

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Regime Medicamentoso da pessoa com doença renal crónica
em programa regular de hemodiálise:
contributos dos enfermeiros para a adesão**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Nelson Fernando Ferreira Pinto

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

REGIME MEDICAMENTOSO NA PESSOA COM DOENÇA
RENAL CRÓNICA EM PROGRAMA REGULAR DE
HEMODIÁLISE: CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA A
ADESÃO

DRUG REGIMEN IN PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY
DISEASE IN A REGULAR HEMODIALYSIS PROGRAM:
CONTRIBUTIONS OF NURSES TO ADHERENCE

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Clemente Neves
de Sousa e coorientada pela Professora Doutora Cristina Maria
Correia Barroso Pinto

Nelson Fernando Ferreira Pinto

Porto, 2020

A vida de um enfermeiro, por vezes, é um caminho difícil de percorrer, com altos e baixos, mas com a pandemia provocada pela Covid-19, tudo se tornou inacreditavelmente pior!

Dedico este trabalho aos meus filhos e em
especial à minha esposa Sofia Raquel Teixeira Nunes.

AGRADECIMENTOS

Na hora dos reconhecimentos, não posso deixar de agradecer a todos os que colaboraram comigo, para dar corpo a este trabalho. Quero assim expressar um profundo agradecimento,

Ao Professor Doutor Clemente Neves de Sousa, orientador desta dissertação, pelas sérias e ponderadas sugestões e pelo incentivo incondicional;

À Professora Doutora Cristina Maria Correia Barroso Pinto, enquanto co-orientadora da dissertação, pelas reflexões enriquecedoras e pela exigência;

A todos os elementos que participaram neste estudo;

Aos meus filhos e à minha esposa Sofia Nunes, pelo carinho e apoio incondicional nos momentos mais difíceis da minha vida e a toda a minha restante família e amigos, por estarem presentes quando precisei.

A todos vocês o meu sincero agradecimento!

RESUMO

A doença renal crónica caracteriza-se por ser uma doença que ocorre pela falência renal. No último estadio, a pessoa com doença renal crónica é sujeita à terapia de substituição renal, como a hemodiálise. Uma vez em hemodiálise torna-se imperioso a adoção de um regime terapêutico adequado nas suas várias dimensões.

No regime terapêutico é de elevada importância estudar as percepções que os enfermeiros que trabalham nesta área têm acerca dos níveis de adesão medicamentosa.

Os objetivos deste estudo foram:

- identificar a avaliação na adesão ao regime medicamentoso,
- descrever as barreiras dos enfermeiros na avaliação da adesão ao regime medicamentoso, e
- identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, onde se avaliou o contributo dos enfermeiros para a adesão ao regime medicamentoso, sendo descritas as estratégias que os mesmos utilizam. O instrumento de colheita de dados selecionado foi a entrevista semiestruturada realizada a doze enfermeiros. Para a análise da informação procedeu-se a análise de conteúdo segundo a técnica proposta por Bardin (2001).

Os resultados revelam que poderá existir um grande contributo dos enfermeiros na adesão ao regime medicamentoso nas pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

A adesão ao regime medicamentoso pode ser melhorada através de uma relação de proximidade com a pessoa doente ou com a família, de forma a consciencializar os mesmos.

A avaliação da adesão feita pelos enfermeiros considerou categorias como avaliação de sinais e sintomas, o conhecimento da doença e as estratégias de avaliação.

Os fatores para adesão ao regime medicamentoso foram identificados em vários níveis, tais como problemas: relacionados com o doente como iliteracia, idade, escolaridade, falta de consciencialização; relacionados com o ambiente social e familiar e relacionados com a organização.

Por outro lado, também foram identificadas estratégias que os enfermeiros podem desenvolver, a fim de aumentar a adesão ao regime medicamentoso, como ensino educativo e atividades dentro da dinâmica de tratamento, que atendam às necessidades das pessoas.

Palavras-chave: Gestão do regime terapêutico; adesão ao regime medicamentoso; doença renal crónica; hemodiálise

ABSTRACT

Chronic kidney disease is characterized by being a disease that occurs due to kidney failure. In the last stage, the person with chronic kidney disease is required to do replacement therapy, such as hemodialysis. Once on hemodialysis, it is imperative to adopt an adequate therapeutic regimen in several dimensions. In therapeutic regimen it is of high importance to study the perceptions that nurses, who work in this area, have about the levels of medication adherence.

The aims of this study were:

- identify the evaluation of medication regimen adherence;
- describe nurses' barriers in evaluation of medication regimen adherence, and
- identify strategies used by nurses to improve medication regimen adherence in people with chronic kidney disease in a regular hemodialysis program.

This is a qualitative descriptive and exploratory study, where the nurses' contribute to medication regimen adherence was evaluated, and the strategies they use were described. The data collection instrument selected was the semi-structured interview carried out with twelve nurses. To analyze data, content analysis was performed according to the technique proposed by Bardin (2001).

The results reveal that there may be a great contribution of nurses in medication regimen adherence in people with chronic kidney disease in a regular hemodialysis program.

The medication regimen adherence can be improved through a close relationship with the sick person or with the family, in order to make them aware of it.

The adherence evaluation made by nurses was based on categories as the evaluation of symptoms, knowledge of disease and evaluation strategies.

The factors to the medication regimen adherence were identified at various levels, such as problems related with the sick person as illiteracy, age, education, lack of awareness, social and family environment and organization.

On the other hand, strategies that nurses can develop were also identified, in order to increase medication regimen adherence, such as educational teaching and treatment dynamic activities, including people's necessities.

Barriers were also identified in the implementation of new strategies such as barriers related to organization (economic resources, human resources, physical and structured barriers and interprofessional conflicts) and related to personal aspects.

Keywords: Therapeutic regimen management; medication regime adherence; chronic kidney disease; hemodialysis

CHAVE DE ABREVIATURAS

ANADIAL - Associação Nacional de Doentes de Diálise

CDCP - Centers for Disease Control and Prevention

DGS - Direção-Geral da Saúde

DRC - Doença renal crónica

HD - Hemodiálise

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I - REGIME MEDICAMENTOSO NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	23
1. A DOENÇA RENAL CRÓNICA	25
1.1. Apreciação clínico-demográfica	26
1.2. Enquadramento normativo e política de saúde	27
2. REGIME MEDICAMENTOSO NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE	29
2.1. Integralidade do Cuidar em Enfermagem	29
2.2. Regime medicamentoso	31
2.3. O contributo do Enfermeiro.....	33
CAPÍTULO II - REGIME MEDICAMENTOSO NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE: PERCURSO METODOLÓGICO	35
3. METODOLOGIA	37
3.1. Pertinência e finalidade do estudo	38
3.2. Questão de investigação e objetivos do estudo	39
3.3. Tipo de estudo.....	40
3.4. Participantes	40
3.5. Instrumento de colheita de dados	42
3.6. Procedimento de colheita de dados	43
3.7. Procedimento de análise dos dados	44
3.8. Considerações éticas.....	45
CAPÍTULO III - CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO REGIME MEDICAMENTOSO: RESULTADOS	47
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1. Avaliação da adesão ao regime medicamentoso	50
4.2. Fatores que influenciam a adesão	54
4.3. Estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso	60
4.4. Avaliação da eficácia da adesão ao regime medicamentoso	64
4.5. Barreiras na implementação de novas estratégias.....	67
CONCLUSÃO.....	71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	85
ANEXO I	87
Folha informativa e formulário de consentimento informado	
ANEXO II.....	93
Modelo do instrumento de colheita de dados	
ANEXO III.....	97
Matriz de Categorização das entrevistas	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes..... 41

Tabela 2 - Matriz da caraterização das entrevistas..... 49

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC), caracteriza-se por ser uma doença de evolução progressiva e irreversível, com destruição do parênquima renal de forma gradual e consequente aumento de produtos tóxicos para o organismo. Esta situação implica que a pessoa deve adquirir comportamentos que contribuam para o controlo da evolução da doença renal crónica, nomeadamente a adoção de um regime terapêutico adequado, ajustando-o à sua condição clínica.

Nas últimas duas décadas, a adesão ao regime terapêutico tem sido pesquisada por diversos investigadores, sendo que a mesma engloba um conjunto de ações auto iniciadas pela pessoa, com um determinado objetivo, de forma a promover uma apropriada gestão do regime dietético, do regime de exercício, do regime medicamentoso, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), reconheceu cinco grupos de fatores relacionados com a adesão terapêutica: os sociais, económicos e culturais; os relacionados com os profissionais de saúde; os relacionados com a doença de base e co-morbilidades; os relacionados com a medicação prescrita; e os individuais, intrínsecos aos doentes. Estes fatores contribuem para a não adesão do regime terapêutico, podendo aumentar a morbilidade e os custos associados com os tratamentos (Roseleur, Harvey, Stocks & Karnon, 2019; Mhammedi, Hamdi, Benabdelhak, Bentata & Haddiya, 2019).

A literatura evidencia que a não adesão ao regime medicamentoso pode atingir os 50%, particularmente em doentes com multipatologias e/ou co-morbilidades associadas (Williams, Manias & Walker, 2008). A pessoa com doença renal apresenta um regime medicamentoso complexo, associado a inúmeros medicamentos para “controlo” de sintomas da doença renal e autogestão das co-morbilidades presentes. A não adesão dos doentes pode não estar diretamente relacionada com a falta de acesso ou esquecimento, mas ser apenas uma escolha intencional feita pelo próprio doente (Brown et al., 2016).

Vários estudos evidenciam que baixos índices de literacia da saúde estão associados a uma menor adesão à medicação em doentes com doença renal crónica, não sendo atenuado o seu efeito com a presença de um cuidador (Muellers et al., 2019; Kenawy et al., 2019). Foi também evidenciado que um menor status socioeconómico e intelectual estão associados a fatores de não adesão (Mhammedi S.A. et al, 2019).

Um estudo realizado com 1593 pessoas evidenciou que doentes com idade superior a 65 anos apresentam uma menor taxa de adesão medicamentosa, provavelmente devido ao maior número de co-morbilidades, devido a terem mais incapacidades instrumentais, e ao número de medicamentos que tomam diariamente (três ou mais medicamentos) (Tavares et al., 2013). Este estudo mostrou que o comprometimento cognitivo é sem dúvida um dos

fatores de risco mais importantes para a baixa taxa de adesão medicamentosa em idosos. Um outro estudo, com 385 doentes evidenciou que baixos níveis de escolaridade e consumo de bebidas alcoólicas podem estar associados a baixas taxas de adesão medicamentosa, assim como, dietas inapropriadas e baixos níveis de exercício físico (Giroto, Andrade, Cabrera & Matsuo, 2013). Os doentes só reconhecem a importância da toma dos medicamentos na adesão do regime medicamentoso (no que diz respeito aos aspetos relacionados com a necessidade, eficácia e segurança) quando alertados e ensinados para o efeito (Williams et al., 2008).

A pessoa com DRC em hemodiálise está associada a um alto risco de não adesão ao regime medicamentoso (Ghimire, Castelino, José & Zaidi, 2017). Existem vários fatores externos à pessoa que podem contribuir para a não adesão contudo, existem também outro tipo de aspetos como a priorização de recursos, a interação entre carga de trabalho e tempo disponível, a consciencialização das medidas formalizadas de adesão e défices de treino, preocupações com a praticidade/adequação das medidas de adesão, comunicação dos serviços de avaliação, participação dos doentes e a confiança (Ghimire et al., 2017; Ghimire, Banks, José, Castelino & Zaidi, 2019).

Esses aspetos podem ser potencialmente modificáveis usando intervenções psicopedagógicas ou cognitivo-comportamentais (Ghimire et al., 2017). O enfermeiro deve ter uma postura promotora de adesão (Brown et al., 2016), de forma a identificar fragilidades que possam minimizar a mesma, e simultaneamente promover comportamentos de adesão (Ghimire et al., 2017). Porém, a literatura evidencia poucos estudos sobre a perceção do enfermeiro no processo de avaliação do regime medicamentoso.

O enfermeiro, em função da natureza dos seus cuidados, tem um acesso privilegiado para capacitar a pessoa doente, dotando-a de conhecimentos e habilidades, para poder autogerir a sua condição clínica (mudanças de hábitos de vida, aspetos fisiopatológicos da doença e complicações).

Bell e Duffy (2009) referem que o enfermeiro tem um papel importante junto da pessoa, promovendo ações de educação no sentido de dar autonomia à mesma para que esta fique mais autónoma na gestão da doença crónica e na prevenção de potenciais complicações. Desta forma, o enfermeiro contribui para que a pessoa doente consiga experienciar uma transição saudável para a sua nova condição (Meleis, Saweyer, Im, Hilfinger & Shumacher, 2000).

Capacitar o doente na gestão do seu regime medicamentoso pode ser uma das estratégias a ser desenvolvida pelo enfermeiro contudo, deve ter em consideração as variações de capacidade dos doentes em aderir ao regime medicamentoso, assim como as variações relacionadas com todo o processo holístico em prol do doente (Jones, 2019). O autorrelato dos doentes pode ser considerado uma estratégia para poder identificar comportamentos apropriados ou desajustados de não adesão (Ghimire et al., 2019). Programas de capacitação definidos por enfermeiros de diálise, deverão ser cada vez mais frequentes

demonstrando-se essenciais para resultados de saúde eficazes. É fundamental que exista uma “parceria enfermeiro/doente”, que se pretende que evolua ao longo do tempo, em que o enfermeiro deve ir modificando a estratégia para a adequar às necessidades dos doentes, e desta forma criar um ambiente onde o doente se sinta cuidado e apoiado (Radmore & Hyrkäs, 2019).

A motivação, parceria, busca de sentido, aceitação e apoio são carateres muito importantes na díade enfermeiro/doente para total capacitação do mesmo na gestão do seu regime terapêutico (Radmore & Hyrkäs, 2019). Simultaneamente, é necessário efetuar a avaliação objetiva das estratégias utilizadas, assim como identificar as barreiras para avaliar a adesão, nomeadamente, limitações de tempo, apoio administrativo e desinteresse dos doentes em discutir questões relacionadas com os medicamentos (Ghimire et al., 2019).

Neste contexto, existe uma necessidade de avaliação concreta e objetiva da adesão medicamentosa da pessoa doente, tornando-se fundamental conhecer os contributos que os enfermeiros prestam, de forma a concretizar ações de prevenção de omissão de toma de medicamentos para melhorar a gestão efetiva do regime medicamentoso.

Ao longo de quase duas décadas de experiência em técnicas dialíticas, denotou-se que os doentes com DRC em hemodiálise apresentam dificuldades na adesão ao regime medicamentoso, para além de que o enfermeiro evidencia dificuldades na implementação de estratégias promotoras e de avaliação de adesão.

Simultaneamente, a literatura evidencia poucos estudos relacionados com a perceção dos enfermeiros quanto à adesão ao regime medicamentoso nas pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise. Estas questões são pouco debatidas, nomeadamente o contributo dos enfermeiros face ao regime medicamentoso e à adesão, pelo que face a esta situação importa conhecer como podem os enfermeiros de diálise dar o seu contributo para a adesão ao regime medicamentoso, tornando-se imperioso investigar junto dos mesmos essa questão.

Neste sentido, propõe-se realizar este estudo de investigação para identificar a perceção do enfermeiro sobre os fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso, em pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise. Pretende-se com este trabalho, contribuir para a melhoria da adesão ao regime medicamentoso da pessoa com DRC, em programa regular de hemodiálise (HD).

O presente estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, está dividido em quatro partes fundamentais:

- o enquadramento teórico onde é feita uma reflexão sobre conceitos práticos relacionados com a matéria em estudo;

- o enquadramento metodológico onde se justificam as escolhas metodológicas e de conceção do estudo;
- a apresentação de resultados e discussão dos achados;
- e a quarta parte constitui-se pela conclusão.

**CAPÍTULO I - REGIME MEDICAMENTOSO NA PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÓNICA EM HEMODIÁLISE: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

1. A DOENÇA RENAL CRÓNICA

A população portuguesa encontra-se cada vez mais envelhecida, com múltiplas doenças crónicas que são incapacitantes e irreversíveis, como a doença renal crónica. Estas doenças são o resultado do aumento da esperança média de vida que tem vindo a ocorrer ao longo das últimas décadas (Nunes, Rego & Nunes, 2015). O Instituto Nacional de Estatística (2017), estima que, entre 2015 e 2080, Portugal perderá população, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031 (dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas). Assiste-se gradualmente a um aumento da população idosa (o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões) e o índice de envelhecimento poderá ultrapassar os valores duplicando (passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080).

As doenças crónicas estão intimamente relacionadas com os estilos de vida que as pessoas adotam. Atualmente, os estilos de vida estão relacionados com o desenvolvimento das sociedades e com todos os processos a eles inerentes, nomeadamente a evolução industrial, a evolução do urbanismo, o desenvolvimento económico, os processos alimentares e o envelhecimento das populações. Estes fatores conduzem a alterações nos hábitos de vida, tal como os alimentares (por exemplo, o consumo excessivo de alimentos processados, o crescimento de consumo de comida “*fast food*”), o aumento do sedentarismo, o aumento do consumo de substâncias nocivas tal como drogas, álcool e tabaco e, até mesmo, o aumento de *stress*, tendo impacto relevante na vida das pessoas.

