquiridos neste estudo, verificamos que a maioria dos inquiridos $n=73$ (66,3%) raramente ou nunca se esquece de tomar a medicação, mas, 26,4% esquece-se por vezes, 6,4% esquece-se com frequência e 0,9% esquece-se quase sempre de tomar a medicação. A pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), revelou que a maioria dos inquiridos do estudo era aderente ao tratamento. Globalmente, o valor médio obtido nos sete itens da escala MAT foi de 5,36 com um desvio padrão de 0,472 e um valor mediano de

5,43. Assim, os inquiridos revelam uma boa medida de adesão aos tratamentos. Com base no padrão dicotômico calculado através da mediana, verificou-se que 83,64% da amostra revelaram uma mediana igual ou superior a 5, considerada aderente. É de salientar que estes resultados são concordantes com o estudo de Santos (2018), no qual obteve uma pontuação média de $5,06 \pm 0,09$, com 65% da amostra a ser considerada aderente.

A adesão à terapêutica medicamentosa e todo o esquema terapêutico é fundamental para que o manejo clínico seja efetivo nos pacientes com DRC e em hemodiálise. O seu não cumprimento impede que os pacientes atinjam os benefícios propostos, além de associar ao aumento da mortalidade e de hospitalizações (Nagasawa et al., 2018).

Em relação aos resultados de análise estatística inferencial, constatou-se que no cruzamento entre a idade, o sexo, o estado civil e as habilitações literárias, com a adesão terapêutica medicamentosa não existem diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se as hipóteses formuladas. Estes dados corroboram com o estudo realizado por Santos (2018), em que as mesmas variáveis (idade, sexo, estado civil e habilitações literárias), não influenciaram na adesão ao tratamento medicamentoso. Das variáveis sociais, demográficas e clínicas que influenciaram na medida de adesão ao tratamento, no estudo do autor suprarreferido, foi a idade e o tempo de diagnóstico.

Quanto às habilitações literárias também não se registaram diferenças estatisticamente significativas, o que demonstra que esta variável não interfere na adesão ao regime terapêutico medicamentoso, rejeitando-se a hipótese formulada. Contudo as maiores médias pertencem aos participantes que possuem o primeiro ciclo ou mais. Os nossos resultados corroboram com o estudo realizado por Spigolon et al. (2018), em que 54,3% da amostra tinha baixa escolaridade, o

que puderam concluir que os participantes com menor escolaridade possuíam um menor entendimento sobre o seu tratamento.

No que diz respeito à variável com quem vive, registaram-se diferenças estatisticamente significativas, o que demonstra que esta variável interfere na adesão terapêutica medicamentosa. Concluímos que os inquiridos que vivem com outros (ERPI), apresentam uma medida de adesão aos tratamentos estatisticamente superior a todos os outros indivíduos, o que podemos concluir que se traduz num acompanhamento mais rigoroso e regular.

Um estudo realizado por Alikari et al. (2018), a 350 doentes em hemodiálise demonstrou que, os fatores demográficos que afetou a adesão ao regime medicamentoso em doentes em programa regular de hemodiálise, foram a idade jovem, a raça negra, o sexo feminino, a ausência de apoio familiar e o baixo nível educacional. Este estudo evidenciou também que uma barreira à adesão foi o nível de escolaridade, onde as pessoas com menor escolaridade apresentavam um índice de adesão mais baixo.

Por ser um tratamento contínuo e permanente, a hemodiálise acarreta sérias mudanças na vida das pessoas e dos seus familiares, sendo que as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento estão geralmente relacionadas com a não aceitação da doença, à falta de apoio familiar e social e à dificuldade de perceção de si próprio (Martins, Pereira & Martins, 2017).

Quanto à existência de outras patologias para além da IRC, constatamos através do nosso estudo que, os inquiridos que não têm outras patologias (5,47%), são os que apresentam uma medida de adesão aos tratamentos superior aos que têm outras patologias. Os nossos resultados corroboram com o estudo realizado por Santos (2018), que evidenciou que o número de

comorbilidades foi um fator negativo para a adesão ao tratamento. Ou seja, quantas mais comorbilidades, menor é a adesão ao regime terapêutico.

No que concerne ao número de medicamentos que toma por dia, os inquiridos que tomam menos medicamentos (inferior a 5 medicamentos) (5,46%), apresentam uma medida de adesão aos tratamentos superior aos que tomam mais (superior a 5 medicamentos) (5,28%). A média diária de medicamentos utilizada pelos inquiridos foi 5,38, (mínimo 2 medicamentos e máximo de 13 medicamentos dia), semelhante ao estudo de Campos et al. (2021), que demonstrou no seu estudo uma média de medicamentos utilizados pelos pacientes de 5,92%, e ao estudo de Alikari et al. (2018), com uma média de medicamentos de 5,4%. Isto pode justificar-se pela complexidade da DRC, cujo manejo necessita do uso de vários medicamentos para tratar as comorbilidades, retardar a progressão e controlar as complicações associadas.

Podemos constatar também, que se verificou em ambos os estudos, ocorrência de polimedicação.

A World Health Organization [WHO] (2019), define polimedicação como toma crónica e concomitante de cinco ou mais medicamentos, incluindo medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos de venda exclusiva em farmácia, medicamentos de venda livre ou suplementos alimentares. Refere que a polimedicação aumenta o risco de reações adversas a medicamentos, erros de medicação, interações medicamentosas, diminuição da adesão à terapêutica e redução da qualidade de vida.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Pretendeu-se com este estudo avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, e identificar a relação dos diversos fatores sociodemográficos e clínicos com a adesão ao tratamento medicamentoso na pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. Globalmente, o valor médio obtido nos sete itens da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi de 5,36 com um desvio padrão de 0,472 e um valor mediano de 5,43. Assim, os inquiridos revelam uma boa medida de adesão aos tratamentos. Baseando-nos no padrão dicotómico, 16,36% (n = 18) da amostra é considerada não aderente.

Das variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciaram na adesão ao regime terapêutico medicamentoso, foi a variável com quem vive. Os inquiridos que residiam em lares, tinham uma média de adesão superior aos outros indivíduos. Isto prende-se pelo facto de a preparação e a administração da medicação nas Estruturas Residências para Pessoas Idosas (ERPI) ser feita pelo profissional mais qualificado, o enfermeiro.

Frente aos achados encontrados no presente estudo, no que concerne à melhoria de adesão dos não aderentes, recomenda-se o fortalecimento de estratégias educativas. Salientamos a importância do papel do enfermeiro no reconhecimento das transições vivenciadas, na identificação das possibilidades de intervenção de enfermagem, tanto na consciencialização para a situação de doença, como também, na orientação para o recurso a estratégias que promovam a adaptação à mudança e coping. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais destaque tem na promoção da adesão ao regime terapêutico, pois a partir da relação de confiança e compreensão que estabelece com o doente, família/cuidador, consegue ter uma visão mais fidedigna da realidade vivida pelo doente com doença renal crónica e pelo seu cuidador, conseguindo compreender e

intervir eficazmente perante as adversidades (capacidade de enfrentamento da doença e na adaptação às novas condições de vida).

É essencial a identificação dos fatores que possam contribuir para a adesão ao regime terapêutico, para que o enfermeiro possa compreender os motivos pelos quais os doentes aderem ou não ao regime terapêutico para que se possa implementar intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica, tendo como foco da sua atenção a pessoa (tendo em conta as suas vivências e experiências) e não a doença, levando a que o doente se torne ativo e que participe e se responsabilize pelo seu tratamento.

Frazão et al., (2014) apontam a importância do enfermeiro na identificação das necessidades e particularidades dos pacientes durante a sessão de HD, orientando a família e o paciente sobre a doença, além de esclarecer as dúvidas sobre o plano terapêutico.

Para Silva et al. (2017), o enfermeiro deve compreender o paciente em HD, atendendo-o com um olhar holístico, considerando não somente o corpo que adoeceu de forma tão trágica, mas fragilizado, emocionalmente abalado e socialmente perdido. Adaptar-se a essa realidade é fundamental para que tenham uma relação humanizada. Diante do exposto, percebe-se que a assistência de enfermagem pode ajudar a melhorar a qualidade de vida do paciente hemodialítico, visto que é esse profissional que permanece mais tempo com o paciente, possibilitando a criação de laços, que podem facilitar nas intervenções necessárias para a melhoria da qualidade de vida, que a outros profissionais seria inviável.

A qualidade de vida das pessoas com doença renal crónica é um aspeto importante, pois estes pacientes possuem limitações relacionadas com a doença e também com o tratamento hemodialítico. Por isso, é importante que os profissionais de saúde possam identificar os fatores

que possam interferir na qualidade de vida das pessoas com DRC, para que possam ter uma evolução positiva, um tratamento adequado e também um melhor prognóstico da doença.

A adesão ao regime terapêutico permite obter ganhos em saúde, desde que se saiba quais as barreiras que impedem os doentes em aderir ao tratamento prescrito. Cabe aos profissionais de saúde criar meios para avaliar a adesão ao tratamento e os fatores relacionados, para orientar a sua intervenção e ajudar a diminuir as comorbilidades. Por isso, a intervenção do enfermeiro não pode descurar a componente relacional para que possa perceber as dificuldades do doente em aderir ao tratamento, ajudando-o a uma melhor adaptação. Salienta-se que o enfermeiro tem um papel fundamental na educação em saúde, proporcionando esclarecimentos, apoio e incentivo.

As principais limitações deste estudo foram o reduzido tamanho da amostra. O estudo foi realizado com pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise em um único centro de hemodiálise, o que pode sofrer influências por ser uma população pequena.

Acreditamos que este trabalho possa ajudar a melhor compreender o fenómeno da adesão ao regime terapêutico medicamentoso em hemodiálise, apelando para a necessidade de os enfermeiros equacionarem intervenções que promovam a adesão ao tratamento nas pessoas com DRC em programa de HD.

Esperamos que este estudo possa servir a aporte teórico para pesquisas futuras, uma vez que os resultados sugerem a necessidade de mais investigação neste âmbito com amostras maiores e estudos experimentais, de modo a proporcionar uma maior compreensão sobre a adesão ao regime terapêutico medicamentosos nesta população específica. Adicionalmente, sugerimos que sejam introduzidas outras dimensões, nomeadamente as causas da DRC e as complicações ocorridas durante a hemodiálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, P. (2007). *Estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Guia Prático de Medicina. Climepsi Editores.

Alikari, V., Tsironi, M., Matziou, V., Babatsikou, F., Psillakis, K., Fradelos, E. & Zyga, S. (2018). Adherence to therapeutic regimen in adult's patients undergoing hemodialysis: The role of demographic and clinical characteristics. *Int Arch Nurs Health Care*, 4(3).
Doi.org/10.23937/2469-5823/1510096

Álvares, J., Almeida, A. M., Szuster, D. A. C., Gomes, I. C., Andrade, E. I. G., Acurcio, F. A. & Cherchiglia, M. L. (2013). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(7), 1903-10.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700005>

Alves, O. L., Guedes, C. C. P. & Costa, B. G. (2016). As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: Reflexão da assistência no foco da integralidade. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online-Bra-*, 8(1), pp. 3907-3921.
<http://www.indexf.com/pesquisa/2016/83907.php>>

Aragão, J. (agosto 2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*, 3(6). Doi: <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>

Arellano, J. L. P. (2019). *Manual de patologia geral*. In Sisínio de Castro, 8ª ed, (p. 680). ISBN: 9788491131625.