Consequentemente, surgem problemas de saúde associados a estes fatores conduzindo a doenças crónicas que se podem prevenir, tal como por exemplo a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes (WHO, 2003). Os estilos de vida de risco podem estar associados ao aparecimento de várias doenças, inclusive a doença renal crónica.

A DRC, evolui progressivamente e de forma irreversível, com destruição do parênquima renal, que provoca o aumento de determinadas substâncias, nomeadamente ureia e creatinina no organismo. Ao longo do processo de evolução da DRC, a pessoa apresenta um conjunto de manifestações multiorgânicas que podem gerar restrições na sua vida, dificuldades e diminuição da qualidade de vida. Esta situação implica que a pessoa deve adquirir comportamentos que contribuam para o controlo da evolução da DRC, nomeadamente a adoção de um regime terapêutico adequado, ajustando-o à sua condição clínica.

A DRC, é considerada um problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, especialmente nos Estados Unidos da América, Europa, Brasil e Ásia (Fung & Tamura, 2016; Clementi, Coppolino, Provenzano, Granata & Battaglia, 2020). O

avanço da medicina, nesta área em particular, contribuiu para o aumento da esperança de vida da pessoa com DRC em programa regular de hemodiálise, no entanto, estas pessoas ainda enfrentam a sua vida com muitas restrições, dificuldades e diminuição da qualidade de vida.

A pessoa com DRC em hemodiálise tem um regime terapêutico complexo, nomeadamente a nível do regime medicamentoso. O enfermeiro em função da natureza dos seus cuidados, tem um acesso privilegiado para capacitar a pessoa, dotando-a de conhecimentos e habilidades, para poder auto-gerir a sua condição clínica. Nesta perspetiva, é importante que este profissional de saúde compreenda toda a problemática e enquadramento do tratamento substitutivo da função renal no contexto português.

1.1.Apreciação clínico-demográfica

A Norma n.º 017/2011 de 280/09/2011 atualizada a 14/06/2012 da Direção-Geral da Saúde intitulada “Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5” (DGS, 2012), refere que a hemodiálise crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins são modalidades terapêuticas da DRC em estágio 5 (nível de evidência C, grau de recomendação I).

A referida norma ainda esclarece que a DRC em estágio 5 é definida por uma Taxa de Filtração Glomerular $<15\text{ml/min/1,73m}^2$ (CDCP, 2020), o que implica um tratamento substitutivo da função renal, nomeadamente a hemodiálise, para manter as funções vitais estáveis.

A pessoa com DRC pode viver durante 25 a 30 anos sob terapêutica dialítica, como resultado do avanço da ciência. Esta técnica gera dependência na vida das pessoas e tem impacto em termos pessoais e familiares. A condição clínica está associada naturalmente a restrições dietéticas, à polimedicação e de estilo de vida, para além do elevado consumo de recursos altamente especializados decorrentes da intervenção a ser efetuada.

A DRC afeta cerca de 37 milhões de pessoas nos Estados Unidos, o que corresponde a mais de 1 em 7 adultos. Cerca de 1 em cada 3 adultos americanos, aproximadamente 80 milhões de pessoas está em risco de DRC, sendo mais comum em mulheres (15%) do que em homens (12%). A DRC é atualmente considerada a nona causa de morte nos EUA, onde em 2017, mais de 500 000 doentes receberam tratamento de diálise (National Kidney Foundation, 2020). A DGS em 2012, evidenciou que a idade média dos doentes em diálise tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo a idade média dos doentes prevalentes de 63,8, 65 e 66 anos, respetivamente em 2007, 2008 e 2010, evidenciando-se um aumento anual gradual.

A DRC estadio 5 possuía uma incidência, por milhão de população de 226,7 e uma prevalência, por milhão de população 1824,4 onde o número de doentes em HD era de 11514 (SNS, 2017). A taxa de mortalidade anual em Hemodiálise (HD) era de 13,28% (SNS, 2017). Desta forma, consegue-se compreender que o nosso país enfrenta gradualmente, uma *“tendência de crescimento anual de DRC em estadio 5 superior à média dos países da ODCE, apresentando das taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRC5 estadio 5 ou terminal da Europa (226,7 por milhão de população e 1824,4 por milhão de população respetivamente em 2015)”* (SNS, 2017, p. 11).

Em 2016, Portugal tinha aproximadamente 20 000 pessoas com DRC em estadio 5 em tratamento substitutivo renal, onde cerca de 60% das pessoas estavam em hemodiálise, menos de 4% estavam em diálise peritoneal e 37% eram transplantados (Associação Nacional de Doentes de Diálise, 2020). Mais de 90% das pessoas em hemodiálise são tratadas em unidades privadas convencionadas com o Estado, algo que encontra razões históricas na falta de oferta do setor público.

1.2.Enquadramento normativo e política de saúde

As unidades de diálise são organizadas de acordo com a Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro que *“estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise (...)”* (Portugal, 2013, p. 695).

Para realizar uma técnica substitutiva da função renal, como a hemodiálise, é necessário uma infraestrutura complexa e recursos humanos diferenciados. O Ministério da Saúde, em 2013, introduziu um novo modelo de gestão da DRC, designado modelo de gestão integrada da doença renal crónica, com o conceito de preço compreensivo. Trata-se de um pacote de serviços semanal que engloba vários aspetos do tratamento de diálise: a sessão de hemodiálise; as consultas de acompanhamento nefrológico; todos os exames auxiliares de diagnóstico relacionados com a DRC; a entrega/administração de toda a medicação para o tratamento da anemia; da doença óssea metabólica; doença cardiovascular; infeções e transfusões de sangue; e a construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise.

A OCDE (2018) refere que os tratamentos de hemodiálise devem ser realizados de forma eficiente e sustentável, evitando o desperdício e gastos desnecessários. Assim, deviam-se considerar algumas opções estratégicas para atingir este objetivo, nomeadamente: garantir uma relação custo-benefício eficiente na seleção, aquisição e fixação dos preços

dos produtos farmacêuticos; explorar as economias proporcionadas pelos medicamentos genéricos e biossimilares; prescrever de forma racional; e, estimular e melhorar a adesão dos doentes à terapêutica.

A adaptação da pessoa com DRC à hemodiálise é difícil, marcante na vida da pessoa e da sua família, uma vez que a pessoa doente inicia uma nova etapa na sua vida, onde vai estar dependente de um tratamento para viver. Esta situação inclui um processo adaptativo e de transição, onde são verificadas muitas vezes situações de não adesão ao regime terapêutico que leva a mais custos associados.

O regime terapêutico da pessoa doente com DRC é complexo e com imensas variáveis, que vão desde a necessidade do cumprimento do tratamento, passando pela restrição hídrica e alimentar, pela conservação do acesso vascular até ao cumprimento do regime medicamentoso.

A OMS, em 2013, referiu que, concretamente o regime medicamentoso, poderá ser operacionalizado se os doentes cumprirem os medicamentos prescritos e se seguirem as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde. Esta visão vem de certa forma elencar a importância que os profissionais de saúde poderão ter no contributo à adesão ao regime medicamentoso por parte dos doentes, onde obviamente, os enfermeiros têm um papel primordial, em virtude, da relação de proximidade que têm com os doentes.

2. Regime Medicamentoso na Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise

A pessoa com DRC em programa regular de hemodiálise, enfrenta no dia-a-dia desafios difíceis, pela complexidade da doença e do regime medicamentoso. A necessidade de realizar três vezes por semana hemodiálise, em média quatro horas de tratamento, assim como a necessidade de tomar inúmeros medicamentos, são desafios na vida destas pessoas.

Particularmente, a pessoa com DRC em hemodiálise apresenta alto risco de não adesão ao regime medicamentoso. Podem existir vários fatores, mas em geral, 50% das pessoas em diálise não aderem em parte ao seu regime de tratamento, sendo que a não adesão ao regime medicamentoso oscila entre 12,5% e 98,6% (Ghimire et al., 2015; Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007). É relevante identificar de que forma o enfermeiro pode contribuir para promover a adesão ao regime medicamentoso.

2.1. Integralidade do Cuidar em Enfermagem

O tratamento da DRC requer uma compreensão personalizada, que deve incluir: uma terapia específica, baseada naturalmente no diagnóstico, avaliação e gestão de comorbilidades; o retardar a perda da função renal (se aplicável); a prevenção e o tratamento (se aplicável) das doenças cardiovasculares e das complicações da função renal diminuída; a preparação para a terapia de substituição renal; e, finalmente, a substituição da função renal por diálise e/ou transplante (se aplicável) (National Kidney Foundation, 2002).

O desenvolvimento do exercício profissional em enfermagem em nefrologia, concretamente na hemodiálise, implica que o enfermeiro terá de desenvolver intervenções específicas com elevada complexidade e exigência.

O controlo da medicação deve ser realizado sempre, devendo efetuar-se um ajuste da dosagem com base nos valores analíticos e sintomatologia, devendo o profissional estar atento na deteção de efeitos potencialmente adversos na função renal e na deteção de interações medicamentosas (National Kidney Foundation, 2002).

A adesão ao regime medicamentoso pode considerar-se associada à efetiva capacidade da pessoa realizar o autocuidado. Ao longo da evolução da DRC, a pessoa deve desenvolver comportamentos de autocuidado, devendo ser efetuada uma co-gestão inicial (isto é, entre doente e profissional de saúde) e, posteriormente, uma autogestão acompanhada, ou seja, uma gestão efetuada pelo doente e supervisionada pelo profissional de saúde.

A Enfermagem centra-se nas atividades do autocuidado que mantêm ou promovem uma vida saudável e, para isso, é necessária uma ética e responsabilidade profissional, baseada na formação contínua, na melhoria da gestão dos cuidados de saúde, contanto para isso com o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Só assim se consegue dar uma resposta satisfatória aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas (Meleis, 2012).

A adesão ao regime terapêutico está associada à avaliação da qualidade de vida das pessoas, o que permite uma avaliação e visão global do impacto nestas.

Existem estudos que descreveram que o facto de se avaliar a qualidade de vida nestes doentes em específico com doenças crónicas melhorou o nível de cuidado prestado, bem como elevou a relação entre a equipa de saúde e os beneficiários deste serviço. Assim, a maioria dos doentes avaliados nestes estudos (Alikari et al., 2018; Radhar et al., 2019) revelam fortes dificuldades na adesão ao regime medicamentoso concretamente por um conjunto de fatores que os limitam na sua adesão, nomeadamente a natureza crónica da doença, problemas económicos e a falta de consciencialização (Meleis, 2012; Rahdar et al., 2019).

A adesão aos regimes de tratamento, concretamente o regime medicamentoso, é influenciada pelas dimensões da qualidade de vida. Recomenda-se que os profissionais de saúde, legisladores e restantes autoridades de saúde cooperem na adoção de medidas práticas para promover a adesão a este regime, de forma a melhorar a qualidade de vida da pessoa com DRC em hemodiálise.

A literatura evidencia que o desenvolvimento de intervenções educativas individualizadas para consciencializar os doentes sobre a necessidade de adesão medicamentosa é essencial para que se possam melhor adaptar ao seu processo de tratamento (Bastos, 2012; Meleis, 2012).

O enfermeiro da unidade de diálise tem um contributo importante nos processos de adesão ao regime medicamentoso, tanto no processo de avaliação da adesão, como na identificação dos fatores que a influenciam. Também é importante o seu contributo no desenvolvimento de estratégias para promover a adesão da pessoa com DRC em hemodiálise.

2.2. Regime medicamentoso

A adesão ao regime medicamentoso é uma das áreas mais prioritárias no que concerne aos cuidados decorrentes da prática de enfermagem e pode ser definida, segundo Martins, Martins e Santos (2017, p. 10) citando o ICN como,

“uma ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece as instruções relativas ao tratamento. Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente”.

O cumprimento do regime medicamentoso pode não ser fácil para algumas pessoas, não só por problemas físicos ou cognitivos, como também por problemas económicos. Bastos (2012), no seu estudo sobre gestão da doença e do regime terapêutico na pessoa com doença crónica identificou a cognição e a volição como duas variáveis importantes para uma maior adesão. Portanto, para aderir ao regime medicamentoso, a pessoa terá de entender a importância desse regime assim como ter vontade de o cumprir.

A não adesão do regime terapêutico em hemodiálise inclui (Estrella et al., 2013): não adesão ao tratamento medicamentoso; omitir ou encurtar o tempo da sessão de hemodiálise; ingestão excessiva de líquidos e alimentos que contenham potássio e fósforo.

A literatura evidencia fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico podendo ser agrupados em três grupos (Dias et al., 2011): fatores externos (acesso aos medicamentos, as características da doença e do regime terapêutico); fatores relacionais (como a importância dos apoios sociais e a relação entre o profissional de saúde e o doente); e fatores internos ao doente (como os psicológicos, as crenças relativas à saúde e as características sociodemográficas). Por sua vez, estes três grupos de fatores podem ser agrupados em cinco categorias (Dias et al., 2011): os fatores sociais, económicos e culturais que englobam o nível de escolaridade, situação profissional, apoios sociais, condições habitacionais, condições económicas variadas, idade, sexo, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, raça, religião, etnia e estilos de vida associados ao local de residência; os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; os fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade; os fatores relacionados com

o tratamento (considerando a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação); e os fatores relacionados com a pessoa doente (considerando os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as percepções e expectativas sobre a doença).

A adesão ao regime medicamentoso é influenciada por estes fatores, podendo criar dificuldades na sua manutenção. Concretamente, a quantidade de medicamentos a tomar diariamente é, normalmente, mais elevada em pessoas com doença crónica do que em pessoas com doença aguda. Simultaneamente, é necessário adicionar à dificuldade de cumprir o regime medicamentoso, as alterações que a evolução doença crónica provoca no regime terapêutico. A pessoa tem de se adaptar a sua nova vida em função da evolução da doença, o que pode levar a uma certa exaustão e desistência. Esta situação aumenta o risco de descompensação e diminui drasticamente a esperança média e a qualidade de vida (Rabelo, Mantovani, Aliti & Domingues 2011; Parker et al., 2019).

Num elevado número de pessoas, a DRC resultou da existência prévia de doenças crónicas (diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, etc). Esta situação faz com que as pessoas em hemodiálise depositem nas sessões de tratamento toda a esperança para a resolução dos problemas da sua doença, acabando por negligenciar ou abandonar o regime terapêutico, nomeadamente, o abandono do regime medicamentoso.

Um estudo realizado com 350 doentes evidenciou os fatores demográficos que afetam a adesão ao regime medicamentoso em doentes em programa regular de hemodiálise, tais como: a idade jovem, a raça negra, o sexo feminino, a ausência de apoio familiar e o baixo nível educacional (Alikari et al. 2018). 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.

O enfermeiro deve identificar fatores que possam comprometer a adesão ao regime medicamentoso, de forma promover e capacitar a pessoa para o gerir. O desenvolvimento deste processo potencia o aperfeiçoar da capacidade para o autocuidado, no que concerne à adesão ao regime medicamentoso.

Muitos foram os autores que refletiram acerca da capacidade da pessoa para cuidar de si própria, mas foi com a teórica Dorothea Orem que se deu um grande impulso para esta temática, definindo a teoria do autocuidado como o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos efetuam em seu benefício por forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar. Este conceito tem suporte na ideia que os indivíduos possuem para desenvolver as suas capacidades intelectuais, práticas e a motivação primordial para o autocuidado (Orem, 1991; Orem, 1993; Orem, 2001).

A adesão ao regime medicamentoso é um dos focos da prática de enfermagem, considerada como a “capacidade para gerir o regime” (ICN, 2016). Assim, é necessário que o enfermeiro adote estratégias para capacitar as pessoas a desenvolver conhecimentos e

habilidades que lhe permitam gerir a medicação evitando, desta forma, incumprimentos, lapsos ou mesmo a não adesão ao regime medicamentoso (Kripalani & Weiss, 2006).

O enfermeiro tem uma posição privilegiada para promover a adesão ao regime medicamentoso, face à proximidade que tem com a pessoa. Neste processo deverá avaliar, para estabelecer um diagnóstico de enfermagem e implementar as respetivas intervenções com o objetivo de conseguir melhorar a adesão.

2.3. O contributo do Enfermeiro

O regime medicamentoso da pessoa com DRC em hemodiálise é extremamente complexo, não só pelo número de medicamentos que toma, mas também pela própria dificuldade de ser ajustado ao contexto dialítico.

A pessoa com DRC em hemodiálise encontra-se num processo de transição saúde/doença, em que o enfermeiro é um meio para um processo de transição saudável, através da sua intervenção, nomeadamente as intervenções autónomas. Neste processo de transição, a pessoa necessita de ajuda para o cumprir, ajustando a sua nova condição ao seu regime medicamentoso. As pessoas precisam de ficar dotadas de conhecimentos e habilidades que vão permitir realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde (OE, 2010; Meleis, 2012).

O enfermeiro pode ajudar a reestruturar as rotinas por forma a facilitar a gestão do dia-a-dia (Schumacher, Jones & Meleis, 1999), fomentando a adesão ao regime medicamentoso, mas tendo sempre a preocupação de realizar a avaliação dessa adesão. Também, deve auxiliar pessoa a melhor entender a medicação, ajudando-a na tomada de decisão e com o intuito de auxílio na melhoria da sua condição de vida.