Azevedo, S. M., Siqueira, A. S. & Manhães, L. S. P. (2015). Insuficiência renal crônica:

- Análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. *Biológicas & Saúde*, 5(19), pp11-34.
http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/883
- Barros, A. O. (2017). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica na manutenção da fístula arteriovenosa à pessoa hemodialisada*. [Relatório de Estágio em Mestrado Médico Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21096/1/RELATORIO%20ENSINO%20CL%20c3%8dNICO%202016-2017>
- Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Centro de estudos de medicina baseada na evidência (CEMBE). Faculdade de Medicina de Lisboa, (pp. 1- 104).
<https://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%20C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>
- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *PsiLOGOS*, 15(1), pp. 91-101. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Campos, F., Kleibert, K. R. U., Pretto, C. R., Klein, K. B., Stumm, E. M. F. & Colet, C. F. (2021). Uso de medicamentos e potenciais interações medicamentosas em pacientes renais crónicos em hemodiálise. *Revista Saúde*, vol. 47. DOI: 10.5902/223658340770

Campos, M. (2021). A doença renal crónica deve ser detetada precocemente. *News Engage Farma*.

<https://www.newsfarma.pt/artigos/10247-a-doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B3nica-deve-ser-detetada-precocemente.html>

Chan, C. T., Blankestijn, P. J., Dember, L. M, Gallieni, M., Harris, D. C. H., Lok, C. E., Mehrotra, R., Stevens, P. E., Wang, A. Y., Cheung, M., Wheeler, D. C., Winkelmayer, W. C. & Pollock, C. A. (2019). Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*, 96(1), pp. 37-47.

Doi: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.01.017>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2008). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Coelho, A. C. (2015). *Farmacologia e doença renal no doente geriátrico*. [Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz].

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10967/1/Coelho,%20Ana%20Cl%C3%A1udia.pdf>

Coelho, A., Vilarés, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S., & Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: Uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 33, pp. 262-276.

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n4/v33n4a04.pdf>

Costa, G. M. A., Pinheiro, M. B. G. N., Medeiros, S. M., Costa, R. R. O. & Cossi, M. S. (2016). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Enfermería Global*, 15(3), pp. 73-83.

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt_clinica3.pdf

Costa, R. H. S., Dantas, A. L. M., Leite, É. M. D., Lira, A. L. B. C., Vítor, A. F. & Silva, R. A. R. (2015). Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 7(1), pp. 2137-2146.

<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10409>

Cristóvão, A. F. A. J. (2016). *Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise*. [Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde].

<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Vers%C3%A3o%20Final%20Tese%20Doutoramento%20Ago2016.pdf>

Cruz, E. C. (2015). *Contribuição da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus na estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto*. [Dissertação de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto].

[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06052016-](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06052016-190127/publico/EDNACASTRODACRUZ.pdf)

[190127/publico/EDNACASTRODACRUZ.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06052016-190127/publico/EDNACASTRODACRUZ.pdf)

Da Silva, F. S. (2015). *Qualidade de vida de doentes renais crônicos sob programa de hemodiálise: Revisão integrativa*. [Trabalho de Conclusão de Curso em Graduação em Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília].

<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10681/1/2015_FlaviaSoaresdaSilva.pdf>

Dabrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M. & Staniszewska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Journal List Patient Preference and Adherence*, 12, pp. 577–583. Doi: 10.2147/PPA.S156356

Danguilan, R. A., Cabanayan-Casasola, C. B., Evangelista, N. N., Pelobello, M. L. F., Equipado, C. D., Lucio-Tong, M. L. & Ona, E. T. (2013). An education and counseling program for chronic kidney disease: strategies to improve patient knowledge. *Kidney International Supplements*, 3(2), pp. 215-218. Doi: 10.1038/kisup.2013.17

Daugirdas, J. T., Blake, P. G. & Ing., T. S. (2016). Manual de diálise. 5ª ed. Guanabara Koogan.

Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(2), 8-100.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220206>

De Sousa, F. B. N., Pereira, W. A. & Pestana, E. A. (2018). Pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: tratamento e diagnóstico. *Revista de Investigação Biomédica*, 10(2), pp. 203-213. Doi: <https://doi.org/10.24863/rib.v10i2.239>

Eindhoven, D. C., Hilt, A. D., Zwaan, T. C., Schalijs, M. J., & Borleffs, C. J. (2018). Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not

- receive optimal treatment: The Netherlands claims database. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(2), pp. 181-189. <https://doi.org/10.1177/2047487317744363>
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., Racionero, F. M., Cordova, A., & Miron-Canelo, J. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: Across-sectional study. *BMC Family Practice*, 20(1), 132.
- Doi: 10.1186/s12875-019-1019-3
- Ferraz, R. N., Maciel, C. G., Borba, A. K. O. T., Frazão, I. S. & França, V. V. (2017). Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores para a adesão ao tratamento hemodialítico. *Revista de Enfermagem UERJ*, 25, DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.15504>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Pp. 170-595). Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5
- Frazão, C. M.F., Delgado, M. F., Araújo, M. G. A., Silva, F. B. B. L., Sá, J. D. & Lira, A. L. B. C. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)*, 15(4), pp. 701-709.
- Doi: 10.15253/2175-6783.2014000400018
- Freitas, R. L. S. & Mendonça, A. E. O. (2016). Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*, 14(2), 22-35. <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/678>

- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M. & Silva, G. (2020). Gabinete do registo da doença renal crónica da Sociedade portuguesa de nefrologia. Encontro renal. <https://cdn02.spnefro.pt/gabreg/312/Registo2020ER2021.pdf>
- Gaspar, E. (2013). *Factores que influenciam a adesão à terapêutica antirretroviral: A percepção dos enfermeiros de um serviço de infeciologia*. [Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/handle/10362/14681>
- Gestão Integrada da Doença [GID] (2014). Prevenção secundária e terciária da DRC: Plataforma integrada de gestão Integrada da doença. <https://gid.minsaude.pt/drc/index.php>
- Ghimire, S., Castelino R. L., José M. D. & Zaidi S. T. R. (2017). Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: A qualitative study. *BMC Nephrology*, 18(1), 167. Doi: 10.1186/s12882-017-0583-9
- Gokoel, S. R. M., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J. M., Moes, D. J. A. R., & de Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplantation Reviews*, 34(1). <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
- Gomes, N. D. B., Leal, N. P. R., Pimenta, C. J. L., Martins, K. P., Ferreira, G. R. S. & Costa, K. N. F. M. (2018). Qualidade de vida de homens e mulheres em hemodiálise. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 32. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.24935>

- Guo, X., Li, Z., Yu, S., Yang, H., Guo, L., Zheng, L., Zhang, Y. & Sun, Y. (2015). Depression and quality of life in relation to decreased glomerular filtration rate among adults with hypertension in rural northeast China. *Kidney and Blood Pressure Research*, 40, pp. 31-40.
- Doi:[10.1159/000368480](https://doi.org/10.1159/000368480)
- Hammer, G. D. & Mcphee, S. J. (2015). *Fisiopatologia da doença: Uma introdução à medicina clínica*. (7ª ed). Artmed. <https://docero.com.br/doc/vncssx8>
- Henriques, M. A. P. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem. [Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
- https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., O'Ke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S. & Hobbs, F. D. R. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. *PloS ONE*, 11(7). DOI: 10.1371/journal.pone.0158765
- Horne, R., Chan, A., & Wileman, V. (2019). Adherence to treatment. In T. Revenson & R. Gurung (Eds.), *Handbook of psychology*, pp. 148-161. (Taylor and Francis Group).
- <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315167534-11/adherence-treatment-robert-horne-amy-chan-vari-wileman>
- Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO] (2013). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology*, 3(1).
- https://kdigo.org/wpcontent/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

- Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO] (2017). *Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease - Mineral and bone disorder*, 7(1):1-59. DOI: 10.1016/j.kisu.2017.04.001
- Kini, V., & Ho, M. (2018). Interventions to improve medication adherence: A review. *JAMA*, 320(23), 2461-2473. <http://doi:10.1001/jama.2018.19271>
- Jeong, S., Kwon, H., Chang, J. W., Kim, M-J., Ganbold, K., Han, Y., Kwon, T-W. & Cho, Y-P. (2019). Patency rates of arteriovenous fistulas created before versus after hemodialysis initiation. *PLOS ONE*, 14(1), pp. 1-13. 6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211296>
- L. Aimee Hechanova, M. D. (2020). Texas tech university health sciences center, El paso. *Manual MSD, Versão Saúde para a Família*.

<https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-renais-e-urin%C3%A1rios/di%C3%A1lise/di%C3%A1lise>
- Levin, A. & Stevens, P. (2013). Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney international supplements*, 3(1).

https://www.researchgate.net/publication/285750072_Kidney_disease_Improving_global_outcomes_KDIGO_CKD_work_group_KDIGO_2012_clinical_practice_guideline_for_the_eva
- Levin, A., Tonelli, M., Bonventre, J., Coresh, J., Donner, J., Fogo, I. B., Fox, C. S., Gansevoort, R., T., Heerspink, H. J. L., Jardine, M., Kasiske, B., Kottgen, A., Kretzler, M., Levey, A., Luyckx, V. A., Mehta, R., Moe, O., Obrador, G., Pannu, N., Parikh, C. R., Perkovic, V.,

- Pollock, C., Stenvinkel, P., Tuttle, K. R., Wheeler, D. C. & Eckardt, K. U. (2017). Global Kidney 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Publmed.gov*, 21(390), (10105), pp. 1888-1917. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)30788-2
- Link, D. K. (2015). Chronic kidney disease: New paradigms in diagnosis and management. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 28(7), pp. 23-28.
- <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000466586.10595.2e>
- Lins, S. M. S. B., De Godoy, J. L. L. S., Tavares, J. M. A. B., Rocha, R. G. % Silva, F. V. C. (2018). Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paul Enferm*, 31(1), pp. 54-60.
- <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800009>
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M. et al. (2020). KDOQI Clinical practice guideline for vascular access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), pp. 1-164. Doi: 10.1053/j.ajkd.2019.12.001.
- Macário, F. (2017). Relatório Gabinete de Registo da SPN. *Tratamento substitutivo da doença renal crónica estadio V em Portugal*. Encontro Renal 2017. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. https://www.spnefro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2017
- Marin, N. S., Santos, M. F. & Moro, A. S. (2015). Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 50(1), p. 61-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300009>

- Marinho, A. W. G. B., Penha, A. da P., Silva, M. T. & Galvão, T. F. (2017). Prevalence of chronic renal disease among brazilian adults: A systematic review. *Cad. Saúde Coletiva*, 25, pp. 379–388. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030134>
- Marinho, C. L. A., Oliveira, J. F., Borges, J. E., Silva, R. S. & Fernandes, F. E. C. V. (2017). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 18(3), pp. 396-403.
Doi: 10.15253/2175-6783.2017000300016
- Martins, A. J., Martins, J. P., & Santos, S. A. D. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), pp. 9-16. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17021>
- Martins, L. C. N., Pereira, M. E. R. & Martins, L. C. N. (2017). Assistência de enfermagem prestada às mulheres em hemodiálise em um hospital do triângulo mineiro. *Revista de Atenção à Saúde (RAS)*, 15(53). pp. 28-36.
Doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n53.4582>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic. *National library of medicine*, 1(3).
<https://doi.org/10.4082/hpr.2013.e27>
- Mendonça, A. E. O., Júnior, B. S. S., Dantas, J. G., Andrade, D. A., Segato, C. T. & Valença, C. N. (2018). Adesão de idosos com insuficiência renal crônica a terapia hemodialítica. *Revista de Enfermagem, UFSM*, 8(1), pp. 48-58. Doi:10.5902/2179769225353
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25353/pdf>

Mills, K. T., Xu, Y., Zhang, W., Bundy, J. D., Chen, C. S., Kelly, T. N., Chen, J. & He, J. (2015).

A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney International*, 88(5), 950–957.

<https://doi.org/10.1038/ki.2015.230>

Mukakarangwa, M. C., Chironda, G., Bhengu, B. & Katende, G. (2018). Adherence to hemodialysis and associated factors among end stage renal disease patients at selected nephrology units in Rwanda: A descriptive cross-sectional study. *Nursing Research Practice*, volume 2018, pp. 1-8. Article ID4372716. Doi: 10.1155/2018/4372716

Nagasawa, H., Tachi, T., Sugita, I., Esaki, H., Yoshida, A., Kanematsu, Y., Noguchi, Y., Kobayashi, Y., Ichikawa, E., Tsuchiya, T. & Teramchi, H. (2018). *The effect of quality of life on medication compliance among dialysis patients*. *Frontiers in Pharmacology*, v. 9, s/n, s/p. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00488>

Norma nº 017/2011 (de 28 de setembro), (Atualizado a 14/06/2012). Direção-Geral da Saúde *Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5*, pp. 1-35. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5/>

Oliveira, A. P. C., Sousa, A. S., Mendonça, A. E. O. & Silva, R. A. R. (2013). Complicações intradialíticas em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(11), 6639-6645
Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i11a12319p6639-6645-2013>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). *International Council of Nurses*. Versão 2015. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

- Pedroso, V. S. M., Siqueira, H. C. H., Andrade, G. B., Medeiros, A. C., Tolfo, F., & Moura, B. (2019). O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: Buscando a qualidade de vida. *Revista Onlyne de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 11(1), pp. 241-247. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise dos dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, (6ª ed.); Edições Sílabo. DOI:10.13140/2.1.2491.7284
- Rahdar, Z., Jahantigh Haghighi, M., Mansouri, A., Siasary, A., Alahyari, J. & Jahantigh, F., (2019). Probing the relationship between treatment regimen compliance and the quality of life in hemodialysis patients: A descriptive-analytic study. *Medical Surgical Nursing Journal*, 8(2). Doi: 10.5812/msnj.95599
- Ravani, P., Palmer, S. C., Oliver, M. J., Quinn, R. R., Macrae, J. M., Tai, D. J., Pannu, N. I., Thomas, C., Hemmelgarn, B. R., Craig, J. C., Manns, B., Tonelli, M., Strippoli, G. F. M. & James, M. T. (2013). Associations between hemodialysis access type and clinical outcomes: A systematic review. *J Am Soc Nephrol*, 24(3), pp. 465-473.

Doi: 10.1681/ASN.2012070643
- Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S. & Souza, R. K. T. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: Prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, 30(1), p. 126-136.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00092613>
- Ribeiro, R. C., Nobre, R. A. M., Andrade, E. G. S. & Santos, W. L. (2018). O aumento das infecções relacionadas à hemodiálise por cateter venoso central. *Revista de Iniciação Científica e*

Extensão, 1(5), pp. 432-8. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/114/69>

Rodrigues, I. et al. (2011). *Terapêutica peri-dialítica. Manual de hemodiálise para enfermeiros*. Almedina, ISBN 978-972-40- 4488-0, (pp. 173-184).

Rodrigues, M. C. S. & Oliveira, C. (2016). Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 1-17. DOI: 10.1590/1518-8345.1316.2800

Rodrigues, W. C. (2007). *Metodologia científica*.

http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf>

Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., et al. (2017). Relatório anual de dados de 2016 do sistema de dados renais dos EUA: Epidemiologia da doença renal nos Estados Unidos. *Am J Kidney Diseases*, 69(3), supl 1, S1-S688. Doi:[10.1053/j.ajkd.2016.12.004](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.12.004)

Santos, R. P. R. (2018). *Autoeficácia e adesão ao tratamento de indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico*. [Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina].

<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24176/3/AutoeficaciaAdesaoTratamento.pdf>

Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R. & Martins, C. T. (2017). Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. *J Bras Nefrol*, 39(3), pp. 261-266.

DOI: 10.5935/0101-2800.20170049

Silva, A. F., Cavalcanti, A. C. D., Malta, M., Arruda, C. S., Gandin, T., Fé, A. & Rabelo-Silva, E. R. (2015). Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados

- por enfermeiras em duas clínicas especializadas. *Rev. Latino- Am Enfermagem*, 23(5), pp. 888-94. DOI: 10.1590/0104-1169.0268.2628
- Silva, F. R. C., Santos, M. S., Sousa, P. V., Pereira, R. G. & Silva, F. W. T. (2016). Enfermagem e as complicações frequentes durante o tratamento hemodialítico. Revisão da literatura. *Revista Ciência & Sabores, Série Científica, Versão On Line*, 2(2), pp. 207-211.
- <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/84/51>
- Silva, P. A. B., Silva, L. B., Santos, J. F. G., & Soares, S. M. (2020). Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: Desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 54, 86, pp. 1-6. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>
- Silva, Z. N. G., Souza, M. E. C. & Romão, A. K. A. (2017). Doença renal crônica: O impacto da adesão do paciente ao tratamento hemodialítico. *Única cadernos acadêmicos*, 3(4), pp. 1-27. <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/76>
- Soares, F. C., Aguiar, I. A., Carvalho, N. P. F., Carvalho, R. F., Torres, R. A., Segheto, W., Coelho, F. A., Oliveira, M. A. C. A., Andrade, F. M. & Costa, J. A. (2017). Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço Ubaense de nefrologia. *Revista Científica Fagoc Saúde*, v.2, pp.21-26. <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/232/243>
- Sousa, M. E. (2012). *Adesão ao tratamento medicamentoso da pessoa portadora de Insuficiência renal crônica em hemodiálise*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu], (2ª ed.), pp. 5-40.

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1681/1/SOUSA%20Maria%20Elisabete%20Pereira%20-%20disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>

Sousa, M. R. G., Silva, A. E. B. C., Bezerra, A. L. Q., Freitas, J. S. & Miasso, A. I. (2013). Eventos adversos em hemodiálise: Relatos de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(1).

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100010>

Sousa, M. R.G. (2014). *Segurança do paciente em uma unidade de hemodiálise: Análise de eventos adversos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN)].

<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4227/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Maiana%20Regina%20Gomes%20de%20Sousa%20-%202014.pdf>

Spigolon, D. N., Teston, E. F., Souza, F. O., Santos, B., Souza, R. R. & Neto, A. M. (2018). Diagnóstico de enfermagem de portadores de doença renal em hemodiálise: Estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), pp. 2014-2020.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0225>

Stasiak, C.E.S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinsski, A. F. M. & Baroni, G. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Revista Brasileira de Nefrologia*, 36(3), pp 325-331. ISSN 0101-2800. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>

- Teixeira, C. G., Duarte, M. C. M. B., Prado, C. M., Albuquerque, E. C. & Andrade, L. B. (2014). Impact of chronic kidney disease on quality of life, lung function, and functional capacity. *Jornal de Pediatria*, 90(6), pp. 580-586. <https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2014.03.003>
- Terra, F., Costa, A., Figueiredo, E., Morais, A., Costa, M., & Costa, R. (2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira Clínica Medica*, 8(2), pp. 119-124.
<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>
- Thomé, F. S., Sesso, R.C., Lopes, A.A., Lugon, J. R. & Martins, C. T. (2019). Inquérito brasileiro de diálise crônica 2017. *J Bras Nefrol*, 41(2), pp. 208-214. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0178
- Vachharajani, T. J., Nakhoul, G. & Taliércio, J. J. (2019). Long-term AVF patency – Can we do better? *J. Bras. Nefrol.*, 41(3) pp. 307-309. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0063>
- Vassalotti, J. A., Centor, R., Turner, B. J., Greer, R. C., Choi, M., & Sequist, T. D. (2016). Practical approach to detection and management of chronic kidney disease for the primary care clinician. *American Journal of Medicine*, 129(2), pp. 153-162.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.025>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*, pp. 70-90. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

World Health Organization [WHO] (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014: Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; A shared responsibility.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf

World Health Organization [WHO] (2019). *Medication safety in polypharmacy: Technical report.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization [WHO] (13 de abril de 2021). *Noncommunicable diseases.*

<https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

Zica, D. S. (2016). *Manual educativo sobre cuidados com acesso vascular para hemodiálise.*

[Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre].

https://www.univas.edu.br/Egressos_Web/37.pdf

ANEXOS

**ANEXO I - Relatório de desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de
Enfermagem Médico Cirúrgica**

Relatório de Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica

Nome: Anabela Martins Ferreira

Julho de 2020

Relatório de Estágio do Curso de Enfermagem Médico Cirúrgica em Medicina Intensiva, Serviço de Urgência e Hemodiálise. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Julho de 2020

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CDC – Centro de Doenças e Controlo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes E Alto Douro

CVC – Cateter Venoso Central

GCPPCIRA – Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMC – Estágio Em Médico Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FAV – Fistula Arteriovenosa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IRC - Insuficiência Renal Crónica

OBS – Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAP – Pressão Arterial Pulmonar

PIA – Pressão Intra abdominal

PIC – Pressão Intracraniana

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Vias Verdes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	8
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	14
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	19
SÍNTESE CONCLUSIVA.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem prestados são cada vez mais complexos e técnicos, e a evolução da tecnologia exige conhecimento especializado. É importante que o sistema de saúde garanta estar dotado do número adequado de profissionais para dar resposta aos desafios futuros, de modo a garantir uma “prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Neste contexto de evolução tecnológica, a especialização dos recursos humanos em saúde, em particular de enfermagem, surge como resposta aos desafios atuais e futuros. Neste sentido, o processo de formação será indispensável para a otimização da qualidade dos cuidados em enfermagem e cabe aos enfermeiros conferir-lhe a importância devida, com o intuito de desenvolver um trabalho digno das suas competências e atributos. Se cada enfermeiro, independentemente da fase onde se encontre na carreira for capaz de formular objetivos, tendo em vista a realização destes num determinado prazo, a profissão nunca passará por um momento de estagnação, mas sim, pelo contrário por uma constante evolução.