O cumprimento do regime medicamentoso é fundamental em todas as doenças crónicas, mas na DRC é essencial, pois o seu incumprimento acarreta problemas graves, podendo mesmo desencadear rapidamente a morte (Rahdar et al., 2019).

A OE (2010) refere que o enfermeiro desempenha um papel crucial na capacitação dos doentes para uma gestão eficaz dos seus regimes medicamentosos. Contudo, a literatura não evidencia muitos estudos sobre a perceção do enfermeiro sobre a avaliação da adesão do regime medicamentoso em pessoas em programa regular de hemodiálise.

É relevante afirmar que não basta apenas orientar ou capacitar a pessoa para a adesão ao regime medicamentoso, é também necessário investigar a baixa adesão ou a não adesão, de forma sistemática para identificar os impedimentos.

Desta forma, o enfermeiro deverá considerar uma avaliação franca e coerente, desenvolvendo um plano de cuidados, integrando as intervenções adequadas sustentadamente, por forma a cumprir o plano terapêutico e ajudando a pessoa a capacitar-se na gestão da sua doença.

A literatura evidência inúmeras publicações sobre a incidência, avaliação e estratégias para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, sendo quase todas centradas na pessoa doente. Mas, pouco se sabe até que ponto o enfermeiro de diálise é conhecedor das práticas de avaliação da adesão, quanto tempo dedica a promover a adesão ou quanto tempo disponibiliza para avaliar a adesão ao regime medicamentoso pela pessoa com DRC em hemodiálise. O enfermeiro de diálise está geralmente três vezes por semana com a pessoa, por um período de 4 a 5 horas. Este envolvimento oferece uma oportunidade excecional para o enfermeiro promover a adesão ao regime medicamentoso.

No intuito de promover a adesão ao regime medicamentoso é essencial entender a perceção do enfermeiro no que concerne à avaliação, às barreiras, e às estratégias para melhorar a adesão.

CAPÍTULO II - REGIME MEDICAMENTOSO NA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE: PERCURSO METODOLÓGICO

3. METODOLOGIA

Um estudo de investigação, para ser essencial e valorizado, tem de ser metodicamente refletido e regido adequadamente para se chegar a conclusões viáveis e objetivas. Deve-se pois, delinear o desenho de investigação, pois ele não é mais do que um auxílio para se conduzir corretamente o estudo.

Fortin (2003, página 132) dá uma definição de desenho de investigação, sendo ele:

"o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É considerada válida a informação que dá do fenómeno em estudo uma imagem clara, permitindo tirar conclusões legítimas. Para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem por objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo."

Conforme a definição verifica-se que é suposto existir sempre um planeamento, pois sem ele a investigação decorrerá de forma livre e descoordenada, pelo que é essencial o planeamento prévio após a conceção global do que se pretende estudar. O desenho de investigação tem o objetivo concreto de traduzir em resultados as questões e inquietações que assumem as práticas dos enfermeiros em contexto de investigação.

Segundo Fortin (2003), os elementos essenciais a ter em conta num estudo e, consequentemente, no desenho de investigação são: o tipo de estudo, os participantes, o instrumento de colheita de dados e o tratamento dos mesmos.

Projetar o estudo e seguir o método delineado é fundamental, pois é a partir deste ponto que tudo começará. Qualquer estudo deverá estar revestido por uma metodologia científica, de modo a seguir uma linha orientadora sem viés.

A fase metodológica é uma etapa essencial e a questão de investigação será o que dita a metodologia a adotar no estudo de um fenómeno (Fortin, 2009). Contudo, antes da exposição sobre o ponto de partida do referido estudo de investigação importa clarificar a pertinência e a finalidade do estudo.

3.1. Pertinência e finalidade do estudo

A investigação em enfermagem deriva da investigação sistemática, podendo incidir sobre diversas formas, tendo em consideração a pessoa no seu exponencial atual, isto é, estando numa situação de saúde ou doença aguda ou crónica vivenciada pela pessoa inserida numa determinada comunidade. Cabe aos enfermeiros estabelecer com a pessoa doente uma parceria, na qual respeite as suas capacidades e valorize o seu papel num processo dinâmico, ajudando-a a ser mais proactiva no seu processo de saúde. O foco central dos cuidados de enfermagem são os projetos de saúde de cada pessoa ao longo do seu ciclo de vida, pelo que o enfermeiro tem o dever de auxiliar a gerir os recursos em matéria de saúde, assumindo-se como um *pivot* no contexto da equipa (OE, 2011).

A DRC é um problema de saúde pública que afeta milhares de pessoas em todo o mundo. As pessoas em diálise lidam com um tratamento moroso que acarreta complicações que causam impacto sobre a sua qualidade de vida e a dos seus familiares. A pessoa com DRC em hemodiálise apresenta um alto número de co-morbilidades e, consequentemente, uma alta complexidade terapêutica, facto que tem um importante impacto sobre a adesão. Alguns fatores podem prejudicar a adesão à terapêutica medicamentosa, dos quais se destaca a complexidade terapêutica, as reações adversas induzidas pelos fármacos e falta de compreensão em relação à terapêutica prescrita.

A literatura baseada no estudo do regime medicamentoso evidencia que poderá existir uma alta prevalência de não adesão medicamentosa nas pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise. Paralelamente, existem fatores associados a essa não adesão que poderão estar tanto mais associados quanto as características das pessoas doentes e do meio em que se encontram inseridas (Alikari et al., 2018; Rahdar et al., 2019).

É importante explorar e avaliar o possível contributo dos enfermeiros nesta área tão particular e específica. Os enfermeiros devem identificar as barreiras da não adesão ao regime medicamentoso na pessoa com DRC em programa regular de hemodiálise, no que concerne especialmente às limitações eventuais de tempo, apoio administrativo e desinteresse em apostar nesta área de cuidados (Ghimire, Lee, José, Castelino & Zaidi, 2019). É premente uma avaliação objetiva quanto à perceção dos enfermeiros em relação à adesão ao regime medicamentoso por parte da pessoa doente, de modo a que se consigam projetar no futuro intervenções específicas de modo a colmatar as necessidades específicas de cada pessoa.

Com base nesta problemática à qual acresce a experiência de mais de dezassete anos de trabalho em várias unidades de diálise, foi possível identificar a dificuldade de adesão ao regime medicamentoso das pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise. Foi

também possível identificar a necessidade de investigar a percepção que o enfermeiro tem acerca da não adesão ao regime medicamentoso por parte destes doentes.

Este estudo pretende contribuir para o conhecimento em enfermagem e a compreensão do fenómeno em estudo. Nesse sentido, tem como finalidade fornecer contributos sobre fatores que possam contribuir para o aumento da adesão ao regime medicamentoso em pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise.

3.2. Questão de investigação e objetivos do estudo

Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo que inclui, por norma, uma ou duas variáveis e a população a estudar. Adicionalmente as questões de investigação são muito úteis e essenciais em estudos exploratórios, sendo as premissas sobre as quais se irão apoiar os resultados de investigação (Fortin, 2003).

De acordo com a problemática identificada, a questão de investigação que sustenta o estudo é: *Qual o contributo dos enfermeiros sobre a adesão do regime medicamentoso, em pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise?*

Após a identificação da questão de investigação são delineados os objetivos para o estudo. Os objetivos do estudo partem de um enunciado declarativo que contém as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 2003). Os objetivos da investigação indicam o porquê da mesma e são colocados segundo o nível de conhecimentos no domínio da questão.

Face ao exposto e, após colocada a questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar a avaliação da adesão ao regime medicamentoso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise;
- Descrever as barreiras dos enfermeiros na avaliação da adesão ao regime medicamentoso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise;
- Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a adesão ao regime medicamentoso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

3.3. Tipo de estudo

Mediante o problema, e tendo em conta os objetivos do estudo, torna-se necessário definir o tipo de estudo que será determinado pela convergência dos parâmetros anteriormente referidos, de modo a dar resposta às questões inicialmente colocadas (Fortin, 2003). O tipo de investigação é ainda definido pelo nível de conhecimentos naquele domínio.

As questões de investigação podem situar-se num de quatro estadios ou níveis de investigação, sendo que o nível I diz respeito à descoberta e à exploração de fatores, o nível II faz referência à descoberta de relação entre os fatores, o nível III tem em consideração a verificação de associação entre os fatores e finalmente, o nível IV dita uma predição de uma relação de causalidade (Fortin, 2003).

A questão de investigação que foi colocada anteriormente situa-se no nível I da investigação, que é caracterizado pela descoberta de fatores e consiste em descrever, nomear ou caraterizar uma situação (Fortin, 2003).

A investigação qualitativa tem como finalidade a compreensão de um fenómeno segundo a perspetiva dos sujeitos e as observações são descritas sob a forma narrativa, pelo que a análise qualitativa tem aqui lugar.

Deste modo, a abordagem qualitativa justifica-se neste estudo, uma vez que se pretende compreender um fenómeno segundo a perspetiva dos sujeitos, sendo as observações descritas sob a forma de testemunho ou narrativa (Fortin, 2003).

Trata-se, portanto, de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa (Fortin, 2009), uma vez que se pretende avaliar o contributo dos enfermeiros para a adesão ao regime medicamentoso, descrevendo as estratégias que os mesmos utilizam para o avaliar, identificando os fatores que influenciam a adesão e as possíveis estratégias de melhoria.

3.4. Participantes

Uma população é "*uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*" (Fortin, 2003, página 202), ou seja, a população deste estudo são os enfermeiros que trabalham em unidades de hemodiálise.

A população - alvo do estudo segundo Fortin (2003, página 202) "*refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. A população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador*".

A amostra "*é um subconjunto de uma população ou grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo*" (Fortin, 2003, página 202).

A população foi constituída pelos enfermeiros que desenvolvem a sua prática em unidades de hemodiálise. Uma vez que aceder a toda a população por vezes é demorado e de difícil acesso, optou-se por seguir uma amostragem por seleção racional (Fortin, 2003, página 209), através da rede de contactos do investigador, constituída apenas por alguns enfermeiros que trabalham em unidades de hemodiálise, a tempo parcial ou integral. Os participantes tiveram como critérios de inclusão desenvolver a sua atividade há mais de dois anos com pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise e a sua caracterização consta da Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=12)

Género (M/F) (%)	58.3/41.7
Faixa etária (%)	
26-34	25.0
35-44	41.7
45-54	33.3
Estado Civil (%)	
Solteiro	8.0
Casado ou união de facto	92.0
Formação Académica (%)	
Licenciado	83.3
Pós-graduação de especialidade	16.7
Categoria profissional (%)	
Enfermeiro	83.3
Enfermeiro Especialista	16.7
Tipo Vínculo (%)	
Full time	25.0
Part time	75.0
Formação em Hemodiálise (%)	
Sem formação	66.7
Com formação	33.3

Através da análise sóciodemográfica pode-se verificar que os participantes do estudo são maioritariamente do sexo masculino (58,3%), situados na faixa etária entre os 35 e os 44 anos de idade, na sua maioria casados (92%) e licenciados (83,3%). A grande maioria dos participantes exerce a sua atividade profissional em tempo parcial (75%) e 33,3% têm formação específica em hemodiálise. O tempo de exercício profissional como enfermeiro e como enfermeiro de hemodiálise é praticamente idêntico, 16,1 anos e 14,7 anos.

3.5. Instrumento de colheita de dados

Existe uma panóplia de instrumentos de recolha de dados para obter informações válidas e pertinentes para realizar um estudo de investigação. Contudo, a natureza da investigação determina que tipo de instrumento de colheita de dados se deve utilizar. Num qualquer estudo é importante que o investigador escolha o instrumento de colheita de dados que mais convém à investigação.

O instrumento de colheita de dados selecionado foi considerado quanto ao tempo de desenvolvimento da investigação bem como aos objetivos do estudo (Fortin, 2003). Pretendia-se acumular o máximo de informação possível e relevante para obter uma resposta eficaz à questão de investigação, naturalmente coincidente com o tipo de estudo, pelo que foi selecionada a entrevista semi-estruturada.

Considerando a natureza do instrumento de colheita de dados selecionado, pode-se referir que a entrevista é um modo de comunicação verbal entre investigador e o participante, tratando-se de um processo planificado que exige uma grande disciplina. As entrevistas variam em função do grau de liberdade deixado aos interlocutores bem como o grau de profundidade da investigação (Fortin, 2003).

Na entrevista semi-estruturada o investigador faz a condução razoavelmente controlada, sendo as questões previamente estruturadas e colocadas em sequência, podendo-se dividir em perguntas abertas e fechadas.

As perguntas abertas necessitam de resposta construída pelo participante, isto é, a pessoa responde com as suas próprias palavras. Nas questões fechadas os participantes só podem optar pelas hipóteses apresentadas, isto é, as que são fornecidas pelo investigador (Hill & Hill, 2000), o que não era a intenção do mesmo, nem fazia parte do objetivo do estudo.

Para a entrevista foi elaborado um guião. Na elaboração do guião da entrevista foram seguidas várias etapas. Assim, inicialmente foi necessário delimitar a informação pertinente a recolher e verificar qual o nível de conhecimentos abrangido através de uma larga pesquisa bibliográfica. Após essa fase foram organizados blocos temáticos e para cada um deles formuladas várias questões que foram analisadas pelo investigador e pelos seus orientadores e, posteriormente, por um perito. Houve um grande esforço em colocar as perguntas por sequência para não afetar as demais e não produzir viés de estudo.

Após a construção do guião, o mesmo foi sujeito a um pré-teste. Foram então efetuadas duas entrevistas a dois enfermeiros cuja atividade profissional era com pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise, mas que não fizeram parte do estudo. O pré-teste serviu para validar a fidelidade e credibilidade do guião construído e perceber se

conseguia obter os dados necessários para responder aos objetivos e questão de investigação.

Depois de efetuado o pré-teste foram realizadas ligeiras alterações, resultando na versão final. A entrevista encontra-se dividida em duas partes, uma relativa aos dados sociodemográficos e profissionais e outra relativa às questões colocadas sobre a adesão ao regime terapêutico, mais concretamente o regime medicamentoso (Anexo II).

3.6. Procedimento de colheita de dados

Aquando o desenvolvimento do projeto da investigação foi delineado que a colheita de dados seria efetuada presencialmente, após contacto prévio, pelas vantagens que se encontram naturalmente associadas, como a facilidade expositiva (Fortin, 2003). Neste contacto seria efetuada a exposição e esclarecimento do estudo e objetivos, onde seria adicionalmente fornecido um formulário de consentimento informado (em duplicado), sendo a participação, naturalmente, de carácter voluntário.

Contudo, face à atual situação pandémica e sendo impossível efetuar a colheita de dados presencialmente, os contactos foram estabelecidos via telefónica e digital (e-mail). Assim, no que concerne à entrevista, foram efetuados previamente todos os contactos e após a aceitação de participação foi efetuada gravação áudio via telefone, sem identificação do participante, sendo as mesmas destruídas após a sua transcrição.

A entrevista iniciou-se pela prestação de informação acerca do estudo, mesmo após o contacto prévio, e esclarecimento de dúvidas eventuais. Foi também pedida autorização para gravação da chamada, onde se alertou para o facto que ninguém seria identificado. Seguidamente, as questões foram colocadas, dando espaço necessário para o participante responder da forma que entendesse. No final foi feita uma síntese, onde se perguntou se queria alterar algo do que tinha dito.

Considerando os objetivos e a natureza do estudo foram realizadas 12 entrevistas, onde se verificou que nas últimas entrevistas já existia a saturação dos dados.

3.7. Procedimento de análise dos dados

Após a colheita de dados torna-se essencial proceder ao tratamento dos mesmos recorrendo a técnicas específicas, de acordo com o tipo de estudo. Em qualquer estudo, o objetivo é apresentar o conjunto de dados e efetuar as quantificações possíveis. Neste caso, devido ao tipo de estudo, procedeu-se à análise de conteúdo.

Para a categorização dos dados das perguntas da entrevista (Bardin, 2011) foram elaboradas tabelas e esquemas, para que através deste processo os dados (após transcrição das entrevistas) fossem transformados e agregados, o que possibilitou uma descrição e visão exata das características que se pretendia estudar. A análise foi sendo realizada de acordo com as suas precedências que consistiu numa estratégia para identificar um conjunto de características essenciais à significação de um conceito.

Como descrito previamente, a análise de conteúdo é um método sistemático e objetivo onde o fenómeno é explorado através das respostas dos participantes, focado na seleção das unidades de análise e significado bem como nas categorias agregadas (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngas, 2008).

A análise indutiva ocorreu em três fases principais sendo elas a preparação, a organização e a elaboração de reportes (Elo & Kyngas, 2008). Na fase da preparação, os conceitos surgiam diretamente dos dados e as unidades de análise (mais porções de frases) foram sendo selecionadas considerando o objetivo do estudo. A fase da organização iniciou-se com a leitura atenta e, por diversas vezes do material já referido, onde foram sendo criadas categorias por meio de codificação. Essa codificação foi sendo analisada e refinada, fazendo sempre a ponte com o referencial teórico até se obter a categorização na sua versão pré-final.

Paralelamente foi pedido a um perito, para a partir dos dados, efetuar o mesmo trabalho de categorização, após o qual houve a necessidade de verificar se a categorização era coincidente. No caso de discrepância uma terceira pessoa foi envolvida. Após esta etapa, obtivemos a categorização final conforme descrito na secção dos resultados.

3.8.Considerações Éticas

Para realizar investigação em saúde é necessário atender escrupulosamente aos valores definidos pela ética e deontologia profissional. Nesse sentido este estudo foi conduzido de modo a respeitar os princípios definidos na Declaração de Helsínquia, que enumera os princípios éticos a ter em conta na investigação em seres humanos, e a Convenção de Oviedo, que define as regras de proteção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina. Para isso foi solicitada autorização formal à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto que foi concedida (autorização n.º ADHOC 392/2020).

Os sujeitos, anteriormente contactados pelo investigador, tiveram acesso por e-mail à informação sobre o estudo bem como ao formulário de consentimento informado (Anexo I). Os participantes responderam pela mesma via à aceitação em participar no estudo (e-mail), tendo o adequado tempo de reflexão para a decisão.

Aos participantes foi garantida a confidencialidade dos dados, nenhum dado individual ou que identificasse o participante foi retido e será jamais revelado, sendo garantido o anonimato dos participantes no estudo.

Os resultados da investigação serão apenas utilizados para a elaboração do estudo e as gravações foram destruídas após a sua transcrição.

CAPÍTULO III - CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO REGIME MEDICAMENTOSO: RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados que emergiram das entrevistas, efetuando-se a sua análise e discussão, de forma a obter dados com o intuito de responder aos objetivos iniciais do estudo. A análise pormenorizada do discurso dos participantes permitiu organizar a informação em domínios, categorias e subcategorias. Da análise efetuada foi possível evidenciar cinco áreas fundamentais que constituem cinco domínios e que tiveram em consideração o enquadramento conceptual do estudo:

- Avaliação da adesão ao regime medicamentoso,
- Fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso,
- Estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso,
- Avaliação da eficácia da adesão ao regime medicamentoso,
- Barreiras na implementação de novas estratégias.

Apresentam-se de seguida os domínios, e as respetivas categorias e subcategorias associados a cada domínio (Tabela 2). No sentido de facilitar a clareza e a compreensão do documento, as categorias ao longo do texto são assinaladas a negrito, as subcategorias a sublinhado.

Tabela 2 - Matriz da caracterização das entrevistas

Domínios	Categorias	Subcategorias
<i>Avaliação da adesão</i>	Conhecimento sobre a doença	-----
	Sinais e sintomas	-----
	Estratégias de avaliação	Instrumentos de avaliação
		Outras estratégias
<i>Fatores que influenciam a adesão</i>	Relacionados com o ambiente social e familiar	Envolvimento da família
	Relacionados com o doente	Escolaridade e literacia Faixa etária Consciencialização e volição
	Relacionados com a organização	Rácio de enfermeiros Programas educacionais Definição de papéis
<i>Estratégias para promover a adesão</i>	Ensino Educacional	-----
	Dinâmica de tratamento	
<i>Avaliação da eficácia</i>	Instrumentos de avaliação	-----
	Outras estratégias	
<i>Barreiras na implementação de novas estratégias</i>	Organizacionais	Recursos económico-financeiras Recursos humanos Barreiras físicas e estruturais Conflitos interprofissionais
	Pessoais	Doente

4.1. Avaliação da adesão ao regime medicamentoso

O processo de avaliação do regime medicamentoso é complexo, sendo necessário efetuar um conjunto de procedimentos objetivos para obter dados concretos e, às vezes, para identificar aspetos que possam ajudar a compreensão da adesão do regime medicamentoso pelo enfermeiro, sendo efetuada através de perceção subjetiva.

Os enfermeiros que participaram neste estudo, quando questionados sobre como abordam na sua prática clínica o regime medicamentoso na pessoa com DRC em hemodiálise, consideraram relevante a necessidade de efetuar uma avaliação global, iniciando com a **avaliação do conhecimento da doença renal**, em todos os doentes, mas de forma mais intensa em doentes recentemente admitidos na unidade de diálise.

E1 - “(...) se o doente é novo tentamos perceber um bocadinho do que o doente sabe acerca da doença, (...) temos um acolhimento ao doente relativamente a esses assuntos e (...) sistemas informáticos que nos ajudam (...).”

E3 - “Num primeiro contacto quero perceber o que ele sabe acerca do tratamento que está a efetuar (...), se tem conhecimento sobre a doença (...) sobre os hábitos e alterações que tem de fazer por causa da sua doença (...).”

E4 - “Numa fase inicial tento perceber o que ele sabe (...) o tratamento em si (...).”

E3 - “A medicação é prescrita e os doentes não sabem para que é que ela serve e relação com a sua doença”.

Os enfermeiros compreendem a importância de identificar o conhecimento da pessoa sobre o seu processo patológico, considerando que os doentes recentes na unidade de diálise (com menos tempo em hemodiálise) necessitam de um acompanhamento mais atento e pormenorizado, nomeadamente face ao conhecimento que apresenta sobre a doença, o regime medicamentoso, o tratamento e as alterações na vida diária. A consciencialização da sua condição clínica pela pessoa com DRC em hemodiálise pode facilitar o seu processo de adesão ao regime terapêutico, nomeadamente ao regime medicamentoso (Meleis, 2012; Chironda & Bhengu, 2016).

A adesão ao regime medicamentoso é influenciada por fatores como crenças pessoais, características culturais e sociais, e podem reduzir drasticamente se estas situações não forem averiguadas e debatidas entre doente e profissional de saúde (Chironda & Bhengu, 2016; Rahdar et al., 2019).

É evidente que os enfermeiros procuram perceber qual o conhecimento que a pessoa com DRC em hemodiálise tem sobre a sua própria doença, e especificamente sobre o tratamento de substituição da função renal.

No seu processo de avaliação da adesão ao regime medicamentoso, o enfermeiro vai explorar e entender os “sinais e sintomas” que a pessoa teve nos dias anteriores e após a última sessão de hemodiálise.

E1 - “Pergunto se passou bem (...) como passou a noite, como tem estado (...), (...) se há algum desconforto (...) antes de começar o tratamento”.

E2 - “Questiono como ele passou em casa (...) primeiro do ponto de vista social e depois do ponto de vista de saúde (...)”.

E3 - “Num doente habitual, normalmente pergunto como tem passado, (...) se houve alguma intercorrência de sintomas”.

E4 - “(...) [pergunto sobre] sinais e sintomas como câibras e mau estar (...)”.

E7 - “Se for um doente que já conheço tento saber como ele passou os dias (...) como se tem sentido (...) porque já sabe que pode ter algumas intercorrências depois da diálise”.

E11 - “Faço sempre uma entrevista prévia sobre como o doente se sentiu (...) se tem alguma queixa especial (...) uma avaliação física dos sinais objetivos e subjetivos”.

E8 - “Vemos o histórico do doente a nível do processo clínico, perguntamos como decorreram as diálises anteriores (...) se traz um volume excessivo interdialítico (...)”.

E9 - “Se vir que o doente se vem a queixar que tem as pernas muito pesadas [alimentação] (...) acho que é potássio a mais (...)”.

Estes sinais e sintomas podem estar associados a diferentes processos patológicos da pessoa com DRC em hemodiálise, nomeadamente a diabetes e a hipertensão arterial, assim como podem estar associados a questões de hiperhidratação, hipercaliémia ou hiperfosfatemia, entre outros (Chironda & Bhengu, 2016; Rahdar et al., 2019). Globalmente, os enfermeiros procuram compreender a condição clínica da pessoa, de forma a identificar aspetos específicos da não adesão ao regime medicamentoso.

Um estudo realizado com 350 doentes evidenciou que 40% dos mesmos apresentaram uma baixa adesão à medicação (21% em medicamentos para o fósforo e 13% em anti-hipertensivos) (Alikari et al. 2018; Rahdar et al., 2019).

Alguns estudos evidenciam que, por regra, os doentes apresentam, dificuldades de adesão aos quelantes de fosfato. Esta não adesão pode dever-se ao facto destes medicamentos terem de ser tomados durante as refeições, pelo menos 3 vezes ao dia, podendo coincidir com o horário de trabalho ou com a vida social dos doentes, principalmente dos mais jovens. Os níveis de fosfato revelaram a sua importância como sendo um fator de risco de morte, pelo que os quelantes de fosfato são provavelmente os que mais contribuem para o elevado número de comprimidos diários e isso poderá ser um fator de não adesão (Umeukeje, Mixon & Cavanaugh, 2018; Parker et al., 2019).

A adesão do regime medicamentoso pela pessoa com DRC em hemodiálise de acordo com as orientações dos profissionais de saúde pode reduzir complicações associadas e amenizar a vulnerabilidade da pessoa, reduzindo os sinais e sintomas e efeitos colaterais da medicação. A sua adesão promove a qualidade e a esperança de vida da pessoa, diminuindo as taxas de mortalidade associadas às complicações (Javanbakhtian Ghahfarokhi & Abbaszadeh, 2012; Rahdar et al., 2019).

O enfermeiro no seu contexto clínico explora a existência de sinais e sintomas associados a hipercaliémia ou hiperhidratação, que podem estar associados a questões dietéticas, como também podem estar associados a não adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente a fármacos que possam diminuir a absorção de potássio ou relacionados com doença cardíaca. Vários estudos evidenciam que existe uma correlação positiva da adesão ao regime de tratamento em pessoas em hemodiálise (considerando a restrição alimentar, restrição de fluidos, regime medicamentoso e visita regular para diálise), e a qualidade de vida dessas pessoas (Umeukeje et al., 2018; Rahdar et al., 2019).

Outros estudos referem que existem falhas no seguimento do regime em doentes em hemodiálise, pois cerca de 86% dos doentes não cumprem algumas restrições. Este tipo de restrições pode ajudar a manter os tratamentos num standard efetivo, diminuir os custos do tratamento e o risco de complicações e promover a qualidade de vida dos doentes em hemodiálise (Roseleur et al., 2019; Rahdar et al., 2019). Assim, as complicações que advêm do não cumprimento destas restrições são um somatório de fatores de origem pessoal e de responsabilidade individual. Nesta perspetiva, o enfermeiro na unidade de diálise pesquisa os sinais e sintomas que possam estar associados à não adesão ao regime medicamentoso.

No que diz respeito às **estratégias de avaliação** da adesão ao regime medicamentoso, os participantes referem que utilizam estratégias centradas na pouca objetividade, entre a relação dos sinais e sintomas e a condição clínica da pessoa.

E1 - “Relativamente à gestão medicamentosa, especialmente quando eles estão hipertensos (...) se fizeram a medicação correta (...).”

E2 - “Eventualmente depois de avaliar as tensões tento perceber e ver se existe alguma coisa fora do comum (...) se está a tomar a medicação (...).”

E6 - “(...) pergunto se chegou mais hipotenso que o normal (...) já conheço os doentes e se há qualquer coisa fora do normal pergunto se tomou a medicação, a que horas tomou (...)”.

Pode-se constatar que os enfermeiros no seu contexto clínico na unidade de diálise, normalmente, não utilizam instrumentos de avaliação como estratégia para avaliar a adesão ao regime medicamentoso das pessoas com DRC em hemodiálise.

E9 - “Nós só damos a medicação (...) sou capaz de chamar a atenção do médico se as tensões andarem muito altas”.

E11 - “Pergunto se o doente referir alguma coisa [sobre a medicação] ou quando entregamos a medicação (...)”.

E11 - “Falamos da parte da medicação porque entregamos a medicação (...) para que é que serve, efeitos colaterais (...) procedimentos (...), não se avalia a adesão”.

Esta situação não permite quantificar a adesão da pessoa com DRC em hemodiálise, não possibilita identificar quais os medicamentos com menor adesão pelas pessoas, assim como não permite refletir sobre as questões associadas à não adesão ao regime medicamentoso (Chironda & Bhengu, 2016; Rahdar et al., 2019; Roseleur et al., 2019).

Normalmente, os participantes afirmam que utilizam outras estratégias (incluída na categoria estratégias de avaliação) para avaliar a adesão ao regime medicamentoso, centradas essencialmente no processo de comunicação, questionando a toma dos medicamentos ou em função da necessidade de medicamento solicitado pela pessoa. Esta última estratégia permite identificar se a pessoa está a solicitar no momento adequado o medicamento, em função do número de comprimidos que lhe foi fornecido.

E1 - “Se o doente é novo tentamos perceber um bocadinho do que o doente sabe (...) acerca dos medicamentos (...)”.

E2 - “Frequentemente consegue-se perceber que existem doentes que são não aderentes à medicação (...) dizem que se esquecem de tomar a medicação (...)”.

E3 - “[Quem prepara e entrega] é o enfermeiro (...) o chefe prepara e entrega e o enfermeiro vai fazendo a reposição consoante as necessidades do doente (...)”.

E7 - “na entrega da medicação, aproveitamos esse momento para conversar com o doente, sobre o seu regime”.

4.2. Fatores que influenciam a adesão

No domínio dos fatores que influenciam a adesão foi identificada uma categoria **relacionada com o ambiente social e familiar** onde se encontra a subcategoria envolvimento da família.

E1 - (...) isso não é fácil e a maioria das atividades não depende só deles (...) daí ter falado em envolver a família (...)

E4 - (...) não têm um cuidador que possa vigiar a toma da medicação e podem-se esquecer (...)

E5 - Os nossos doentes são mais velhos mas a idade não será um fator principal talvez com quem eles moram (...) o suporte familiar (...)

E10 - Meio social em que eles vivem (...)

O apoio da família contribui para uma maior adesão do regime medicamentoso (Alikari et al., 2018), pelo que adicionalmente, o apoio social pode também afetar os resultados de adesão pelos doentes.

A qualidade do atendimento nas unidades de diálise deve ser mais do que apenas o tratamento dialítico, deve incluir as necessidades da pessoa doente. O envolvimento da família é essencial para contribuir para o sucesso do regime terapêutico, e concretamente do regime medicamentoso (Clarke et al., 2015; Chironda & Bhengu, 2016).

A categoria fatores **relacionados com o utente** inclui as subcategorias como a escolaridade e literacia, a faixa etária e a consciencialização e volição.

A literatura evidencia que, no que diz respeito à escolaridade, quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de conhecimento e adesão ao regime medicamentoso (Alikari et al., 2018), pelo que, alguns investigadores sugerem que um doente com alto nível educacional pode compreender mais facilmente a utilidade da terapia. Contudo, essa elevada escolaridade pode comprometer a adesão, porque é difícil para doentes com alto nível educacional obedecer devido a obrigações laborais (Alikari et al., 2018). A literacia é algo diferente, sendo considerada como a capacidade de usar a leitura e a escrita como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver as próprias potencialidades e participar ativamente na sociedade. Adicionalmente, a literacia está associada a taxas de maior adesão medicamentosa (Miller, 2016).

E2 - “(...) os doentes apresentam baixo índice de escolaridade (...)”

E4 - “(...) o nível de literacia (...) é um fator de não adesão”

E6 - “(...) falta de cognição (...) a falta de literacia (...) sobre os medicamentos”

E7 - “O nível de iliteracia é muito grande (...) têm falta de conhecimento (...)”

E8 - “(...) a falta de literacia (...) no seu regime medicamentoso”

E9 - “(...) posso dizer que grande parte dos incumpridores têm baixos estudos (...)”

E10 - “(...) a própria formação académica (...) influência a adesão”

E11 - “Falta de literacia (...) é um problema nestes doentes”

E12 - “Literacia (...) mais analfabetos (...) quando muda a caixa do laboratório de um medicamento já não sabem o que vão tomar (...)”

A faixa etária elevada parece estar diretamente relacionada com os índices de baixa adesão (Neri et al., 2011) provavelmente porque, a pessoa não está tão capaz e não está com disponibilidade para realizar a autogestão da doença e o respetivo regime medicamentoso (Clarke et al., 2015).

É ainda de se referir que as pessoas com um baixo nível de escolaridade têm uma esperança de vida seis anos inferior à das pessoas com um nível de habilitações elevado (OCDE, 2018), o que poderá ter igualmente implicação na adesão ao regime medicamentoso.

A taxa de adesão é muito baixa em pessoas de idade avançada com DRC em hemodiálise, apesar de ser essencial para que o tratamento possa desempenhar um papel fulcral (Takaki et al., 2003; Takaki & Yano, 2006; Rahdar et al., 2019).

E1 - “A idade dos doentes (...) “

E1 - “(...) [os mais novos] aderem mais ao regime medicamentoso porque são mais consciencializados do problema (...)“

E4 - “A faixa etária (...) as pessoas mais velhas (...)”

E5 - “Os nossos doentes são mais velhos mas a idade não será um fator principal talvez com quem eles moram (...) o suporte familiar (...)”

E11 - “(...) Faixa etária (...) pode ser um fator de não adesão aos medicamentos”

E12 - “Muita medicação e como são de uma faixa etária mais elevada confundem-se todos (...)”

A subcategoria consciencialização e volição, integra conceitos como a aceitação do doente em relação à sua doença e, simultaneamente à medicação que efetua. Aliás, a necessidade de mudança do estilo de vida é imperativa e encontra-se naturalmente incluída nesta subcategoria, pois a pessoa com DRC deverá tornar-se consciente da sua situação de saúde e para efetuar esta transição (Meleis, 2012), tendo de assumir com volição necessária para essa mudança (Dias et al., 2011).