O desenvolvimento deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágios, inserida no segundo ano, primeiro semestre, ano letivo 2019-2020 do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem, do Instituto Politécnico de Bragança.

Com este relatório pretendo fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas ao longo dos três campos de estágio de forma a poder proporcionar uma visão alargada e detalhada da aprendizagem efetuada, bem como as principais dificuldades encontradas, o que nem sempre será fácil, pois é difícil passar no papel todas as emoções sentidas. Assim, este relatório tem como objetivos:

- Demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre as atividades preconizadas para estes estágios e constituir-se como instrumento de avaliação.

As práticas clínicas descritas neste relatório, decorreram no Serviço de Medicina Intensiva, na ULSNE - Hospital de Bragança; No Serviço de Urgência do CHTMAD - Hospital de Chaves e no Centro de Hemodiálise Tecsam, em Mirandela.

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes: na primeira parte é efetuada uma abordagem descritiva dos respetivos campos de estágios e na segunda parte, são enumeradas as competências adquiridas, por meio de uma análise crítica e reflexiva acerca das mesmas.

A metodologia utilizada baseia-se no método descritivo, analítico e reflexivo, suportada nos referenciais da profissão de enfermagem.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

As unidades de prestação de cuidados são espaços de formação que facultam aos formandos uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Permitem também, o desenvolvimento de competências clínicas, gerais e especializadas, integração da teoria e da prática, criação de possibilidades para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através de experiências sócio clínicas e identificação de modelos profissionais (Teixeira, 2021).

Os estágios, em três contextos diferentes, decorreram nos períodos de 16 de setembro de 2019 a 21 de fevereiro de 2020 (560 horas efetivas de componente prática, compreendendo três módulos distintos:

1. Módulo I - Serviço de Medicina Intensiva (SMI), na ULSNE – Hospital de Bragança, no período de 16 de setembro a 31 de outubro de 2019;
2. Módulo II - Serviço de Urgência (SU), no CHTMAD – Hospital de Chaves, no período de 04 de novembro a 20 de dezembro de 2019;
3. Módulo III - Clínica de Hemodiálise Tecsam, em Mirandela no período de 06 de janeiro a 21 de fevereiro de 2020.

Serviço de Medicina Intensiva

O estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica, no Serviço de Medicina Intensiva na ULSNE, Hospital de Bragança, decorreu de 16 de setembro a 31 de outubro de 2019, totalizando 168 horas, distribuídas por 7 semanas.

A Unidade local de Saúde do Nordeste (ULSNE), integra três unidades hospitalares (Hospital de Bragança, de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela), que servem a população do distrito de Bragança. Foi criada em 2011, pelo Decreto-Lei nº67/2011, de 2 de junho, para englobar as unidades de saúde.

No Regulamento nº 533/2014, da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, consta que as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III devem ter,

“quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas, bem como pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários e ainda, deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos” (p. 30254).

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital de Bragança, tem disponível 10 camas, das quais 8 estão sempre ativas e de uma equipa composta por seis médicos (3 dos quais intensivistas), 26 enfermeiros (alguns deles com especialização em enfermagem médico-cirúrgica e outros em reabilitação), dez assistentes operacionais e um fisioterapeuta. Em todas as camas é possível a monitorização de eletrocardiograma, medição da pressão arterial invasiva e não invasiva, débito cardíaco, oximetria de pulso, temperatura, pressão intracraniana e BIS (Bispectral Index). Neste serviço, é ainda possível a ventilação invasiva aos doentes, a realização de broncofibroscopia, drenagem torácica, a realização de traqueostomia percutânea, instituição de terapia de substituição renal por técnicas contínuas ou intermitentes, de terapia de substituição hepática, realização de técnicas analgésicas (cateterismo epidural), doppler transcraniano.

Os serviços de Medicina Intensiva “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p 6). Estes serviços têm como finalidade dar respostas a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que a situação de saúde-doença se pode alterar constantemente (Castro et al., 2011).

Ser enfermeiro em cuidados intensivos é um desafio muito grande, este encontra-se 24 horas com um doente em estado crítico, cujo futuro depende, não só, mas também dos cuidados de enfermagem prestados. A monitorização é considerada um dos aspetos mais importantes na intervenção do enfermeiro no SMI, pois a monitorização hemodinâmica contínua é crucial para verificar as necessidades e complicações das pessoas em situação crítica, avaliar a eficácia do cuidado que estes recebem, como também para fornecer cuidados de enfermagem de alta qualidade (Ahmed et al., 2016). A monitorização pode ser invasiva e não invasiva. Das invasivas, a Pressão Intracraniana (PIC), a Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra abdominal (PIA), a Pressão arterial pulmonar invasiva (PAP).

Serviço de Urgência

O estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica, no Serviço de Urgência do CH Trás-os-Montes e Alto Douro – Hospital de Chaves, decorreu de 04 de novembro a 20 de dezembro de 2019, totalizando 168 horas, distribuídas por 7 semanas.

O Hospital de Chaves, pertencente ao CHTMAD, encontra-se integrado na Rede de Urgências como Médico-Cirúrgica e tem como área de abrangência os concelhos de Chaves, Montalegre, Boticas, Valpaços e algumas localidades do concelho de Vila Pouca de Aguiar e de Ribeira de Pena, num total de 94.143 habitantes.

O serviço de urgência tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Trata-se de uma urgência polivalente, funciona continuamente, sendo a área de influência estendida a todo o concelho de Chaves.

De acordo com o Despacho nº 10319/2014, artigo 5.º, o Serviço de Urgência Polivalente é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e oferece resposta de proximidade à população da sua área.

O serviço de urgência do CHTMAD – Hospital de Chaves, situa-se no piso zero e dá resposta a situações urgentes, emergentes, atendendo doentes de baixo, médio e alto risco e na área de emergência pré-hospitalar nas áreas de medicina interna, ortopedia, cirurgia geral e na área de emergência pré-hospitalar. Os serviços de emergência e urgência apresentam características específicas no que concerne ao cuidado da pessoa doente em situação crítica.

De acordo com Scherer et al. (2017), “A medicina de emergência é definida como uma mudança na saúde de uma pessoa pela qual a própria ou um terceiro consideram que são necessários cuidados médicos e de enfermagem imediatos” (p. 647).

A prática de enfermagem de urgência é sistemática e inclui o processo e o diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões, pensamento científico e analítico e investigação. No que se refere ao âmbito da prática, esta envolve avaliação inicial, diagnósticos, tratamento e avaliação final, sendo que a resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao doente e/ou família, referência adequada, bem como conhecimentos das implicações legais (Patrick, 2011). Em síntese, os enfermeiros, num serviço de urgência devem possuir amplos conhecimentos e competências para prestar cuidados a pessoas com problemas de saúde vários (Fazio, 2011).

De acordo com os critérios do Despacho nº 10319/2014, artigo 20º, os serviços de urgência devem incluir também área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida, área de traumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares.

Os utentes do CHTMAD/Hospital de Chaves, dão entrada no SU através do balcão administrativo, passando, de seguida pela Triagem de Manchester. Na triagem é-lhes atribuída uma prioridade de acordo com o grau de gravidade das suas queixas e sintomas. Os doentes são posteriormente distribuídos conforme a sua patologia pelas áreas de emergência, médicas, cirúrgicas e trauma. Os utentes com grau de dependência (ainda que motivado pela situação aguda de doença) que implique estarem no SU, em maca, são encaminhados para a área da decisão clínica. É nesta área que, muitas vezes, os doentes ficam internados provisoriamente, quando não existem camas disponíveis nos serviços de internamento.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), foi criado em Manchester em 1997, por um grupo de médicos e enfermeiros, com o objetivo de organizar o sistema de atendimento de urgência no Reino Unido, estabelecendo um consenso para um padrão de triagem. É composto por 55 fluxogramas, utilizando uma metodologia que define a prioridade clínica, determinando o tempo máximo de espera permitido para os diferentes níveis de urgência, em que emergente de cor vermelha necessita de uma avaliação imediata, muito urgente de cor laranja em 10min, urgente de cor amarela atendimento dentro de 60 minutos, pouco urgente de cor verde em 120min, e não urgente de cor azul até 240 minutos (Cicolo, 2017).

De acordo com Cabrera (2017), o Sistema de Triagem de Manchester é considerado um sistema dinâmico, que prevê uma eventual reclassificação do paciente, caso as suas características clínicas se agravem mais do que o pressuposto na avaliação inicial.

O Despacho nº 10319/2014, refere a obrigatoriedade de implementar um sistema de triagem de prioridades nos serviços de urgência que permita distinguir graus de prioridade, de modo que se exerçam critérios pré-estabelecidos de tempo até à observação de acordo com cada prioridade clínica de cada doente.

O paciente que se encontra numa situação emergente tem um atendimento imediato na sala de emergência, como também as vias verdes (VV) após serem identificadas. O enfermeiro da triagem ativa a sala de emergência através do botão de alarme, emitindo um aviso sonoro, que alerta a equipa multidisciplinar destacada para que a mesma se dirija o mais rapidamente para lá, assumindo as suas posições na abordagem à pessoa doente e só após estar toda a equipa presente é que o botão é desligado.

Na norma nº 015/2017 emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS), a via verde (VV) é definida como: “estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (p. 17).

Estão implementadas quatro VV no SU do CHTMAD – Hospital de Chaves, a via verde sépsis, a via verde coronária, a via verde acidente vascular cerebral (AVC), e a via verde Trauma.

A tomada de decisões é parte integrante e importante da prática de Enfermagem. Neste setor, o Enfermeiro impõe-se numa atuação rápida de forma a recolher e analisar informações essenciais para identificar a queixa do utente. A primeira parte deste método de triagem requer que se selecione uma condição apropriada da lista de fluxogramas para de seguida se determinar a prioridade real do utente, através dos discriminadores gerais e específicos para cada um deles.

Hemodiálise

O estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica, na Clínica de Hemodiálise – Tecsam, decorreu de 06 de janeiro a 21 de fevereiro de 2020, totalizando 168 horas, distribuídas por 7 semanas.

Clínica privada, situada na cidade de Mirandela, é um edifício com cave, rés do chão e primeiro andar. A cave é composta por salas de tratamento de águas e de fabrico de concentrados, armazéns, bloco operatório, e salas de fisioterapia destinadas à reabilitação dos doentes em diálise e em regime de ambulatório. O bloco operatório está vocacionado para a construção de acessos vasculares para doentes em diálise.

O rés-do-chão é composto por três salas de hemodiálise, três gabinetes, ginásio, sala de reuniões, farmácia, gabinete técnico e capela.

Engloba uma equipa médica de nefrologia, constituída por 3 médicos de Nefrologia e 3 de Clínica Geral, 1 Psicóloga, 2 Assistentes Sociais, 1 Nutricionista, 2 farmacêuticos e 8 Técnicos de diálise. A equipa de enfermagem é constituída por 12 enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Chefe do serviço.