No que concerne à consciencialização e por conseguinte, à não aceitação da doença e eventuais percepções erróneas, foram verificados os seguintes extratos:

E1 - “(...) por não aceitação da doença (...)”

E2 - “Doentes crónicos (...) que fazem hemodiálise têm uma percepção errada (...) acham que dominam a eficácia da medicação e a própria doença (...)”

E3 - “Não sei, mas o que parece é a cronicidade da doença [em relação à baixa adesão] (...) vai-se habituando com a doença e ter poucos conhecimentos faz com que coloque toda a solução do problema no tratamento dialítico em si e não na medicação (...) há pouca vontade do doente colaborar (...)”

E4 - “(...) É como se desistissem (...)”

E5 - “Não têm força, nem sabedoria, nem vontade por vezes para o fazerem (...) desistem (...) deprimem (...) não têm ajuda (...)”

E6 - “Eles têm tudo dado [incluído no preço compreensivo] (...) pode não ser uma boa (...) se eles tivessem de desembolsar (...) se eles percebessem que se é tão caro é porque lhes faz bem (...) Não têm consciência dos benefícios (...)”

E11 - “(...) Por uma questão de revolta (...)”

Ainda relativamente à consciencialização, pode-se inserir a situação relacionada com a toma da medicação que está intimamente ligada ao aspeto intrínseco da pessoa com DRC, sendo também um fator que influencia a adesão.

Para aderir ao regime medicamentoso a pessoa tem de agir de acordo com as orientações dos profissionais de saúde, e essa adesão pode reduzir complicações associadas e amenizar a vulnerabilidade do doente, reduzindo os sintomas e os efeitos colaterais da medicação e, promovendo a qualidade e a esperança de vida dos doentes, diminuindo as taxas de mortalidade associadas às complicações da doença (Javanbakhtian Ghahfarokhi & Abbaszadeh, 2012; Rahdar et al., 2019).

E1 - “Os próprios doentes não querem tomar medicamentos porque dizem que são muitos (...) eles dizem que isto há-de melhorar (...)”

E4 - “A doença, (...) o próprio tratamento (...) não aceitam (...) o cumprir a medicação (...) estou a tomar para quê? (...)”

E7 - “(...) sentindo-se bem só com a hemodiálise deixam de aderir à medicação (...)”

E8 - “(...) os efeitos colaterais da medicação (...) “

E9 - “Há certos hipertensos que interferem com a atividade sexual (...) [os doentes] não tomavam (...)”

E11 - “(...) Ser uma doença crónica polimedicamentada (...)”

E12 - “A maioria são pelos efeitos secundários (...) a medicação tem efeitos gastrointestinais que não são propriamente agradáveis”

E12 - “Muita medicação e como são de uma faixa etária mais elevada confundem-se todos (...)”

A não modificação do estilo de vida, naturalmente inserida na subcategoria consciencialização e volição, também foi detetada no discurso dos participantes e encontra-se descrita abaixo:

E1 - “(...) não adaptam o estilo de vida (...) dieta (...) exercício (...)”

A necessidade de consciencialização e volição compreendem uma subcategoria e são conceitos que estão extremamente conectados (Meleis, 2012), num amplo padrão de conhecimento natural do doente considerando o momento da sua admissão e o seu percurso ao longo do tratamento em hemodiálise.

Neste estudo (Alikari et al., 2018), verificou-se que quanto maior a duração de tempo em hemodiálise, maior a adesão contudo, é controverso dado que outros estudos vão em sentido contrário (O'Connor, Jardine & Millar, 2008; Chan, Zalilah & Hii, 2012; Rahdar et al., 2019), o que significa que a experiência do doente poderá não ser um fator a seu favor, deturpando o seu grau de conhecimentos.

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, Chironda, Bhengu & Katende, 2018). Será, portanto, de referir que a falta de reconhecimento dos doentes da necessidade de modificação do seu estilo de vida e a não aceitação da doença levam a processos complexos de falta de consciencialização, segregando a responsabilidade de tudo o resto (Meleis, 2012; Clarke et al., 2015).

Aqui poderá estar instalada a problemática da liberdade do doente sobre a toma de medicação, conforme exposto:

E9 - “O doente é livre de não tomar, ninguém os pode obrigar (...)”

A categoria fatores **relacionados com o doente** e concretamente na subcategoria consciencialização e volição, encontra-se relacionada com o facto de os enfermeiros entenderem que o doente, como ser individual e autónomo, tem a liberdade de tomar ou não a medicação. A este respeito, Nunes, Rego & Nunes (2013) referem no seu estudo efetuado a doentes crónicos, que 83% dos doentes concordavam em obter informações sobre os tratamentos e custos das intervenções durante o internamento (quando submetidos a intervenções dispendiosas), pois as informações sobre os custos podiam trazer as ferramentas necessárias para a consciencialização sobre a importância do regime terapêutico e mudanças no estilo de vida, onde, 70,8% dos doentes afirmaram que essas

informações podiam trazer consciencialização para a vida do doente, potencializando a responsabilidade e autonomia pessoal, tudo numa base de responsabilidade individual.

Mukakarangwa, Chironda, Bhengu e Katende (2018) referem no seu estudo que o facto da pessoa seguir o regime de tratamento que inclui o regime medicamentoso, foi crucial para se controlar e adaptar à doença renal, tendo naturalmente um impacto forte na qualidade de vida dos indivíduos. Verificou-se que cerca de 50% das pessoas não se adaptaram ao seu regime de tratamento e faltaram a, pelo menos, uma sessão de diálise, tendo complicações diabéticas, de hipotensão, câibras e fadiga, o que corrobora com a necessidade da responsabilidade individual.

A categoria fatores **relacionados com a organização**, inclui as subcategorias rácio de enfermeiros, programas educacionais, e definição papeis.

O rácio de enfermeiros surgiu como fator que pode contribuir para a não adesão. Sabe-se atualmente que existe uma indicação para alocação do número de doentes por enfermeiro no que diz respeito aos tratamentos de hemodiálise. A Norma das Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, publicada no Diário da República n.º 233, de 2 de dezembro (Regulamento n.º 533/2014), define o número mínimo de enfermeiros para as unidades de diálise recomendando a existência, no mínimo, de um enfermeiro por quatro camas/lugares/posto de hemodiálise (OE, 2016). Paralelamente, o Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos (2017), refere que a razão recomendada é de quatro doentes/enfermeiro (semelhante à Ordem dos Enfermeiros), não devendo ser excedida a razão de cinco doentes/enfermeiro, o que significa que apenas estão contempladas as atividades inerentes ao tratamento propriamente dito.

O facto de poderem existir eventualmente enfermeiros num rácio inferior pode dificultar toda a dinâmica de tratamento colocando em causa atividades que poderiam ser enfatizadas como as que se encontram relacionadas com as questões do regime medicamentoso (Alikari et al., 2018).

E1 - “Nós temos um enfermeiro de referência por turno (...) e se inserirmos mais neste sentido poderíamos melhorar mais a adesão (...) Se o número de doente fosse mais reduzido o enfermeiro poderia ter mais atenção às necessidades dos doentes (...)”

E4 - “(...) o rácio pode influenciar mas não será o mais importante (...) o enfermeiro não quer entrar muito pela parte médica (...)”

E5 - “Pode ser um dos fatores [rácio] (...)”

E6 - “(...) o rácio tem tudo a ver, não temos tempo para ter a abordagem mais cuidada (...) o tempo é o essencial, se tivéssemos menos doentes as coisas conseguiam-se fazer melhor (...)”

E7 - “O rácio (...) depende porque há turnos onde se consegue fazer acompanhamento (...) e outros é impossível (...) mas tem relação claro (...)”

E10 - “Mais contacto com o doente e isso consegue-se obtendo menos doentes por enfermeiro (...) consegues estar mais de olho neles (...)”

E12 - “O rácio tem vindo a aumentar e isso não favorece o tempo que nós temos para conhecer os doentes e acompanhá-los (...)”

A ausência de programas educacionais para os doentes foi uma das subcategorias que emergiu e que se encontra relacionada com os fatores que contribuem para a baixa adesão, nomeadamente o rácio enfermeiro/doente. A falta de atividades dirigidas à capacitação da pessoa doente poder ser um fator de não adesão ao regime medicamentoso, em virtude da pessoa receber as prescrições e, no processo de adaptação, não perceber a importância da toma de medicação (Chironda & Bhengu, 2016).

E2 - “Os enfermeiros estão mais motivados para fazer outros ensinamentos sobre outras coisas [que não a medicação] (...) como a medicação é de difícil eficácia e perceção (...) os enfermeiros não são prescritores e por isso (...) poderão tentar perceber e ter algumas “boas” estratégias por terem maior proximidade ao doente em relação ao médico”

E2 - “Dá-me a sensação que o doente poderá cumprir melhor alguma adesão se tal for explicado pelo médico porque é ele o prescritor”.

E4 - “Controlar depende da forma como está organizado o serviço (...)”.

E7 - “Faz parte das minhas competências estar preocupado com o estado de saúde do meu doente e fazer um acompanhamento do estado clínico do doente, apesar de ser o médico o prescritor sou eu que lido todos os dias com o doente”.

E8 - “(...) falta de comunicação com o doente na introdução de um novo fármaco (...) o médico prescreve e o doente (...) fica chateado (...) não diz nada ao médico (...)”.

Nas unidades de diálise existem diferentes profissionais de saúde, desenvolvendo um trabalho em equipa, de forma a objetivar e potenciar benefícios às pessoas (Coimbra & Cassiani, 2001). O enfermeiro, no âmbito do seu exercício profissional, administra e/ou distribui a medicação, devendo avaliar o processo de adesão medicamentosa da pessoa com DRC em hemodiálise. Face ao exposto, a cooperação entre os profissionais de saúde envolvidos (médico e farmacêutico), pode possibilitar a melhoria da segurança e saúde do utente (OE, 2011).

A definição de papéis foi outra das subcategorias que foram encontradas, e pode contribuir para promover a adesão da pessoa ao regime medicamentoso.

E2 - “Os enfermeiros estão mais motivados para fazer outros ensinamentos sobre outras coisas [que não a medicação] (...)”.

E2 - “os enfermeiros não são prescritores e por isso (...) poderão tentar perceber e ter algumas “boas” estratégias por terem maior proximidade ao doente em relação ao médico”.

E2 - “Dá-me a sensação que o doente poderá cumprir melhor alguma adesão se tal for explicado pelo médico porque é ele o prescritor”.

E4 - “Controlar depende da forma como está organizado o serviço (...)”.

E7 - “Faz parte das minhas competências estar preocupado com o estado de saúde do meu doente e fazer um acompanhamento do estado clínico do doente, apesar de ser o médico o prescritor sou eu que lido todos os dias com o doente”.

E8 - “(...) falta de comunicação com o doente na introdução de um novo fármaco (...) o médico prescreve e o doente (...) fica chateado (...) não diz nada ao médico (...)”.

Na subcategoria definição de papéis é visível a indefinição da responsabilidade do médico e do enfermeiro na questão da adesão ao regime medicamentoso, facto que parece interferir de forma negativa na adesão para a pessoa. Assim, para a pessoa com DRC é importante que exista a definição clara do papel assumido por cada um (médico e enfermeiro) e da complementaridade entre ambos, para que exista continuidade de cuidados e para que o doente sinta confiança na relação terapêutica que se estabelece.

4.3. Estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso

Dentro do domínio das estratégias para promover a adesão, encontram-se as categorias: **ensino educacional e dinâmica de tratamento.**

Na categoria respeitante ao **ensino educacional** é importante considerar aspetos que podem ser relevantes no desenvolvimento desta categoria, nomeadamente, a identificação de formação, o objetivo da formação e a comunicação na formação.

E1 - “Depende muito da própria pessoa (...) o que nós temos de incidir é consciencializar o doente (...) Por consulta de enfermagem ou por formação (...) pela equipa médica e a de enfermagem, porque (...) o médico prescreve e o enfermeiro também tem de estar envolvido neste processo (...)”.

E2 - *“Da mesma forma que é feita uma maior consciencialização ao cuidador do doente em relação à alimentação e alguns cuidados pós diálise (...) esse cuidador podia ser envolvido no processo terapêutico (...)”.*

E3 - *“Pequenas sessões de informação (...) Uma consulta e até pequenas formações com grupos de doentes (...) doentes com determinados tipos de necessidades (...)”.*

E1 - *“Não diria durante o tratamento (...) porque está mais gente à volta (...) dispersa (...) diria mais numa consulta (...) individualmente (...)”.*

E7 - *“Tem de ser muito por motivação e explicação ao doente para fazer essa mesma medicação (...) o controlo nós temos efetivamente [sobre a toma] (...) ele pode continuar a dizer que toma e não toma, e continuar a pedir caixas, e há esse tipo de doente (...) se não explicarmos a importância e não motivarmos o doente não conseguimos nada (...) a maioria dos doentes são autónomos e sabem o que fazem (...)”.*

E7 - *“Nós temos cerca de 6 amputações por mês (...) de diabéticos, a nível nacional (...) e estas situações podiam ser minimizadas se houvesse consulta de enfermagem para avaliação (...) da medicação (...)”.*

E8 - *“Tem a ver com a comunicação quando se introduz um novo fármaco e explicar bem o que pode acontecer com os efeitos colaterais (...)”.*

A comunicação humana e terapêutica difere entre si no objetivo, pois a primeira é um processo para compreensão e para partilhar mensagens enviadas e recebidas, em que estas e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas. No entanto, a comunicação terapêutica compreende o uso da comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa, a desenvolver relações interpessoais construtivas (Phaneuf, 2001; OE, 2016). Desta forma, a comunicação terapêutica pode permitir o desenvolvimento de sessões de formação individual ou em grupo, considerando as necessidades da pessoa com DRC em hemodiálise com o intuito de a capacitar.

Pelo contacto de proximidade que possuem com os doentes, os enfermeiros de diálise podem ajudar a melhorar os níveis de adesão, criando uma relação de confiança e abertura. A organização de programas educacionais baseadas em sessões de ensino dirigido para doentes em hemodiálise (Zhianfar, Nadrian, Asghari Jafarabadi, Espahbodi, & Shaghghi, 2020) pode ser uma estratégia para ajudar a aumentar a taxa de adesão aos regimes de tratamento, incluindo o regime medicamentoso, e prevenir várias complicações decorrentes do mesmo (Mukakarangwa et al., 2018).

No desenvolvimento de intervenções e demais atividades relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso, os profissionais de saúde devem agir em concordância com as necessidades individuais das pessoas, demonstrando consciência das limitações a que estes estão sujeitos e do empenho que albergam nesta dinâmica (Matos, 2012). Trata-se de

incluir estratégias de capacitação por forma a promover o melhor cuidado a nível do tratamento na adesão concreta ao regime medicamentoso.

Para a realização de programas educacionais são necessários enfermeiros em número adequado para a sua realização. A subcategoria rácio de enfermeiros (anteriormente referida) engloba aspetos importantes para o desenvolvimento desta categoria, nomeadamente a figura do enfermeiro de referência.

E3 - “Também acho importante haver um enfermeiro de referência (...) para criar uma ligação e um nível de ligação maior (...).”

E3 - “O rácio é suficiente (...) poderá existir falta de motivação (...) pelos incentivos que a clínica oferece (...) a entidade empregadora envolve pouco o profissional (...) espera que vá lá faça o tratamento e venha embora (...).”

E4 - “Participar mais (...) ter um enfermeiro específico (...) não é só gestão de stock, é preciso falar com o doente (...) Por exemplo, o enfermeiro chefe (...) arranjamos uma alternativa em que preparamos uma caixa para tomar a medicação e os familiares asseguram-se que ele a toma (...).”

E3 - “O enfermeiro de referência teria mais responsabilidades (...) teria de se pagar melhor consoante as funções que desempenha (...).”

E6 - “Nós já temos [enfermeiro de referência] mas a realidade é que não há tempo para fazer essas coisas (...).”

E10 - “Ter um enfermeiro de referência e a partir daí o tratamento começa a ser dirigido àquele doente (...).”

E12 - “Uma redução de doentes por enfermeiro (...) haver um enfermeiro responsável para esse processo (...).”

A categoria **dinâmica de tratamento** é relevante por se considerar que inclui quer a prescrição quer o auxílio na gestão da medicação. A existência de plataformas de registo e de procedimentos instituídos que ajudem os enfermeiros na sua atividade diária, bem como a gestão medicamentosa nas suas vertentes de administração/organização, são aspetos a considerar.

E6 - “Não temos qualquer tipo de plataforma (...) e seria benéfico para registar (...).”

E9 - “Utilizar mais as associações que na diálise por norma não se utiliza porque são comprimidos mais caros, e eles querem passar os mais baratos (...) está no preço compreensivo (...) poem os doentes a tomar 10 comprimidos (...).”

E12 - “Ser a clínica a preparar as caixinhas para o mês (...) porque assim já não confundiam a medicação (...).”

A existência de sistemas informáticos poderia ser útil e funcionar como um repositório de informação onde facilmente se poderia aceder à mesma de forma individualizada. Assim, o enfermeiro poderia disponibilizar mais tempo para consciencializar e capacitar a pessoa na toma da medicação (OE, 2016).

Um estudo com 350 doentes evidenciou, que os mesmos tinham 7,1 comprimidos em média diária para ingerir (Alikari et al., 2018). Um outro estudo evidenciou que a média de medicamentos prescritos por dia a pessoas em hemodiálise é de 10 a 12 fármacos, enquanto o número médio de comprimidos por dia é de 19 (Ghimire et al., 2015). O número de comprimidos é considerado um preditor de adesão pois quanto maior o número de comprimidos menor o seu nível de adesão (Neri et al., 2011).

A necessidade expressa de identificação e avaliação precoce da não adesão dos doentes é vital e, tal como referido inicialmente na análise desta categoria, dada a patogenicidade da adesão e a falta de instrumentos multidimensionais, torna difícil uma intervenção efetiva por enfermeiros que trabalham nesta área. Os enfermeiros devem estar atentos a todos os fatores relativos à não adesão com o propósito de a promover e auxiliar as pessoas a desenvolver estratégias de contingência (Davison & Cooke, 2015).

Adicionalmente, na **dinâmica de tratamento** poder-se-á incluir a possibilidade da existência de uma consulta de enfermagem com objetivos específicos no âmbito do regime medicamentoso. Os participantes foram concordantes quanto a essa necessidade específica.

E1 - “Exatamente (...) Cada doente pode ter uma necessidade diferente (...)”.

E2 - “Acho que sim (...) antes do doente iniciar o tratamento (...) ou antes da entrega da medicação (...) Uma consulta de enfermagem [em gabinete próprio] (...) uma vez detetada a falta de adesão ao regime terapêutico (...)”.

E5 - “Sim (...) Acho que na sala de diálise era melhor não (...) Provavelmente quando chega à clínica é melhor (...) quando acaba o doente quer ir embora (...) não está focado, atento e recetivo (...) para cumprir o que quer que seja (...)”.

E6 - “Claro (...) Enfermeiro de referência que fosse a casa (...) enfermeiro especialista (...) que controlasse a medicação (...)”.

E7 - “Considero benéfico, isso repercute-se em tudo o resto (...) Nos dias de diálise (...) antes do tratamento, num gabinete próprio (...) um de cada vez (...)”.

E8 - “Nas instalações da clínica, se a empresa achar necessário (...) a mim parece-me extremamente necessário (...) a periodicidade depende (...) pode precisar de maior acompanhamento (...) e outros mensalmente (...)”.

E8 - “Sim, não só na adesão medicamentosa, mas em tudo o resto (...) com critério (...)”.

E9 - “Agora ver a terapêutica, ver os efeitos secundários, a toma (...) integrar numa consulta e enfermagem (...).”

E10 - “Acredito que sim [da importância de consulta] mas como não temos experiência disso”.

E11 - “Uma vez por semana estar só com aqueles doentes (...) Era preciso um registo (...) a adesão à dieta, à medicação (...).”

E12 - “Sim (...) muitas vezes é por causa do tipo de doentes (...).”

E12 - “Foi uma das coisas que eu já propus na clínica, haver uma consulta mensal de enfermagem em que o doente seria consultado pelo enfermeiro e a seguir pelo médico, mas isso implicava que os doentes viessem um bocadinho mais cedo ou saíssem um bocadinho mais tarde e com os transportes é muito complicado (...) É uma mais valia (...).”

A existência de uma consulta de enfermagem direcionada individualmente ou em determinado momento em grupo, poderá influenciar positivamente as pessoas a aderir ao regime medicamentoso para melhorar a sua autogestão da doença (Matos, 2012) e desenvolver, simultaneamente um processo de confiança e consciencialização (Meleis, 2012).

Implementar programas educacionais, integrados numa dinâmica de consulta, e focados na consciencialização dos doentes sobre o regime de tratamento pode efetivamente melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (Meleis, 2012; Mukakarangwa et al., 2018).

Parece evidente que a adoção de algumas dinâmicas de tratamento e o desenvolvimento de intervenções educativas individualizadas é fundamental para consciencializar os doentes em hemodiálise sobre para a adesão medicamentosa, melhorando assim, o seu processo de tratamento (Meleis, 2012).

4.4. Avaliação da eficácia da adesão ao regime medicamentoso

A análise das entrevistas possibilitou identificar duas categorias, nomeadamente os **instrumentos de avaliação** e **outras estratégias**.

No que diz respeito, à utilização de categoria **instrumentos de avaliação**, os participantes referem algumas formas para avaliar a eficácia da adesão ao regime medicamentoso, concretamente, através do sistema informático que permite identificar a quantidade de

medicamentos que a pessoa com DRC em hemodiálise necessita e do *timing* em que a pessoa deveria solicitar a medicação.

E1 - “Temos um sistema informático onde aparece a prescrição da terapêutica e conseguimos ter acesso aos medicamentos e à quantidade que eles têm em casa (...) verificamos se eles estão a fazer adequadamente (...)”.

E1 - “Nós por norma entregamos mensalmente (...) mas quando eles nos pedem nós comparamos se eles realmente precisam (...) para ver se estão a fazer alguma coisa de errado (...)”.

E2 - “Existe um controlo da medicação que é fornecida, um timing expetável que o doente peça a medicação (...)”.

E3 - “Pelo facto de pedirem ou não medicação (...) há uma listagem onde se faz a contabilização e conseguimos perceber (...)”.

E7 - “Temos um guia terapêutico e conseguimos ver toda a medicação que o doente faz (...) temos um programa que nos permite ver (...) quando o doente vai pedir a próxima medicação (...)”.

E12 - “Temos um programa informático onde registamos a medicação que damos ao doente, quanto damos, o que damos, se o doente recusou (...)”.

Na categoria **outras estratégias**, englobam-se situações onde os enfermeiros conseguem obter informações acerca da adesão ao regime medicamentoso e, assim, perceber se a pessoa adere. Normalmente, o enfermeiro utiliza discurso informal no início do tratamento de diálise e durante o mesmo. Também, consegue perceber pelos sinais e sintomas descritos pela pessoa, como por exemplo a hipertensão (Chironda & Bhengu, 2016; Alikari et al., 2018; Rahdar et al., 2019).

Uma vez que estes doentes estão sujeitos a um amplo e periódico controlo analítico, a avaliação através de resultados analíticos foi também uma das situações identificadas.

E1 - “Sim (...) primeiro através de conversa com o doente conseguimos perceber a veracidade do que eles nos possam estar a dizer (...), temos sinais [hipertensão] (...)”.

E2 - “Eles pedem ao médico no início a necessidade da medicação (...) o enfermeiro que também está responsável também informa os médicos (...) o enfermeiro informa os médicos na altura em que o doente deve pedir [medicação] e não pediu (...) o médico ou o enfermeiro responsável de turno questiona o porquê de não se pedir essa medicação (...)”.

E4 - “Nós conseguimos perceber (...) [conseguimos ver] os anti-hipertensores através da avaliação (...) conseguimos ver pelas análises clínicas (...)”.

E6 - “Consigo perceber em termos analíticos, sim”.

E7 - “Sim, temos vários doentes que dizem que tomam a medicação direitinha, (...) anti-hipertensores (...) e continuam com hipertensão (...) vemos logo que não cumprem o regime terapêutico (...) ou pelo estado hemodinâmico do doente (...)”.

E8 - “Sim, por parâmetros como sinais vitais (...) parâmetros analíticos (...) o doente não pede a medicação quanto teoricamente devia (...)”.

E11 - “Quando andam hipervolémicos (...) hipertensos (...) maldispostos (...)”.

E12 - “Sim, a maioria das pessoas conseguimos perceber (...) Vemos logo quando eles dizem que não precisam [de medicação] (...)”.

Finalmente, os enfermeiros conseguem perceber melhor se a pessoa adere ao regime medicamentoso quando existe pessoal dedicado ao efeito (concretamente, o enfermeiro de referência), sendo uma das propostas para ultrapassar a baixa adesão.

E12 - “Temos um enfermeiro de referência”.

Existem participantes que referiram que não avaliam a eficácia das suas estratégias, mencionando nomeadamente, a falta de certeza/confiança na palavra/testemunho do doente, e a ausência de um sistema de avaliação instituído.

E3 - “Não avaliamos (...) o que fazemos é através da intenção de perceber (...) se estão a pedir medicação coincidente com a prescrição (...) se não há tanta variação (...)”.

E8 - “Questionamos, nada formal, enquanto o doente faz o tratamento (...)”.

E8 - “Nós não temos os monitores ligados à rede e quando passamos pelos postos para registar aproveitamos e falamos com o doente e abordamos essa situação (...) os efeitos secundários que podem ser o motivo por não estarem a aderir (...)”.

E9 - “Não avalio (...) eu posso perguntar, mas nunca vou ter a certeza, não consigo avaliar (...)”.

E10 - “Se for o [doente] rebelde, chamas a atenção e ele até leva a mal (...) não quer ouvir sermões de ninguém (...)”.

E11 - “(...) não temos instrumento de avaliação (...) mas na próxima diálise tenta-se sempre perceber se eles tomam ou não (...) de maneira informal (...)”.

Por outro lado, torna-se interessante perceber que às vezes a ausência de avaliação poderá ser propositada, baseada em determinadas características dos doentes, provavelmente para evitar conflitos e/ou confrontos.

E10 - “Se for o [doente] rebelde, chamas a atenção e ele até leva a mal (...) não quer ouvir sermões de ninguém (...)”.

4.5. Barreiras na implementação de novas estratégias

As barreiras na implementação de novas estratégias poder-se-ão dividir entre **organizacionais** e **pessoais** (no que diz respeito à aceitação das pessoas). Na categoria das barreiras organizacionais constam subcategorias como os recursos económico-financeiros, os recursos humanos que incluem a disponibilidade dos profissionais, as barreiras físicas e estruturais e os conflitos interprofissionais.

A subcategoria recursos económico-financeiros está relacionada com a disponibilidade das unidades de diálise em apostarem numa dinâmica diferente que inclua mais estratégias para a pessoa aderir ao regime terapêutico, concretamente ao medicamentoso. Relembre-se a respeito que o facto das unidades de diálise estarem vinculadas a um “preço compreensivo” (Associação Nacional de Doentes de Diálise, 2020) pode contribuir para não implementarem sistema de avaliação e a aposta em novas metodologias.

E3 - “Há pouco envolvimento da entidade empregadora (...) a entidade é que devia criar e definir estas consultas (...) Devia haver mais incentivos (...) Deveria haver consultas fora do tratamento dialítico (...) uma consulta com todos os passos (...)”.

E5 - “Custa dinheiro (...)”.

E8 - “Podia envolver custos (...)”.

E9 - “Não interessa muito à entidade patronal (...) os gastos a curto prazo (...) o fator monetário ia ser fundamental (...)”.

E11 - “Barreiras económicas”.

E12 - “Económicas, é preciso pagar ao enfermeiro para estar só a fazer consultas (...)”.

A respeito da subcategoria recursos humanos, torna-se essencial garantir a presença dos mesmos e importa destacar que as novas metodologias não dependem só da quantidade de enfermeiros contratados (ou da necessidade de contratualizar), mas da forma como distribuem as suas tarefas e atividades (OE, 2016; Alikari et al., 2018), incluindo a disponibilidade dos mesmos a integrar este tipo de atividades principalmente no caso dos enfermeiros com vínculo de prestação de serviços.

E4 - “Em termos de recursos humanos é importante garantir que os tem [clínica] (...)”.

E6 - “Acho que [o chefe] iria aderir desde que houvesse pessoal para isso (...)”.

E10 - “Se não houver pessoal suficiente (...) toda a gente trabalhar em regime de acumulação e a disponibilidade é limitada (...) Teria um feedback positivo (...)”.

Concretamente, em relação à disponibilidade dos profissionais, é preciso saber se os mesmos estão aptos e motivados para o efeito não esquecendo, a necessidade de promover harmonia interprofissional (Silva, 2011).

E1 - “A disponibilidade quer do doente quer dos profissionais (...) Por exemplo dentro das 40 h semanais (...) as consultas deveriam estar aí [integradas] (...)”.

E2 - “A clínica teria de ter um enfermeiro dedicado a isto (...) o enfermeiro teria de estar vocacionado para isto (...)”.

E8 - “(...) A vontade dos enfermeiros em querer fazer isso (...)”.

E9 - “Na medida em que a longo prazo faria algum sentido mas que a curto prazo ter um enfermeiro só destacado para fazer essa consulta (...) se calhar não estariam interessados nisso (...)”.

As barreiras físicas e estruturais poderão ser também um obstáculo uma vez que seriam necessários espaços para efetuar algum tipo de atividades, promovendo a privacidade da pessoa.

E3 - “(...) definida com um tempo e local próprio e marcação (...)”.

E8 - “Dinâmica de funcionamento da clínica”.

E11 - “(...) de espaço e privacidade”.

E12 - “(...) privacidade porque o doente pode não querer contar o porquê de não fazer a medicação por vergonha (...)”.

E12 - “(...) Rotina da clínica não é muito fácil subir para as consultas (...)”.

E12 - “(...) privacidade porque o doente pode não querer contar o porquê de não fazer a medicação por vergonha (...)”.

Os conflitos interprofissionais emergem como subcategoria pela exposição referida anteriormente, na subcategoria recursos humanos, nas conceções dos enfermeiros quanto à alegada sobreposição de atividades.

E7 - “Sobreposição de áreas que não são especificamente as nossas (...) depende do contacto, por exemplo as farmacêuticas (...) podia ser uma consulta com a colaboração, claro (...)”.

E9 - “Claro (...) alguns, não todos, da classe médica não iriam gostar (...) Na realidade trata-se de um tema muito deles (...) notam nisso um obstáculo (...)”.

Na categoria barreiras pessoais surge como subcategoria o doente. Nesta situação concreta, os enfermeiros têm a perceção que a disponibilidade das pessoas doentes iria

ser uma barreira à implementação de novas estratégias, porque as faria dispor de mais tempo. Contudo, com o passar do tempo as pessoas com DRC em programa de hemodiálise iriam perceber as vantagens e possuir uma percepção positiva acerca das estratégias colocadas ao seu dispor.

E2 - “Os doentes querem entrar rapidamente e sair rapidamente (...) haveria gente que iria à primeira consulta e depois abandonava (...).”

E3 - “(...) que o doente percebesse que é uma mais valia (...).”

E4 - “Seria fácil de implementar (...) Haveria resistência por parte dos doentes numa fase inicial, (...) mas depois acabariam por perceber que é uma coisa benéfica (...).”

E9 - “Semanalmente e partir do momento em que a gente notasse que o doente está a comportar-se corretamente (...) se calhar de 3 em 3 meses (...).”

E11 - “(...) de oportunidade para o doente se deslocar à clínica por isso ... (...).”

CONCLUSÃO

A avaliação da adesão ao regime medicamentoso tem sido muito explorada na perspectiva do doente, existindo muita evidência e instrumentos de avaliação para quantificar essa adesão. Contudo, relativamente à avaliação centrada na perspectiva dos profissionais de saúde existe pouca evidência que mostre o contributo do enfermeiro no processo de adesão ao regime medicamentoso. Este trabalho permite ter uma visão mais clara e abrangente sobre o contributo do enfermeiro para fomentar a adesão ao regime medicamentoso. Ao concluir esta investigação emergiram alguns resultados, que não podem ser generalizados, mas que permitem identificar vários domínios relevantes para a adesão ao regime medicamentoso.

Cada enfermeiro, individualmente, é responsável pelo seu percurso formativo, pelo desenvolvimento de competências acrescidas ou diferenciadas, e pela reflexão da sua prática clínica, de forma a desenvolver competências cognitivas e instrumentais para cuidar das pessoas. É importante que o enfermeiro consiga desenvolver essas competências, de forma a ajudar a pessoa a integrar na sua vida determinados comportamentos e atitudes que reflitam as mudanças necessárias para que realizem transições saudáveis.

O enfermeiro em diálise desenvolve a sua prática clínica num contexto muito particular, onde existe grande proximidade com a pessoa com DRC em hemodiálise, quer no que diz respeito ao contacto físico, quer na periodicidade de contacto. Esta proximidade permite identificar problemas de automedicação, situações de inconformidades na toma dos medicamentos, ou mesmo lapso e/ou ausência na toma dos mesmos. O enfermeiro deve também conhecer e compreender os aspetos que possam facilitar ou dificultar a adesão ao regime medicamentoso, e perceber se é capaz de ter a perceção da adesão ou não adesão da pessoa com DRC em relação ao mesmo. Neste sentido, é relevante sistematizar os aspetos que possam contribuir para a adesão ao regime medicamentoso para que o enfermeiro consiga ficar cada vez mais competente.

O estudo iniciou-se com a questão de investigação: Qual o contributo dos enfermeiros sobre a adesão do regime medicamentoso, em pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise? A temática de estudo emergiu, em virtude da experiência adquirida como enfermeiro de diálise ao longo de mais de 17 anos em várias unidades de diálise, à qual acresce o facto de se perceber que o regime medicamentoso na pessoa com DRC em hemodiálise, tem um contributo importantíssimo para o sucesso do tratamento substitutivo da função renal e da sobrevida da pessoa em diálise.