O funcionamento do centro é assegurado pela equipa média, de enfermagem e técnicos de diálise: segundas, quartas e sextas das 7 horas às 22horas; terças, quintas e sábados das 7 às 17horas. Esta dividido em duas salas e uma sala para doentes que necessitam de isolamento.

A escolha da realização do estágio, surgiu dado o interesse que tinha em aprofundar conhecimentos na área da enfermagem de nefrologia, particularmente ao nível da doença renal crónica, pois trata se de uma patologia que condiciona uma elevada morbilidade e mortalidade, com um aumento progressivo do número de doentes em estágio terminal, que por isso, necessitam de técnicas de substituição da função renal.

Tratando se de uma doença considerada como um problema de saúde publica. A doença renal crónica é responsável pela mobilização de um vasto número de recurso, trazendo implicações quer ao nível económico quer social. O acesso vascular é uma das vias de sobrevivência de muitas das pessoas com doença renal crónica.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para Guedes et al. (2016), a competência é um processo que resulta no saber gerir uma situação profissional complexa, influenciado por fatores relativos à biografia do sujeito, situação profissional e formação.

Oliveira et al. (2015), referem que a competência profissional dos enfermeiros é definida quanto os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, fundamentais na qualidade e segurança.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio das competências comuns está contemplado na competência “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, e na competência “garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, como consta no Regulamento nº 140/2019 da OE, (pp. 2419-2420).

O enfermeiro tem como dever exercer a sua profissão de acordo com Estatuto da OE, que consta na Lei nº 156/2015, sendo constituído pelo Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). O enfermeiro assume o dever de cumprir as normas e as leis que regem a profissão, responsabilizar-se pelas decisões que toma, proteger e defender a pessoa humana de práticas que vão contra a lei, a ética ou o bem comum.

No exercício diário da prática de enfermagem, estabelece-se uma relação interpessoal e humana entre a pessoa e o enfermeiro, devendo ser respeitado a autonomia, a dignidade humana e os direitos humanos, promovendo o ser humano na sua integridade. Para a concretização dos cuidados, devemos pedir o consentimento informado à pessoa doente. O consentimento informado, segundo Ramos (2017), traduz o respeito pela autonomia da pessoa no diálogo com os profissionais de saúde.

No contexto da prática de enfermagem surgem direitos, deveres e o respeito pela pessoa doente, quer em contexto de prestação de cuidados, quer no contexto de relação multidisciplinares, consideradas na tomada de decisão ético-deontológica. De acordo com Mealer e Moss (2016), o conflito ético é intrínseco a profissões relacionadas com saúde, maioritariamente devido à responsabilidade ética decorrente da prestação de cuidados a pessoas em estado clínico crítico.

No decorrer dos campos de estágio procurei respeitar a privacidade dos doentes a quem prestei cuidados, respeitando a sua intimidade, informando sobre procedimentos que iria realizar, explicando que os poderia aceitar ou recusar, porém, procurando sempre obter o seu consentimento e esclarecendo dúvidas sempre que assim solicitavam. No estágio no SMI, devido ao estado crítico da pessoa e por se encontrar sedada, apesar de se facultar a informação, não era possível obter a sua resposta. Sempre que possível, informava-se a família ou cuidador sobre os procedimentos a serem realizados. Neste tipo de doentes, impõem-se o princípio da beneficência e da não maleficência, tendo sempre como foco de atenção o benefício melhor para o doente. Durante o meu percurso de formação, sempre que possível, prestei toda a informação à pessoa, família e ou cuidador, tendo sempre em atenção o dever de agir decorrente do princípio da beneficência e da não maleficência, reconhecido na ética profissional.

O Despacho n.º 10319/2014, (de 11 de agosto), afirmar que “devem ser respeitados a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente, e deve ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar” (p. 20677). Segundo a Versão Beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2005, p.115), família traduz-se por “um fenómeno de enfermagem de grupo com as características específicas: conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas”.

De acordo com o art.º 85º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, que remete para o dever de sigilo. O enfermeiro deve considerar confidencial toda a informação que diga respeito ao destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte, partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.

Segundo o descrito na Lei n.º 15/2014, (de 21 de abril), “os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação” (p. 2128).

Durante o percurso formativo garanti a confidencialidade de todas as informações relativas ao doente, desde a situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais, partilhando apenas as informações pertinentes com profissionais envolvidos no processo do cuidar.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão n.º 76/2018, o enfermeiro gestor “adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 3479).

Segundo Wong et al. (2013), a liderança em enfermagem é um fator importante na prestação de cuidados de qualidade ao doente, no desenvolvimento da prática de enfermagem e na criação de ambientes de trabalho produtivos para os profissionais de saúde.

Pude constatar que trabalhar no SU exige tais competências, mais propriamente na sala de emergência, onde os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e diferenciadas. Nesta sala, a equipa de enfermagem funciona com três enfermeiros com funções pré-definidas e designados de elemento A, B e C que são atempadamente definidas e afixadas no plano de trabalho diário. O elemento A assume o papel de líder, que tem como função gerir a equipa e os cuidados consoante as prioridades emergentes e de acordo com as funções de cada enfermeiro. Verifiquei que o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, assume o papel de líder.

Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), no artigo 83.º, do direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de “corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (p.69). Neste âmbito, o enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando também o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Durante o ensino clínico senti necessidade de desenvolver capacidades ao nível do estabelecimento de prioridades de cuidados, nomeadamente, no cuidado à pessoa em situação crítica, de modo a proporcionar cuidados seguros e de qualidade. Deste modo, o meu cuidado baseava-se numa observação pormenorizada ao doente que estava à minha responsabilidade de

forma a cumprir uma avaliação sistemática priorizando os cuidados de acordo com as suas necessidades de resposta. Considero que a observação e participação direta em diferentes equipas, com métodos e formas de trabalho diferentes permitiu-me estar alerta para aspetos relacionados com a eficácia na gestão, adequação de recursos humanos e materiais, bem como, a satisfação dos profissionais no sentido de assegurar a qualidade e segurança dos cuidados.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Procurei em cada campo de estágio desenvolver as competências propostas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais segundo o Regulamento n.º 122/2011 (de 18 de fevereiro) “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p. 8649).

No campo de estágio em hemodiálise, de forma a desenvolver competências desta área e no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa com IRC em hemodiálise, realizei uma revisão de literatura, efetuando pesquisa em bases de dados, de forma a responder à questão “quais são os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com IRC em hemodiálise”. Esta pesquisa permitiu-me a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos em relação às complicações mais recorrentes durante a realização das sessões de hemodiálise, e as intervenções de enfermagem com o objetivo de prevenir as complicações e a sua resolução.

Relativamente ao campo de estágio no Serviço de Urgências, tive o privilégio de assistir a uma formação interna de serviço enquanto estudante do mestrado, subordinada à temática “Transporte do doente crítico”, organizada pela equipa de enfermagem do serviço, direcionado às equipas médicas e de enfermagem do Hospital, constituindo-se uma mais-valia na aquisição de conhecimento, podendo aplicá-la na minha atividade profissional. Considero também pertinente a abordagem desta temática no conteúdo programático do período teórico referente a este mestrado, devido ao facto de ser considerado parte integrante do cuidado à pessoa em situação crítica.

Ainda em contexto de urgência, e com o objetivo de ampliar o meu conhecimento no âmbito da Triagem de Manchester, tive oportunidade de realizar dois turnos na sala de triagem com a enfermeira destacada nesses mesmos dias para a triagem. Considero ter sido uma experiência deveras enriquecedora pelo confronto com uma realidade por mim desconhecida.

Ao nível dos cuidados intensivos, tive a possibilidade de adquirir e consolidar conhecimentos sobre ventilação invasiva, consegui avaliar e adequar os diferentes modos ventilatórios (pressão controlada, volume controlado, pressão de suporte, ventilação mandatória intermitente, entre outros), sendo esta área uma das minhas lacunas face ao doente crítico.

Procurei em todos os campos de estágio adquirir conhecimentos avançados e qualificados quanto à prestação de cuidados ao doente crítico, aliado a uma boa capacidade de observação, de capacidade de reação rápida e eficaz face ao fator surpresa, procurando priorizar e analisar rapidamente a situação e atuar com segurança.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, publicadas no Regulamento n.º 429/2018 (de 16 de julho), ainda em vigor aquando da realização dos ensinos clínicos são:

“1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

3 - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p. 19359).

Segue-se agora uma reflexão crítica referente às competências supracitadas.

Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

A Pessoa em Situação Crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº124/2011, p. 8656). O mesmo regulamento define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, como cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas devidas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 8656).

De forma a desenvolver competências no âmbito de cuidar da pessoa a vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, no contexto hospitalar, fez parte da minha intervenção a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos a gestão diferenciada da dor e bem-estar da pessoa, bem como a assistência à pessoa e família nas

perturbações decorrentes da situação crítica, gerindo o estabelecimento da relação terapêutica e da comunicação interpessoal. Dada a complexidade das situações que ocorrem, e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista deve mobilizar de forma eficaz os conhecimentos e habilidades na intervenção, conceção, implementação e avaliação da intervenção especializada. Desse modo, é benéfico que o enfermeiro detenha e demonstre um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para a prestação de cuidados, baseando a sua prática na evidência científica e refletindo sobre a sua prática.

Ao longo do campo de estágio no SU, colaborei na prestação de cuidados em vários contextos de trabalho, desde a triagem, sala de emergência, sala de observação e sala de cuidados especiais. Nos dias em que estive presente nesta área tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro triador na aplicação da Triagem de Manchester e concomitantemente desenvolver competência no manuseamento do registo de enfermagem no Sistema ALERT ®. Este é um sistema informático permite auxiliar na organização do trabalho, facilitar o trabalho dos profissionais e aperfeiçoar os processos de gestão. A tomada de decisões é parte integrante e importante da prática de enfermagem. Neste setor, verifiquei que ao enfermeiro impõe-se uma atuação rápida de forma a recolher e analisar informações essenciais para identificar a queixa do utente. A primeira parte deste método de triagem requer que se selecione uma condição apropriada da lista de fluxogramas para de seguida se determinar a prioridade real do utente, através dos discriminadores gerais e específicos para cada um deles. Observei que a maior dificuldade do Enfermeiro é descrever objetivamente a “queixa” do utente, pois muitas vezes é subjetiva a descrição do problema que o utente apresenta.

Na sala de emergência assisti a uma situação de paragem cardiorrespiratória, tendo sido ativada a via verde. Trazido pelos bombeiros, por dor torácica com irradiação para o braço direito. A primeira abordagem ao doente crítico normalmente surge na sala de emergência, que se destina à prestação de cuidados diferenciados, emergentes e de curta duração, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais. Nesta área desenvolvi competências técnicas na abordagem primária ao utente com instabilidade hemodinâmica, falências respiratória e cardíaca, intoxicações e trauma, destacando também a abordagem primária ao doente com edema agudo do

pulmão, intoxicação por organofosforados, e bradicardias, atuando em conformidade com as guidelines/protocolos.