A relevância deste estudo para a enfermagem em nefrologia relaciona-se com facto de descrever, na perspetiva do enfermeiro, como avalia a adesão ao regime medicamentoso, quais os fatores que considera que influenciam a adesão, quais as estratégias promotoras de adesão, de que forma pode ser avaliada a eficácia, e quais as barreias na implementação de novas estratégias promotoras da adesão ao regime medicamentoso.

O percurso nesta investigação foi um desafio completo e inovador, nomeadamente, na aprendizagem de conhecimentos associados ao processo de investigação, assim como, no aprofundar do conhecimento sobre a complexidade do regime medicamentoso na pessoa com DRC em hemodiálise. A pesquisa realizada para a elaboração do enquadramento teórico permitiu sustentar o desenvolvimento da investigação. O objetivo do estudo centrou-se em identificar o contributo dos enfermeiros na adesão ao regime medicamentoso das pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise. No sentido, de lhe dar resposta foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, ancorado no paradigma qualitativo.

Em função da metodologia selecionada, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de identificar e descrever contributo do enfermeiro na adesão ao regime medicamentoso. Para analisar a informação utilizou-se à análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin.

Este estudo permitiu identificar cinco dimensões relevantes para o processo de adesão ao regime medicamentoso na pessoa com DRC em hemodiálise referidas pelos participantes. A avaliação da adesão evidenciou-se como uma dimensão importante neste contexto. De forma geral, os participantes consideram que o conhecimento sobre a doença real e a identificação de sinais e sintomas são importantes para esse processo de avaliação. Contudo, nesse processo de avaliação verificou-se que não são utilizados instrumentos para avaliação da frequência da adesão. Normalmente, os participantes usam uma perceção subjetiva (utilizando a comunicação e a inferência) para identificar a pouca adesão ou não adesão ao regime medicamentoso pela pessoa com DRC em hemodiálise.

Relativamente aos fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso evidenciam-se os relacionados com ambiente social e familiar, os relacionados com o doente, e os relacionados com a organização. Relativamente aos fatores relacionados com ambiente social e familiar foram identificados pelos participantes como essenciais na adesão do regime medicamentoso, nomeadamente o apoio e o envolvimento da família, que pode contribuir para o sucesso do regime de tratamento e consequente a toma correta dos medicamentos. No que diz respeito, aos fatores relacionados com o doente, os participantes consideram que a faixa etária, a escolaridade, a literacia, a consciencialização e a volição são relevantes no processo de adesão.

Um dos aspetos evidenciados nos fatores relacionados com a organização é o provável inadequado rácio de enfermeiros para desenvolver e implementar medidas de promoção da adesão ao regime medicamentoso. Alguns participantes referem que o rácio nas

unidades de diálise só permite realizar os procedimentos que se referem exclusivamente à técnica substitutiva da função renal, ou seja, à hemodiálise. A falta de programas de educação e a definição de papéis podem contribuir como fatores de não adesão ao regime medicamentoso pela pessoa com DRC em hemodiálise. A pouca clareza das funções dos diversos profissionais de saúde na unidade de diálise não permite sistematizar e individualizar as funções de cada profissional na promoção da adesão ao regime medicamentoso. De um modo geral, os participantes referem que as unidades de diálise não têm programas de educação ou de reconciliação medicamentosa, mas consideram que o enfermeiro podia ser mais proactivo no processo formativo da pessoa.

No que concerne, às estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso, os participantes dão importância ao ensino educacional e à dinâmica do tratamento. Os participantes referem que consideram estes aspetos importantes, mas que no seu contexto clínico não são desenvolvidos de forma sistematizada e organizada. Referem ainda que estas estratégias podem ser consideradas como oportunidades para as unidades de diálise. Programas educacionais devem ser desenvolvidos junto das pessoas com doenças crónicas de forma a envolvê-las no desenvolvimento dos seus autocuidados. As pessoas doentes precisam, de uma forma geral, de conselhos e informação, sempre suportada por acompanhamento personalizado, direcionada para diversos aspetos como por exemplo, os que se encontram relacionados com os estilos de vida e autogestão da doença.

No que diz respeito, à avaliação da eficácia da adesão ao regime medicamentoso, os enfermeiros nos seus contextos clínicos não a realizam. Por regra, não usam instrumentos para avaliação da eficácia das suas intervenções, utilizam apenas a avaliação subjetiva, que consiste no questionar a pessoa sobre a toma de medicação. Alguns participantes referiram que utilizam outras estratégias para avaliar a eficácia, nomeadamente, a consulta de sistemas informáticos para perceberem se está no momento da pessoa solicitar mais medicação.

Relativamente às barreiras na implementação de novas estratégias, os participantes consideram as barreiras associadas à organização e as barreiras pessoais. As barreiras organizacionais estão associadas aos recursos económico-financeiros, aos recursos humanos, às barreiras físicas e estruturais, e aos conflitos interpessoais. Os recursos económico-financeiros, bem como, os recursos humanos são considerados uma grande preocupação pelos participantes, em virtude de não haver investimento no capital humano, o que implica a dificuldade ou mesmo a não implementação de atividades promotoras de adesão ao regime medicamentoso. A estrutura física da unidade de diálise pode ser um constrangimento ao desenvolvimento de atividades que possam ajudar a pessoa na sua adesão, nomeadamente a inexistência de gabinetes/salas para realizar a reconciliação medicamentosa. No que diz respeito, às barreiras pessoais, nomeadamente as associadas ao doente, podem ter um impacto negativo no processo de adesão ao regime medicamentoso pela pessoa com DRC em hemodiálise.

Tendo em consideração os resultados que emergiram do percurso de investigação realizado, considera-se pertinente deixar algumas sugestões:

- Desenvolver nas unidades de diálise uma consulta de enfermagem dirigida à pessoa para promoção da adesão ao regime medicamentoso;
- Promover programas educacionais que visem capacitar a pessoa com DRC em hemodiálise para a adesão ao regime medicamentoso;
- Fomentar reuniões interdisciplinares, utilizando estudos de caso, para analisar, debater e refletir a situação clínica da pessoa no âmbito do regime terapêutico, nomeadamente o regime medicamentoso;
- Desenvolver instrumentos que possibilitem avaliar a perceção do enfermeiro sobre adesão ao regime medicamentoso da pessoa com DRC em hemodiálise;
- Desenvolver programas que permitam capacitar a equipa de enfermagem para a avaliação e intervenção no processo do regime medicamentoso.

Considera-se, que futuras investigações devem centrar-se no desenvolvimento de instrumentos para a avaliar a perceção do enfermeiro sobre adesão ao regime medicamentoso da pessoa com DRC em hemodiálise, assim como, em estudos que possam avaliar o impacto de programas educacionais na adesão ao regime medicamentoso por estas pessoas.

Naturalmente, durante a investigação foram sentidas algumas dificuldades, em virtude na in experiência no processo de investigação e, também, por não existir disponível na literatura bibliografia específica acerca da temática. Este estudo apresenta limitações, que são partilhadas seguidamente.

O facto, dos participantes das entrevistas terem a sua atividade laboral no distrito do Porto, pode ser considerado uma limitação, em virtude de poderem existir sistemas de organização diferentes das unidades de diálise, no que diz respeito ao regime medicamentoso da pessoa com DRC em hemodiálise. Por outro lado, o número limitado de participantes envolvidos não permite a generalização dos resultados.

Outra limitação, foi a situação de pandemia por COVID-19 implicar uma reorganização das unidades de diálise, com sobrecarga e desgaste da equipa de enfermagem, que dificultou e atrasou as entrevistas e, por conseguinte, todo o processo de transcrição e análise dos dados.

Considera-se que os objetivos delineados foram atingidos, podendo este documento ser entendido como o primeiro passo, para a clarificação e identificação da adesão ao regime medicamentoso das pessoas com DRC na perspetiva do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais*. Coimbra: Formasau
- Alikari, V., Tsironi, M., Matziou, V., Babatsikou, F., Psillakis, K., Fradelos, E. & Zyga, S. (2018). Adherence to Therapeutic Regimen in Adults Patients Undergoing Hemodialysis: The Role of Demographic and Clinical Characteristics. *International Archives of Nursing and Health Care*, 4 (3), 1-6 . doi.org/10.23937/2469-5823/1510096.
- Associação Nacional de Doentes de Diálise. (2020). Análise Global do tratamento substitutivo renal da doença renal crónica em Portugal. Recuperado de <https://www.anadial.pt/analise-global-do-tratamento-substitutivo-renal-da-doenca-renal-cronica-em-portugal/>
- Assembleia da República. (2020). Constituição da República Portuguesa. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Bardin, L. (2001). *A Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica, Porto.
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*. 18 (1), 46-51.
- Brown, M., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S. & Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351 (4), 387-99. doi: 10.1016/j.amjms.2016.01.010.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). How is CKD defined? Recuperado de <https://nccd.cdc.gov/CKD/help.aspx?section=F>
- Chan, Y.M., Zalilah, M.S. & Hii, S.Z. (2012) Determinants of compliance behaviours among patients undergoing haemodialysis in Malaysia. *PLoS One*, 7, e41362
- Chick, N. & Meleis, A.I. (1986) Transition: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.) *Nursing Research Methodology*. Boulder, CO: Aspen Publications.
- Chironda, G. & Bhengu, B. (2016). Contributing factors to non-adherence among Chronic Kidney Disease (CKD) patients: A systematic review of literature. *Medical & Clinical Reviews*, 2 (4:29), 1-9.

Clarke, A. L., Young, H. M., Hull, K. L., Hudson, N., Burton, J. O., & Smith, A. C. (2015). Motivations and barriers to exercise in chronic kidney disease: a qualitative study. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 30(11), 1885-1892. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv208>

Clementi, A., Coppolino, G., Provenzano, M., Granata, A., & Battaglia, G. (2020). The holistic vision of the patient with chronic kidney disease in an universalistic health care system. *Therapeutic apheresis and dialysis : official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy*, (2), doi:10.1111/1744-9987.13556.

Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crônica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.03.001>

Coimbra, J.A.H. & Cassiani, S.H.Bo. (2001). Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 56-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200008>

Dal'Bosco, E.B., Floriano, L.S.M., Skupien, S.V., Arcaro, G.M., Alessandra R. & Anselmo, A.C. . (2020). A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 2), e20200434. Epub July 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>

Davison, I. & Cooke, S. (2015) How nurses' attitudes and actions can influence shared care. *Journal of Renal Care*, 41, 96-103.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium*, (40), 201-219.

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 017/2011 de 280/09/2011 atualizada a 14/06/2012 - "Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5" Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012-jpg.aspx>

Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Estrella, M., Jaar, B., Cavanaugh, K., Chester, H., Perazella, M., Soman, S. & Choi, M. (2013). Perceptions and use of the national kidney foundation KDOQI guidelines: A survey of U.S. renal healthcare providers. *BMC Nephrology*, 14 (1:230), 1-9 Recuperado de <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-14-230>

Fortin, M. (2003). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidática.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidática.

Fung, E. & Tamura, M. K. (2016). Epidemiology and public health concerns of chronic kidney disease in older adults. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 23(1), 8-11.

Gerasimoula, K., Lefkothea, L., Maria, L., Victoria, A., Paraskevi, T. & Maria P. (2015). Quality of life in hemodialysis patients. *Mater Sociomed*, 27(5),305-9. doi: 10.5455/msm.2015.27.305-309.

Ghimire, S., Banks, C., José, M., Castelino, R. & Zaidi S. (2019). Medication adherence assessment practices in dialysis settings: A survey of renal nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 28 (3-4), 528-537. doi: 10.1111/jocn.14642. Epub 2018 Aug 28.

Ghimire, S., Castelino, R.L., Lioufas, N.M., Peterson, G.M. & Zaidi, S.T. (2015). Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: A systematic review. *PLoS One*, 10, e0144119.]

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.

Ghimire, S., Lee, K., José, M.D., Castelino, R.L. & Zaidi, S.T.R., (2019). Adherence assessment practices in haemodialysis settings: A qualitative exploration of nurses and pharmacists' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2197-2205. doi: 10.1111/jocn.14821. Epub 2019 Mar 12.

Giroto, E., Andrade, S.M., Cabrera, M.A.S. & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência e saúde coletiva*, 18(6), 1763-1772. ISSN 1413-8123.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2),105-112.

Guerra-Guerrerro V., Plazas Mdel. P., Cameron B.L., Salas A.V. & Gonzalez C.G. (2014). Understanding the life experience of people on hemodialysis: Adherence to treatment and quality of life. *Nephrology Nursing Journal*, 41(3), 289-97.

Haynes, R.B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(11): CD000011. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub3>

Henriques, M.A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada,

Universidade de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3801>

Hill, M.M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: ICN.

International Council of Nurses. (2016). *CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente em Portugal*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Javanbakhtian Ghahfarokhi, R. & Abbaszadeh, A. (2012). The relationship between quality of life and demographic variables in hemodialysis patients. *Pars Journal of Medical Sciences*, ;10(3), 1-7. doi: 10.29252/jmj.10.3.1

Jones, D.J.W., Harris, J.P., Butler, L.T. & Vaux, E.C. (2019). A potential barrier to adherence? Memory for future intentions is impaired in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 24(1), 114-120. doi: 10.1111/hdi.12789.

Levey, A.S. & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *Lancet*, 379, 165-180.

Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (2007). Adherence in patients on dialysis: Strategies for success. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 479-486.

Karam, S.N., Mohammad, A.B., Moutaz, W.S., Samah, W.A.L., Waleed, M.S. & Zyoud, S.H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: A cross - sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 18, 178.

Kenawy, A. S., Gheith, O., Al-Otaibi, T., Othman, N., Abo Atya, H., Al-Otaibi, M., & Nagy, M. S. (2019). Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait. *Patient preference and adherence*, 13, 1477-1486. <https://doi.org/10.2147/PPA.S209212>

Kripalani, S., & Weiss, B.D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 888-890. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x>

Manley, H.J., Garvin, C.G., Drayer, D.K., Reid, G.M., Bender, W.L., Neufeld, T.K., ... Muther, R.S. (2004) Medication prescribing patterns in ambulatory haemodialysis patients: Comparisons of USRDS to a large not-for-profit dialysis provider. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - Europeam Renal Association*, 19, 1842-1848.

Martins, A.J.C., Martins J.P. & Santos, S.A.S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 9-16

Matos, M.S.A. (2012). O empowerment da pessoa e ou pessoa significativa como doença renal crónica em programa de diálise peritoneal na gestão do regime terapêutico. (Tese de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa) Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16036/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20de%20Marta%20Matos.pdf>

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins

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

Mhammedi, S.A., Hamdi, F., Benabdelhak, M., Bentata, Y. & Haddiya, I. (2019). Therapeutic compliance: another challenge for patients on chronic haemodialysis, *The Pan African American Journal*, 33, 28. doi: 10.11604/pamj.2019.33.28.9448. eCollection 2019.

Miller T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient education and counseling*, 99(7), 1079-1086. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>

Muellers, K.A., Chen. L., O'Connor, R., Wolf, M.S., Federman, A.D. & Wisnivesky, J.P. (2019). Health Literacy and Medication Adherence in COPD Patients: When Caregiver Presence Is Not Sufficient, *COPD*, 16 (5-6), 362-367. doi: 10.1080/15412555.2019.1665007.

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*, 2018, (4372716), 1-8. doi: 10.1155/2018/4372716.

National Kidney Foundation. (2002). *Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York. Recuperado de https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

National Kidney Foundation. (2020). *Kidney Disease: the basics*. New York. Recuperado de [https://www.kidney.org/news/newsroom/factsheets/KidneyDiseaseBasics#:~:text=It%20affects%20an%20estimated%2037,%25%20than%20men%20\(12%25\).](https://www.kidney.org/news/newsroom/factsheets/KidneyDiseaseBasics#:~:text=It%20affects%20an%20estimated%2037,%25%20than%20men%20(12%25).)

Neri, L., Martini, A., Andreucci, V.E., Gallieni, M., Rey, L.A., Brancaccio, D. & MigliorDialisi Study Group. (2011) Regimen complexity and prescription adherence in dialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 34, 71-76.

Nunes, S., Rego, G. & Nunes, R. (2015). The impact of economic recession on health-care and the contribution by nurses to promote individuals' dignity, *Nursing Inquiry*, 22 (4), 285 - 295

Nunes, S., Rego, G. & Nunes, R. (2016). The difficulties of Portuguese patients following acute myocardial infarction: predictors of readmissions and unchanged lifestyles', *Asian Nursing Research*, 10(2), 150 - 157.

O'Connor, S.M., Jardine, A.G. & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 191-200.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal e hemodiálise*. Lisboa. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

Ordem dos Médicos (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica*. Lisboa. Recuperado de http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf

Orem, D.E. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos en la Práctica*. Barcelona: Masson.

Orem, D.E. (1993). *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson-Salvat Enfermería: Barcelona.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*, 6ª. St. Louis: Mosby.