Na OBS, que é a área para onde são encaminhados os utentes que precisam de monitorização e vigilância permanente, procurei sensibilizar os enfermeiros para a pertinência de se monitorizar, avaliar e registar continuamente os sinais vitais, uma vez que o registo é efetuado apenas quando há prescrição clínica. Fundamentava que a monitorização contínua permite estabelecer prioridades de intervenção no atendimento ao doente em situação de urgência bem como utilizar os indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente e introduzir medidas corretivas. Estes são conteúdos funcionais inerentes às competências do Enfermeiro Especialista que procurei desenvolver nesta área. Considero que este parecer foi incorporado pelos enfermeiros na perspetiva da promoção qualidade dos cuidados prestados.

Pude verificar que o trabalho no SMI era complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, prestar cuidados a doentes com alterações hemodinâmicas importantes, às quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo útil. Desta forma, considero que o sucesso do SMI depende em muito do papel do enfermeiro, onde este monitoriza, identifica potenciais problemas e atua rapidamente na sua resolução, através da observação atenta do estado do doente. Administra terapêuticas e intervém para prevenir e/ou corrigir situações que podem ameaçar a vida. Neste sentido, Vargas e Braga (2006, s/p), afirmam que o enfermeiro que atua nas unidades de cuidados intensivos necessita de ter “conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente”.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de cuidar de doentes críticos na sua globalidade, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, desde a preparação da unidade, receção do doente, avaliação primária e secundária, monitorização e vigilância contínua de parâmetros vitais, assim como a elaboração dos respetivos registos, detetando sinais de instabilidade hemodinâmica a partir da monitorização invasiva.

Monahan et al., (2010) refere que a avaliação do doente com monitorização invasiva deve ser rigorosa, organizada e individualizada, para que sejam evidentes pequenas alterações ou

desvios de dados. Prestei cuidados a doentes maioritariamente do foro respiratório, renal, toxicológico e cirúrgico geral, assegurando uma vigilância contínua.

A monitorização é considerada um dos aspetos mais importantes na intervenção do enfermeiro no SMI, pois a monitorização hemodinâmica contínua é crucial para verificar as necessidades e complicações das pessoas em situação crítica, avaliar a eficácia do cuidado que estes recebem, como também para fornecer cuidados de enfermagem de alta qualidade (Ahmed et al., 2016). Esta pode ser invasiva e não invasiva. Das invasivas, tive a oportunidade de poder monitorizar a Pressão Intracraniana (PIC), a Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra abdominal (PIA), a Pressão arterial pulmonar invasiva (PAP).

Durante o estágio verifiquei que os doentes internados no SMI, necessitavam maioritariamente de suporte ventilatório, sendo definido por Marcelino (2008) como, “todo o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar” (p. 64), pelo menos numa fase inicial do tratamento do doente no SMI. A minha experiência com doentes ventilados é bastante reduzida pois no serviço onde trabalho, após a entubação, os doentes são conectados a um ventilador portátil e é feita a transferência o mais precoce possível para uma unidade de cuidados intensivos ou para Hospitais mais diferenciados. Assim, foi importante contatar com os diferentes ventiladores, com novos modos ventilatórios, instituído de acordo com a situação clínica, assim como, estar atenta às mudanças de modos, à avaliação das necessidades do doente e à sua adaptação, detetando e interpretando sinais de instabilidade do doente, e colaborando nas intervenções interdependentes na manutenção dos modos que permitem a extubação precoce. Ao detetar instabilidade no doente, realizei a colheita de sangue para a realização de gasometria que consistiu no controle da concentração dos gases no sangue, da ventilação e do equilíbrio ácido-base. Constatei a periodicidade diária da colheita dada a sua importância na vigilância e na deteção atempada, rápida e eficaz das alterações hemodinâmicas prevenindo assim o surgimento de complicações. Assim pude concluir, que a utilização dos ventiladores continuam a ser uma realidade no nosso dia-a-dia, que se verifica ser adequada para a ventilação invasiva da pessoa em estado crítico, permitindo a respiração ao indivíduo que presentemente não a consegue efetuar, devido à sua doença grave (Marcelino, 2008).

Aliada à ventilação invasiva está a aspiração de secreções e a este nível tive a oportunidade de contactar com sondas de circuitos fechado (aspiração subglótica), enquanto método de eleição em situações de maior instabilidade uma vez que, previne alterações fisiológicas decorrentes da aspiração (diminuição da saturação periférica de oxigénio), promovendo menor incidência de pneumonias e consequentemente menores custos.

Souza e Santana (2012) referem que “estudos têm demonstrado que a aspiração das secreções subglóticas por lúmen dorsal de sucção acima do *cuff* do tubo orotraqueal retarda e reduz a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica” (p. 1).

Pude refletir que o fator humano do cuidado de enfermagem, é um dos aspetos mais difíceis de ser implementado, uma vez que a rotina diária e complexa que envolve o ambiente no SMI faz com que os membros da equipa de enfermagem, na maioria das vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente. Pude verificar que apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar a realizar no sentido de humanizar o cuidado no SMI, esta é uma tarefa difícil, pois causa atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de um SMI não possibilita momentos de reflexão para que os profissionais possam orientar-se melhor, no entanto pude contactar que todos os profissionais na unidade prestavam cuidados no sentido de viabilizarem a humanização em detrimento da visão mecânica e biologicista que impera nos centros de alta tecnologia como no caso dos SMI.

Atendendo à minha falta de experiência, na área da hemodiálise e com o intuito de minimizaras minhas dificuldades, iniciei as minhas atividades através da montagem do sistema de circulação extracorporeal, várias vezes, e só depois dei início à conexão dos concentrados ácido e alcalino para posteriormente estabilizar o equipamento e efetuar respetivos testes para dar início ao tratamento.

As doenças crónicas são definidas como intransmissíveis, prolongadas ao longo do tempo, sem resolução espontânea e raramente com cura (Assunção, 2015). De acordo com o mesmo autor, os diagnósticos clínicos podem ser considerados como comorbidades das pessoas idosas e podem estar dissociadas dos seus principais diagnósticos. Isto é, estes diagnósticos podem não estar associados à doença principal, mas podem interferir com a progressão da doença.

Após ter adquirido esta competência técnica, dei início ao tratamento aos doentes começando por manipular os acessos vasculares para o tratamento de hemodiálise, estes acessos podem ser de três tipos: fistula arteriovenosa (FAV), prótese vascular e cateteres venosos centrais (CVC)). A abordagem ao CVC requer cuidados especiais, pois pode ser uma forte porta de entrada de infeção, por isso existe a necessidade de o seu manuseamento ser efetuado sempre de forma asséptica, assim desenvolvi competências na elaboração do penso e no envolvimento dos seus ramos numa bolsa própria e a estar alerta na identificação precoce dos sinais de infeção. Quanto à punção das FAV e por sugestão do meu tutor, comecei por iniciar esta técnica em doentes que apresentavam FAVs bem desenvolvidas, pois este é um procedimento que provoca dor e o objetivo não era provocar qualquer ansiedade ou dor no doente, para além das punções aprendi a efetuar a sua correta avaliação (verificar a presença de frêmito), a fixar e a remover as agulhas e a efetuar uma correta compressão, e os cuidados que os doentes devem ter com acesso e com o membro onde esta se insere. Santana et al., (2019), refere que o funcionamento da FAV deve ser verificado diariamente, examinando a presença do frêmito (vibração preceptiva), que se deve ao fluxo do sangue ao passar pela anastomose.

Durante o tratamento hemodialítico existe a necessidade de efetuar a vigilância das complicações que possam surgir, pelo que as queixas do doente são sempre valorizadas. As principais complicações durante a hemodiálise são a hipotensão, câibras náuseas, vômitos, cefaleias, dor no peito, dor lombar, prurido, febre e calafrios. De entre estas complicações as que presenciei foram a hipotensão e as câibras, normalmente estas complicações estão associadas à remoção de líquidos, pelo que foi necessário administrar líquidos, posicionar o doente em trendlemburg (no caso da hipotensão) e em alguns casos diminuir a ultrafiltração. Como estes doentes já realizam estes tratamentos há alguns anos, a maioria apresenta sentimentos de perda de autoestima, insegurança, ansiedade, depressão e com alguma sensação de morte eminente, principalmente aqueles que não têm apoio da família e amigos.

A realização dos tratamentos acaba por ser um refúgio onde encontram outras pessoas com a mesma patologia e com a qual partilham experiências, sendo que também como referiu um doente “é uma forma de sair de casa” e sabem que vão encontrar uma equipa de enfermagem que demonstra disponibilidade e apoio, diminuindo a ansiedade do doente, promovendo o seu bem-estar psicológico, ou seja funcionando como uma família. Assim como elemento novo, integrante

desta família foi necessário dar-me a conhecer com o objetivo de quebrar as barreiras e estabelecer uma relação empática com os doentes e sentir-me aceite por estes. Concordando com Sousa (2012), “a empatia e a comunicação na relação interpessoal são mais valorizadas pelo doente do que as perícias técnicas. Pois o comportamento de adesão ou não adesão do doente poderá ser influenciada pela forma como é transmitida a informação” (p. 39).

Com o treinar das atividades referidas anteriormente, com o estabelecimento de contato com todos os doentes hemodialisados e com o apoio do meu tutor fui desenvolvendo as minhas competências na manipulação dos equipamentos e dos acessos venosos e consolidando cada vez mais os meus conhecimentos nesta área. Tudo isto foi uma mais-valia para efetuar uma melhor recolha de dados, como perceber qual o regime terapêutico destes doentes e o papel do hemodialisado no autocuidado (que será fundamental), pois o deficit de autocuidado ocorre quando o novo paciente na diálise não tem conhecimentos para participar no autocuidado.

O IRC terá que adotar um novo estilo de vida como restrições alimentares e hídricas, cumprir um regime medicamentoso e demonstrar conhecimentos sobre os cuidados com o acesso vascular. O estar em contacto direto com esta realidade e exercer aqui funções permitiu-me perceber melhor que o regime terapêutico destes doentes ainda se pode tornar mais complexo pelo fato de que maior parte destes doentes apresentam outras patologias associadas.

Com o decorrer dos turnos, fui direcionando os meus cuidados aos doentes hemodialisados, senti da parte destes uma maior abertura para que eu pudesse realizar os cuidados, pois já me começavam a “ver como elemento integrante da equipe”. A partir daqui tentei fomentar uma relação empática com estes, e através da observação direta ao doente, da consulta do processo clínico e comunicação com o doente.

Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

A Lei nº 80/2015, de (3 de agosto) define acidente grave como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”, e define catástrofe como “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e,

eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Segundo Silva (2015). A definição de acidente baseia-se em três componentes: o afluxo intenso de vítimas, as destruições de ordem material e a desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

De acordo com a OE (2011, p. 2) uma situação de catástrofe é definida como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Segundo o Regulamento n.º 124/2011 (de 18 de fevereiro), esta competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) refere-se à intervenção do mesmo quanto

“à conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima, capacidade de resposta face à complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gerindo equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8657).

A impossibilidade de prever todas as variáveis que influenciam as consequências de uma catástrofe reside principalmente na dificuldade em estruturar uma intervenção para fazer face a um acontecimento desta natureza. Sendo a enfermagem dotada de conhecimento científico, competências técnicas e relacionais de elevada qualidade, torna-se uma profissão necessária e insubstituível na resposta face a uma situação de catástrofe. Unanimemente, existe reconhecimento por parte dos enfermeiros de uma inadequada preparação para agir em situação de catástrofe em cerca de 97% sendo que 80% acreditam ser necessário desenvolver formação específica nesta área (Santos & Rabiais, 2015).

Durante a realização dos campos de estágio, não me deparei com estas situações. Desenvolvi o conhecimento, mas não ocorreram situações que permitissem efetivar essa experiência. Pude desenvolver esta competência, durante o campo de estágio SU, onde pude consultar o plano de catástrofe do CHTMAD - Hospital de Chaves. Este plano propõe uma série

de procedimentos alternativos ao funcionamento normal de uma organização, sempre que alguma das suas funções se vê prejudicada por uma contingência interna ou externa. Esta classe de plano procura garantir a continuidade do funcionamento da organização face a quaisquer eventualidades, sejam estas materiais ou pessoais.

Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

O regulamento nº 361/2015 referente aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, a OE reforça a importância desta competência afirmando que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), são causadas por bactérias, vírus e fungos. Estas doenças constituem um dos maiores desafios em contexto hospitalar, pois constituem uma importante causa de morbilidade e mortalidade.

Segundo o Despacho nº1400-A/2015 (de 23 de janeiro), as IACS “dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (...) cerca de um terço são, seguramente, evitáveis” (p.9).

O despacho suprarreferido menciona uma série de metas para o ano 2020, de forma a atingi-las, devem ser desenvolvidas ações, que são da responsabilidade do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), como: monitorizar as infeções associadas aos cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e meio hospitalar e a resistência a antibióticos, e reportar anualmente à DGS os resultados das monitorizações realizadas.

O Despacho n.º 15423/2013, o PPCIRA tem como objetivos gerais “a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos” (p. 34564).

O Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) é responsável pela implementação dos objetivos do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC).

No decorrer do meu campo de estágio no SMI, juntamente com a enfermeira responsável pelo controlo de infeção no serviço, realizei várias auditorias à equipa do serviço (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos), nas intervenções efetuadas pelos mesmos.

No mesmo campo de estágio, aprofundei conhecimentos sobre a prevenção da pneumonia associada à entubação, pois tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com entubação endotraqueal submetida a ventilação mecânica invasiva. Para Chicayban et al. (2017), entre as medidas preventivas da pneumonia associada à entubação (PAI) estão: a higienização adequada das mãos antes e após a manipulação do tubo endotraqueal, protocolos de interrupção diária de sedação, cuidados com os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes, aspiração de secreções, aspiração de secreções subglóticas, monitorização da pressão do cuff entre 20 a 30 cmH₂O; elevação de cabeceira em ângulo igual ou superior a 30° e no posicionamento evitar momentos de posição supina, nutrição entérica e realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina 0,2% pelo menos três vezes por dia.

Atendendo aos múltiplos procedimentos invasivos que se realizam no SMI, este é um serviço onde o controlo da infeção deverá ser executado com extremo rigor, já que os procedimentos quebram a barreira natural da pele levando a existência de uma entrada direta para o ambiente interno do doente, havendo assim uma maior tendência para gerar focos de infeção. Segundo Oliveira et al. (2014), a maioria dos casos de infeção numa UCI tem como fonte principal o CVC com destaque para a colonização da pele no local da punção.

No campo de estágio no SMI, tive a oportunidade de colaborar na colocação de CVC em vários momentos. De acordo com as atuais guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections (2017) do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), preconiza-se a utilização de compressa estéril ou penso transparente, estéril e semipermeável, para fixar e proteger o local de inserção do CVC, sendo que a sua substituição deverá ser efetuada a cada 48 horas quando aplicada compressa estéril (por presença de fluidos corporais decorrente do procedimento

ou da instabilidade do doente), e após 7 dias quando aplicados pensos transparentes semipermeáveis ou sempre que estes estão repassados/sombreados ou descolados.

O aumento das infeções hospitalares deve-se, também, ao espaço reduzido existente no SU, à sua grande afluência de pessoas que, por sua vez, colocadas em macas também favorece a sua contaminação conduzindo a sérias complicações relacionadas com a prestação de cuidados (Nascimento & Santos, 2016). Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde (2017), confirma que as “caraterísticas físicas e de funcionamento dos serviços como dimensão das equipas de profissionais, sobrelotação das urgências, número reduzido de quartos individuais, distância insuficiente entre camas, internamento de doentes em macas nas enfermarias” (p. 9). São alguns exemplos de fatores que contribuem para a potenciação do risco de transmissão cruzada de microrganismos.

Também constatei, nos contextos de estágio, a existência de planos de controlo da infeção relacionados com a higiene das mãos, o controlo ambiental, a descontaminação de equipamentos clínicos, o manuseamento da roupa segura, a utilização de equipamento individual de proteção (EPI), as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, e a monitorização dos mesmos. Neste sentido, tive oportunidade de colaborar em algumas monitorizações realizadas, e na implementação do feixe de medidas.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Trabalho desenvolvido ao longo do estágio, descritos ao longo deste relatório, permitiu-me identificar limitações e dúvidas procurando resoluções adequadas, promovendo momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados e desenvolvidos. Contribuiu para o desenvolvimento, interesse e aquisição das competências que desejo enquanto enfermeira especialista, em coerência com o estipulado na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, conjunto de competências clínicas especializadas, resultantes do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

A participação ativa nas atividades referidas facultou-me a aplicação de conhecimentos, adquiridos e novos, desenvolver a capacidade de compreensão e de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao refletir sobre a experiência vivida, e interligando-a com o meu crescimento pessoal e profissional, concluo os estágios, pela sua especificidade e complementaridade. Contribuíram de forma clara e objetiva, para a consolidação da minha aprendizagem, enriquecendo a formação prévia associada aos percursos académico e profissional respetivos. Relacionei-me e integrei-me de forma positiva nas equipas multidisciplinares. Tive a capacidade de me integrar nos métodos de trabalho, normas, regulamentos e protocolos instituídos. Consegui em todos os módulos de estágio, prestar cuidados individualizados e assumir os cuidados aos doentes que estavam sob a responsabilidade dos meus tutores. Alinhei o meu percurso pela busca de sentido para cada atitude e cada atividade planeada, numa perspetiva de construção de um corpo de conhecimentos e experiências, na área dos cuidados ao doente e família.

Em termos gerais atingi os objetivos a que me propôs no início dos estágios, uns mais facilmente que outros, mas todos igualmente importantes para o sucesso deste ciclo de aprendizagem. Para atingir os objetivos propostos e adquirir competências, tive sempre presente a reflexão crítica em relação aos cuidados prestados e aos problemas que iam surgindo.

Após a realização deste relatório, e refletindo sobre o longo caminho percorrido, considero que este percurso se revelou pelas suas características, como um elemento fulcral para o meu desenvolvimento profissional, na medida em que me proporcionou inúmeras oportunidades e do qual retirei muitos pontos fortes mas, também e como muitas vezes é com eles que crescemos,

alguns pontos críticos e ameaças, que passo seguidamente a apresentar: Pontos fortes: Ter de escolher pontos fortes é algo muito difícil, quando consideramos que todo o percurso foi fundamental para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, no entanto, há uns aspetos que gostaria de salientar, nomeadamente a receptividade das instituições e das equipas de enfermagem, as múltiplas experiências vivenciadas e partilhadas, os inúmeros conhecimentos adquiridos, o conhecer de novas realidades e novas dinâmicas e o despertar para outras áreas como a gestão, a investigação e a formação.

As dificuldades que assinalo resumem-se apenas ao esforço físico e familiar que me acompanhou na realização dos estágios, uma vez que foram realizados em paralelo com o meu exercício profissional. Não obstante, neste aspeto zelei sempre por prestar cuidados de acordo com a ética profissional e tendo presentes as minhas obrigações legais.

Assim, posso concluir que este percurso académico pela quantidade e qualidade de conhecimentos e experiências que me proporcionou, revelou-se um dos momentos mais importantes da minha vida profissional. Conhecendo a verdadeira essência da enfermagem, este permitiu-me desenvolver competências para as quais achava não me encontrar desperta nesta fase da minha carreira e me permitiu desenvolver projetos que achava não estarem ainda ao meu alcance.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, W. A. M., Eltayeb, M. M. & Abd-Elsalam, N. A. (2016). Invasive haemodynamic monitoring at critical care units in Sudan: Assessment of nurses' performance. *Journal of Health Specialties*, 4(3), 196-201. DOI: 10.4103/2468-6360.186493
- Assunção, A. S. M. (2015). *Readmissões entre os idosos nos hospitais públicos em Portugal Continental*. [Trabalho Final de Especialização, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública]. <https://run.unl.pt/handle/10362/20177>
- Cabrera, J. A. A. (2017). *Triagem de manchester, que futuro?* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto].
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Tese.pdf>
- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. A. R. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura; *Pensar em Enfermagem*, 15(2), 2º semestre. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23939/1/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). *Intravascular catheter-related infection (BSI)*. URL:<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html#>
- Cicolo, E. A. (2017). Effectiveness of the manchester triage System on time to treatment in the emergency department: A systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 15(4), pp. 889-898.
https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=4096181&Journal_ID=3425880&Issue_ID=4095961

Chicayban, L. M., Terra, É. L., Ribela, J. S. & Barbosa, P. F. (2017). Bundles de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: A importância da multidisciplinaridade. *Revista Perspetivas Online: Biológicas & Saúde*, 7(25), pp. 25-35.

<https://doi.org/10.25242/886872520171200>

Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). CIPE/ICNP –Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 3ª ed, p. 115.

Decreto-Lei nº 67/2011, (de 02 de junho). Diário da República, nº 107/2011, série I, pp. 3032-3041. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/67/2011/06/02/p/dre/pt/html>

Direção Geral de Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*, p. 6. Minitério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*, p. 9.

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-econtrolo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Despacho nº 10319/2014 (de 11 de agosto). Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. Diário da República, série II, nº 153, artigo 5º e 20º. www.dre.pt

Despacho nº 1400 - A/2015 (de 23 de janeiro). Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, série II, nº 28, p. 9. www.dre.pt

Despacho nº 15423/2013 (de 26 de dezembro). Diário da República, série II, nº 229, pp. 34563-34565.

<https://dre.pt/pesquisa//search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2015423%2F2013>

Fazio, J. (2011). *A prática da enfermagem de urgência: Enfermagem de urgência da teoria à prática*. Lusociência.

Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. S. & Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários: Da compreensão à concretização. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), pp. 27-33. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15022>

Lei nº 15/2014 (de 21 de abril). Assembleia da República. Diário da República, série I, nº157, p. 2128. WW: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>

Lei nº 156/2015 (de 26 de novembro). Assembleia da República. Diário da República, série I, nº 181. www.dre.pt

Lei nº 80/2015 (de 03 de agosto). Assembleia da República. Diário da República, série I, nº 149. www.dre.pt

Lei nº 111/2009 (de 16 de setembro). Estatuto da ordem dos enfermeiros, da deontologia profissional. Código deontológico do enfermeiro. Artigo 85º do dever de sigilo.

Marcelino, P. (2008). Em *Manual de Ventilação Mecânica no adulto: Abordagem ao Doente Crítico*, (p. 64). Lusociência.

Mealer, M. & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42(10), 1615-1617. Doi: 10.1007/s00134-016-4441-1

- Monahan, D. F., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F. & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença*, 5(8), (p. 580). Lusodidacta.
- Nascimento, D. O. & Santos, L. A. (2016). Infecção relacionada á saúde: Percepção dos profissionais de saúde sobre seu controle. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 127-135.
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Dialnet-InfeccaoRelacionadaASaude-6771903.pdf>
- Norma nº 015/2017 (de 13 de julho). Direção Geral de Saúde, p. 17. www.dgs.pt
- Oliveira, A. P., Paula, A. O., Lacerda, A. C. S., Andrade, F. S. & Iquiapaza, R. A. (2014). Infecciones hospitalarias en servicio de emergencia y una unidad de cuidados intensivos: Similitudes y diferencias. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), pp. 125-131. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20154>
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P. & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros: Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicologia*, 1(2).
<https://doi.org/143-158.10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*, artigo 83º, p. 69. ISBN: 978-989-8444-30-1
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). Parecer nº18/2018. *Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação: Posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica*, p.2.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaçãoCrítica.pdf>

Patrick, V. (2011). *Enfermagem de urgência: Uma visão histórica. Enfermagem de urgência de teoria à prática*, (pp. 3-8). Lusociência.

Ramos, A. J. A. (2017). Capacidade de decisão, consentimento informado e doença neurológica. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa].
<http://hdl.handle.net/10451/32827>

Regulamento nº 122/2011 (de 18 de fevereiro) da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II, nº 35, p. 8649. www.dre.pt

Regulamento nº124/2011 (de 18 de fevereiro). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II, nº 124, pp. 8656-8657. www.dre.pt

Regulamento nº 76/2018 (de 30 de janeiro). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II, nº 21, p. 3479. www.dre.pt

Regulamento nº 361/2015 (de 26 de junho). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II, nº 123. www.dre.pt

Regulamento nº 429/2018 (de 16 de julho) da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, nº 135, p. 19359. www.dre.pt

Regulamento nº 140/2019 (de 13 de maio). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II, nº 26, pp. 2419-2420.

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/122286665/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA140%2F2019>

Regulamento nº 533/2014 (de 02 de dezembro). Diário da República, série II, nº 233, p. 30254.

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/60651797/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20533%2F2014>

Santana, N. F., Nobre, V. N. N. & Luz, L. K. T. (2019). Autocuidado com fistula arteriovenosa em terapia renal substitutiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 9(26).

<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/193>

Santos, P. A. dos, & Rabiais, I. M. (2015). *Enfermagem de catástrofe: Preparação para o desenvolvimento de competências*. [ICS – Documentos de conferencias. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa].

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21279/1/e2015012.pdf>

Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H. & Schäfer, I. (2017). Patients attending emergency departments: A cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending. *Deutsches Arzteblatt International*, 114, pp. 645-653. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0645

Silva, M. (2015). *Avaliação do risco de queda – Contributos para a implementação da supervisão clínica em enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem].

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11665/1/MSCE%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Risco%20de%20Queda_Contributos%20para%20a%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20SCE_doc.pdf

Sousa, M. E. P. (2012). *Adesão ao tratamento medicamentoso da pessoa portadora de insuficiência renal crónica em hemodiálise*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu].

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1681/1/SOUSA%20Maria%20Elisabete%20Pereira%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Souza, C. R. & Santana, V. T. S. (2012). Impacto da aspiração supra-cuff na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Brasileira de terapia Intensiva*, 24(4), p. 1. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000400018>

Teixeira, A. I. (2021). *Supervisão clínica em enfermagem – contributo para a prática baseada na evidência e competência emocional*. [Tese de Doutoramento, Universidade do porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar].

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136599/2/502760.pdf>

Vargas, D. & Braga, A. L. (2006). *O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: Reflectindo sobre seu papel*. DOCPLAYER.

<https://docplayer.com.br/4454618-O-enfermeiro-de-unidade-de-tratamento-intensivo-refletindo-sobre-seu-papel.html>

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), pp. 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

ANEXO II – Instrumento de Recolha de Dados

Questionário

Parte I

Com esta parte do questionário, pretende-se conhecer alguns dos aspetos sociodemográficos que o caracterizam. Para isso, pedimos-lhe que responda às seguintes questões, preenchendo os espaços e colocando um xis (x) antes da afirmação que considera a mais adequada.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

☐ (F) Feminino

☐ (M) Masculino

3. Estado Civil:

☐ Solteiro (a)

☐ Casado (a) / União de facto

☐ Divorciado (a) / Separado (a)

☐ Viúvo (a)

4. Atividade profissional / ocupação

☐ Empregado (a)

☐ Desempregado (a)

☐ Reformado (a)

☐ Estudante

☐ Outra

5. Habilitações literárias:

☐ Não sabe ler/escrever

☐ Sabe ler e escrever

☐ 1º ciclo

☐ 2º ciclo

☐ 3º ciclo

☐ Secundário

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

6. Local de Residência:

☐ Urbana

☐ Rural

7. Com quem vive:

☐ Com o cônjuge / companheiro (a)

☐ Com familiares

☐ Sozinho (a)

☐ Num lar

☐ Outros

8. Tem IRC? ☐ Sim ☐ Não

9. Que tipo de tratamento faz para a IRC?

☐ Medicação oral (comprimidos)

☐ Hemodiálise

☐ Ambos

10. Tem outras patologias para além da IRC?

☐ Sim

☐ Não

11. Qual é o número de patologias: _____

12. Quantos medicamentos toma por dia? _____

Parte II

Medida de Adesão aos Tratamentos MAT

(Delgado, A. B. & Lima, M. L., 2001)

O questionário MAT permite conhecer o nível de adesão ao regime medicamentoso. Pedimos-lhe que responda às seguintes questões, colocando um xis (x) atrás da afirmação que considera a mais adequada. O questionário é anónimo.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

2. Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar a medicação?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

3. Alguma vez deixou de tomar a medicação, por sua iniciativa, por se ter sentido melhor?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

4. Alguma vez deixou de tomar a medicação, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

5. Alguma vez tomou medicação em dose superior à prescrita, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

6. Alguma vez interrompeu a toma da medicação por ter deixado acabar os medicamentos?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

7. Alguma vez deixou de tomar a medicação por alguma razão que não a indicação do médico?

☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Com frequência ☐ Por vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

(Delgado & Lima, 2001)

**ANEXO III – Autorização dos autores que adaptaram e validaram a Escala MAT
para a população portuguesa**

Pedido de autorização para aplicação MAT na recolha de dados



Anabela Martins Ferreira <belaanaferreira@hotmail.com>

20/05/2021 11:49



RE: Pedido de autorização para aplicação MAT na recolha de dados



Maria Luísa Lima <luisa.lima@iscte-iul.pt>

20/05/2021 11:58



Para: Anabela Martins Ferreira

Cara Anabela,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie corretamente em publicações futuras desta investigação:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

ANEXO IV – Parecer da Clínica de Hemodiálise



TECSAM

TECSAM - Tecnologia e Serviços Médicos, SA
Av. Augusto Gomes de Almeida, 200
53.70-5-30 Mirandela - Portugal
T: (+351) 218 245 004
F: (+351) 218 245 008
geral@tecsam.pt

NPFC, 5017 8/24 198
CV: 501800046 8
www.tecsam.pt



Experiências em unidades de saúde integradas

Exma Senhora

Enfª Anabela Martins Ferreira

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário, para estudar a temática sobre "Adesão ao regime terapêutico medicamentoso na pessoa com insuficiência renal crónica, em programa de hemodiálise".

Tendo presente o requerimento de V. Exa. Solicitando autorização para aplicação de questionário no âmbito do seu trabalho de projeto, estudar a temática sobre "Adesão ao regime terapêutico medicamentoso na pessoa com insuficiência renal crónica, em programa de hemodiálise", tema do seu trabalho de projeto do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, informa-se que o mesmo foi autorizado.

Mirandela, 30 de Dezembro de 2021.

TECSAM
Tecnologia e Serviços Médicos, SA
Luís Carlos Ribeiro
Nº 1020404682 524 501 CRC de Mirandela
(Dr. José Nuno da Silva de Almeida) médico

ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética do IPB

Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança**PARECER N.º 74/2022**

Sobre o processo:	Título do assunto:	Estudo sobre “ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO DA PESSOA INSUFICIENTE RENAL CRÓNICA, EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE”. Mestrado MC. ESSa
	Número:	344988

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B – Conclusões

1 Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir, Parecer:

- ☒ Deferido
- ☐ Indeferido
- ☐ Condicional

Aprovado em reunião do dia 31/01/2022 , por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Assinado por : **Teresa Isaltina Gomes Correia**

Num. de Identificação: B105920982

Data: 2022.02.04 13:14:36 +0000



ANEXO VI – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o consentimento informado, livre e esclarecido.

Título do estudo: Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com insuficiência renal crónica, em programa de hemodiálise.

Enquadramento: No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar no Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, estamos a realizar um estudo/investigação, com o tema acima referido, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Pires Magalhães.

Explicação do estudo: Este estudo tem como objetivos: avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos inquiridos, e identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico medicamentoso. A evolução dos conhecimentos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Condições e financiamento: A participação no estudo não representa qualquer tipo de riscos e não há nenhum valor económico a receber ou a pagar. A participação é voluntária, e se não quiser participar, ou se quiser desistir em qualquer momento, existe absoluta liberdade para o fazer, sem qualquer tipo de prejuízo ou cobrança.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão de uso exclusivo para o presente estudo e a privacidade será respeitada em todas as fases do estudo, ou seja, o nome ou qualquer outro dado que possa permitir a identificação pessoal, será sempre mantido em sigilo.

Quaisquer dúvidas em relação ao estudo poderão ser esclarecidas pela investigadora Anabela Martins Ferreira, através do número de telemóvel 969318699 ou através do endereço de correio eletrónico belaanaferreira@hotmail.com

Assinatura/s:
... ..

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ANEXO VII – Comprovativo de submissão de artigo numa revista de enfermagem

RVI22039AI - Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica, em programa de hemodiálise

Detalhes do artigo

Autores

Ficheiros

Estado da submissão do artigo

Processo de revisão

Estado atual

Ficheiro do artigo

☒

Ficheiro Termo Único

☒

Checklist geral

☒

Checklist - Artigo de Investigação

☒

Fase de revisão

Fase de Checklist

Pagamento

Submissão de artigo científico Estado: Isento