Organisation for Economic Co-operation e Development [OCDE]. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*, France. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/1cd17825-pt.pdf?expires=1603801836&id=id&accname=guest&checksum=E3EBE182901AF45B5B3D8FC C344BDBA5>

Parker, K., Bull-Engelstad, I., Aasebø, W., von der Lippe, N., Reier-Nilsen, M., Os, I. & Stavem, K. (2019). Medication regimen complexity and medication adherence in elderly patients with chronic kidney disease. *Hemodialysis International*, 23(3),333-342. doi: 10.1111/hdi.12739. Epub 2019 Feb 19. PMID: 30779285.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

Pivoto, F. (2008). *Proposta de processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo pós-operatória cardiológica* (Tese de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande). Recuperado de http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2009-08-12T153435Z-147/Publico/Flavia.pdf

Portugal. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Queirós, P. (2014) Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 3(23), 776-781

Radmore, N.M.T. & Hyrkäs. K. (2019). Teaching-learning partnership between nurses and long-term patients undergoing peritoneal dialysis: A qualitative study. *Journal of Renal Care*, 45 (3), 159-170. doi: 10.1111/jorc.12291. Epub 2019 Jul 11.

Rabelo, E.R., Mantovani, V.M., Aliti, G.B., & Domingues, F.B. (2011). Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a brazilian sample of heart failure patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 277-284. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200008>

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):e95599. doi: 10.5812/msnj.95599.

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Nefrologia. (2017). *Nefrologia*, Lisboa. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>

Roseleur, J., Harvey, G., Stocks, N. & Karnon, J. (2019). Behavioral Economic Insights to Improve Medication Adherence in Adults with Chronic Conditions: A Scoping Review. *Patient*. 12 (6), 571-592.. doi: 10.1007/s40271-019-00377-8.

Schumacher, K., Jones, P.S. & Meleis, A.I. (1999). *Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice*. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds), *Life Transitions in Older adult- Issues for Nurses and Other Health Professionals*. Iowa : Springer Publishers.

Seidl, E.M.F. & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>

Silva, I.M.B.P. (2011). A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar. (Tese de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo). Recuperado de <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoe enfermeirasnocontextohospitalar.pdf>

Tahery, N., Kamangar, S., Cheraghian, B., Mousavi, Z.O. & Solaimanzadeh M. (2013) Life quality of hemodialysis patients. *Knowledge Health*, 8(3),119-24.

Takaki, J. & Yano, E. (2006). Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 32(1), 5-11. doi: 10.3200/BMED.32.1.5-11.

Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Sasaki T, ... Kuboki, T. (2003). Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and phosphorus levels and interdialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6),525-9

Tavares, N.U.L., Bertoldi, A.D., Thumé, E., Facchini, L.A., França, G.V.A. & Mengue, S.S. (2013). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1092-1101. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>

Umeukeje, E. M., Mixon, A. S., & Cavanaugh, K. L. (2018). Phosphate-control adherence in hemodialysis patients: current perspectives. *Patient preference and adherence*, (12), 1175-1191. <https://doi.org/10.2147/PPA.S145648>

Vanholder, R., Davenport, A., Hannedouche, T., Kooman, J., Kribben, A., Lameire, N.,... & Dialysis Advisory Group of American Society of Nephrology (2012). Reimbursement of dialysis: a comparison of seven countries. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 23(8), 1291-1298. <https://doi.org/10.1681/ASN.2011111094>

Williams, A.F., Manias, E. & Walker, R. (2008). Adherence to multiple, prescribed medications in diabetic kidney disease: A qualitative study of consumers' and health professionals' perspectives. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (12), 1742-56. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.07.002. Epub 2008 Aug 13.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long - term therapies: Evidence for action*. Genebra. Recuperado de https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf?ua=1

Zhianfar, L., Nadrian, H., Asghari Jafarabadi, M., Espahbodi, F., & Shaghaghi, A. (2020). Effectiveness of a Multifaceted Educational Intervention to Enhance Therapeutic Regimen

Adherence and Quality of Life Amongst Iranian Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial (MEITRA Study). *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 361-372.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S247128>

ANEXOS

ANEXO I

Folha informativa e formulário de consentimento informado

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é Nelson Fernando Ferreira Pinto, sou mestrando do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Nesse âmbito, estou a realizar um estudo de investigação intitulado “Regime Medicamentoso na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise: contributo dos enfermeiros para a adesão”. O objetivo deste estudo é: avaliar o contributo dos enfermeiros sobre a adesão do regime medicamentoso, em pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise; identificar o contributo dos enfermeiros na adesão ao regime medicamentoso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise; descrever eventuais barreiras dos profissionais de saúde na avaliação da adesão ao regime medicamentoso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise; e identificar estratégias dos enfermeiros para a adesão ao regime medicamentoso das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

Neste sentido solicito a sua participação no estudo, agradecendo, desde já a sua colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Procedimentos: Este projeto visa projetar um conjunto de intervenções que permita a elaboração de um protocolo para melhorar a adesão ao regime medicamentoso. Como instrumento de colheita de dados será efetuada uma entrevista semi-estruturada, elaborada pelo autor, onde serão efetuadas questões relativas aos dados sócio - demográficos e à adesão ao regime medicamentoso. No que concerne à entrevista, a mesma, será efetuada com recurso a uma gravação áudio, sem exposição de dados que identifiquem o participante, e as mesmas serão destruídas após a transcrição. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará disponível para acesso de terceiros. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

Riscos: Não existem riscos ou incómodos associados à investigação.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de manifestar as estratégias e dificuldades sentidas na capacitação do regime medicamentoso à pessoa doente insuficiente renal crónico em programa regular de hemodiálise, ajudando a encontrar estratégias e protocolos de atuação para os enfermeiros, mais eficazes na adesão ao regime medicamentoso.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar pedimos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma a sua vontade.

Por outro lado, pode não aceitar ser entrevistado(a), recusar responder a qualquer questão ou parar a entrevista quando entender.

Confidencialidade: A garantia de confidencialidade será assegurada aos participantes pelo anonimato, através da ausência de colheita de dados que possam identificar o participante. Os dados da investigação serão usados de forma a que apenas o investigador tenha acesso.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação sobre o estudo, agora ou em qualquer altura, poderá contactar-me através do número de telemóvel: xxx xxx xxx.

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

Consentimento informado

Designação do estudo: Regime Medicamentoso na pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise: contributo dos enfermeiros para a adesão

Eu, abaixo-assinado:

Compreendi a explicação que me foi fornecida sobre os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo e a minha participação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias.

Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação, pelo que posso negar a responder às questões que me são feitas no estudo e será mantida a confidencialidade dos dados.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador, bem como autorizo a publicação dos resultados com garantia de confidencialidade.

Assinatura: _____ Data ____/____/2020

NOTA: Este documento será fornecido em duplicado ao participante.

ANEXO II

Modelo do instrumento de colheita de dados

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: <25 26-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ >65 ☐
3. Estado civil: Solteiro (a) ☐ Casado (a)/ União de facto ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐
4. Formação académica/ profissional
Licenciatura ou equivalente legal ☐ Especialidade ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐
5. Categoria profissional: Enfermeiro ☐ Enfermeiro especialista ☐
6. Tipo de vínculo institucional:
Contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) ☐
Contrato individual de trabalho: Tempo indeterminado ☐ Termo certo ☐ Termo incerto ☐
Outro ☐ Qual? _____
7. Situação profissional: Tempo integral ☐ Tempo parcial ☐ se parcial, n.º médio de horas por mês ☐
8. Tempo de serviço: _____ anos
9. Tempo de serviço em hemodiálise: _____ anos
10. Possui formação específica em hemodiálise? Sim ☐ Não ☐
Se sim, qual?

PARTE II

QUESTÕES

1. Na sua prática diária, descreva como efetua a abordagem à pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.
2. Tem conhecimento da medicação que os doentes tomam no domicílio?
3. Considera que na sua prática a abordagem à pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise lhe permite perceber se o doente adere ao regime medicamentoso? Como avalia, e que instrumentos / ferramentas utiliza?
4. Nos casos em que se apercebe que o doente não adere convenientemente ao regime medicamentoso, utiliza alguma abordagem ou estratégia específica? Qual?
5. Posteriormente como avalia a eficácia dessa estratégia? Realiza follow-up?
6. Existe evidência que as pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise apresentam uma baixa adesão ao regime medicamentoso, consegue identificar alguns fatores que possam contribuir para essa baixa adesão?
7. Como enfermeiro que proposta sugere para ultrapassar baixa adesão?
8. Considera benéfica a existência de uma consulta específica com um enfermeiro para trabalhar os problemas da adesão medicamentos destes doentes?
9. Que barreiras poderão existir na implementação dessa consulta?

ANEXO III
Matriz de Categorização das entrevistas

Matriz de Categorização das entrevistas

Domínio	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Avaliação da adesão	Conhecimento sobre a doença		E1 - “(...) se o doente é novo tentamos perceber um bocadinho do que o doente sabe acerca da doença, (...) temos um acolhimento ao doente relativamente a esses assuntos e (...) sistemas informáticos que nos ajudam (...)” E3 - “Num primeiro contacto quero perceber o que ele sabe acerca do tratamento que está a efetuar (...), se tem conhecimento sobre a doença (...) sobre os hábitos e alterações que tem de fazer por causa da sua doença (...)”. E4 - “Numa fase inicial tento perceber o que ele sabe (...) o tratamento em si (...)”. E3 - “A medicação é prescrita e os doentes não sabem para que é que ela serve e relação com a sua doença”.
	Sinais e sintomas		E1 - “Pergunto se passou bem (...) como passou a noite, como tem estado (...), (...) se há algum desconforto (...) antes de começar o tratamento”. E2 - “Questiono como ele passou em casa (...) primeiro do ponto de vista social e depois do ponto de vista de saúde (...)”. E3 - “Num doente habitual, normalmente pergunto como tem passado, (...) se houve alguma intercorrência de sintomas”. E4 - “(...) [pergunto sobre] sinais e sintomas como câibras e mau estar (...)”. E7 - “Se for um doente que já conheço tento saber como ele passou os dias (...) como se tem sentido (...) porque já sabe que pode ter algumas intercorrências depois da diálise”. E11 - “Faço sempre uma entrevista prévia sobre como o doente se sentiu (...) se tem alguma queixa especial (...) uma avaliação física dos sinais objetivos e subjetivos”. E8 - “Vemos o histórico do doente a nível do processo clínico, perguntamos como

			<i>decorreram as diálises anteriores (...) se traz um volume excessivo interdialítico (...)."</i> <i>E9 - "Se vir que o doente se vem a queixar que tem as pernas muito pesadas [alimentação] (...) acho que é potássio a mais (...)."</i>
	Estratégias de avaliação	Utilização de instrumentos de avaliação	<i>E1 - "Relativamente à gestão medicamentosa, especialmente quando eles estão hipertensos (...) se fizeram a medicação correta (...)."</i> <i>E2 - "Eventualmente depois de avaliar as tensões tento perceber e ver se existe alguma coisa fora do comum (...) se está a tomar a medicação (...)."</i> <i>E6 - "(...) pergunto se chegou mais hipotenso que o normal (...) já conheço os doentes e se há qualquer coisa fora do normal pergunto se tomou a medicação, a que horas tomou (...)."</i> <i>E9 - "Nós só damos a medicação (...) sou capaz de chamar a atenção do médico se as tensões andarem muito altas".</i> <i>E11 - "Pergunto se o doente referir alguma coisa [sobre a medicação] ou quando entregamos a medicação (...)."</i> <i>E11 - "Falamos da parte da medicação porque entregamos a medicação (...) para que é que serve, efeitos colaterais (...) procedimentos (...), não se avalia a adesão".</i>
		Outras estratégias	<i>E1 - "Se o doente é novo tentamos perceber um bocadinho do que o doente sabe (...) acerca dos medicamentos (...)."</i> <i>E2 - "Frequentemente consegue-se perceber que existem doentes que são não aderentes à medicação (...) dizem que se esquecem de tomar a medicação (...)."</i> <i>E3 - "[Quem prepara e entrega] é o enfermeiro (...) o chefe prepara e entrega e o enfermeiro vai fazendo a reposição consoante as necessidades do doente (...)."</i> <i>E7 - "na entrega da medicação, aproveitamos esse momento para conversar com o doente, sobre o seu regime".</i>

Domínio	Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
<i>Fatores que influenciam a adesão</i>	Relacionados com o ambiente social e familiar	Envolvimento da família	E1 - (...) isso não é fácil e a maioria das atividades não depende só deles (...) daí ter falado em envolver a família (...) E4 - (...) não têm um cuidador que possa vigiar a toma da medicação e podem-se esquecer (...) E5 - Os nossos doentes são mais velhos mas a idade não será um fator principal talvez com quem eles moram (...) o suporte familiar (...) E10 - Meio social em que eles vivem (...)
	Relacionados com o doente	Escolaridade e literacia	E2 - “(...) os doentes apresentam baixo índice de escolaridade (...)” E4 - “(...) o nível de literacia (...) é um fator de não adesão” E6 - “(...) falta de cognição (...) a falta de literacia (...) sobre os medicamentos” E7 - “O nível de iliteracia é muito grande (...) têm falta de conhecimento (...)” E8 - “(...) a falta de literacia (...) no seu regime medicamentoso” E9 - “(...) posso dizer que grande parte dos incumpridores têm baixos estudos (...)” E10 - “(...) a própria formação académica (...) influência a adesão” E11 - “Falta de literacia (...) é um problema nestes doentes” E12 - “Literacia (...) mais analfabetos (...) quando muda a caixa do laboratório de um medicamento já não sabem o que vão tomar (...)”
		Faixa etária	E1 - “A idade dos doentes (...)” E1 - “(...) [os mais novos] aderem mais ao regime medicamentoso porque são mais consciencializados do problema (...)”

			<i>E4 - “A faixa etária (...) as pessoas mais velhas (...)”</i> <i>E5 - “Os nossos doentes são mais velhos mas a idade não será um fator principal talvez com quem eles moram (...) o suporte familiar (...)”</i> <i>E11 - “(...) Faixa etária (...) pode ser um fator de não adesão aos medicamentos”</i> <i>E12 - “Muita medicação e como são de uma faixa etária mais elevada confundem-se todos (...)”</i>
		Consciencialização e volição	<i>E1 - “(...) por não aceitação da doença (...)”</i> <i>E2 - “Doentes crónicos (...) que fazem hemodiálise têm uma perceção errada (...) acham que dominam a eficácia da medicação e a própria doença (...)”</i> <i>E3 - “Não sei, mas o que parece é a cronicidade da doença [em relação à baixa adesão] (...) vai-se habituando com a doença e ter poucos conhecimentos faz com que coloque toda a solução do problema no tratamento dialítico em si e não na medicação (...) há pouca vontade do doente colaborar (...)”</i> <i>E4 - “(...) É como se desistissem (...)”</i> <i>E5 - “Não têm força, nem sabedoria, nem vontade por vezes para o fazerem (...) desistem (...) deprimem (...) não têm ajuda (...)”</i> <i>E6 - “Eles têm tudo dado [incluído no preço compreensivo] (...) pode não ser uma boa (...) se eles tivessem de desembolsar (...) se eles percebessem que se é tão caro é porque lhes faz bem (...) Não têm consciência dos benefícios (...)”</i> <i>E11 - “(...) Por uma questão de revolta (...)”</i> <i>E1 - “Os próprios doentes não querem tomar medicamentos porque dizem que são muitos (...) eles dizem que isto há-de melhorar (...)”</i> <i>E4 - “A doença, (...) o próprio tratamento (...) não aceitam (...) o cumprir a medicação (...) estou a tomar para quê? (...)”</i> <i>E7 - “(...) sentindo-se bem só com a hemodiálise deixam de aderir à medicação (...)”</i>

			E8 - “(...) os efeitos colaterais da medicação (...) “ E9 - “Há certos hipertensores que interferem com a atividade sexual (...) [os doentes] não tomavam (...)” E11 - “(...) Ser uma doença crónica polimedicamentada (...)” E12 - “A maioria são pelos efeitos secundários (...) a medicação tem efeitos gastrointestinais que não são propriamente agradáveis” E12 - “Muita medicação e como são de uma faixa etária mais elevada confundem-se todos (...)” E1 - “(...) não adaptam o estilo de vida (...) dieta (...) exercício (...)” E9 - “O doente é livre de não tomar, ninguém os pode obrigar (...)”
	Relacionados com a organização	Rácio de enfermeiros	E1 - “Nós temos um enfermeiro de referência por turno (...) e se inserirmos mais neste sentido poderíamos melhorar mais a adesão (...) Se o número de doentes fosse mais reduzido o enfermeiro poderia ter mais atenção às necessidades dos doentes (...)” E4 - “(...) o rácio pode influenciar mas não será o mais importante (...) o enfermeiro não quer entrar muito pela parte médica (...)” E5 - “Pode ser um dos fatores [rácio] (...)” E6 - “(...) o rácio tem tudo a ver, não temos tempo para ter a abordagem mais cuidada (...) o tempo é o essencial, se tivéssemos menos doentes as coisas conseguiam-se fazer melhor (...)” E7 - “O rácio (...) depende porque há turnos onde se consegue fazer acompanhamento (...) e outros é impossível (...) mas tem relação claro (...)” E10 - “Mais contacto com o doente e isso consegue-se obtendo menos doentes por enfermeiro (...) consegues estar mais de olho neles (...)” E12 - “O rácio tem vindo a aumentar e isso não favorece o tempo que nós temos para conhecer os doentes e acompanhá-los (...)”

		Programas educacionais	<i>E2 - “Os enfermeiros estão mais motivados para fazer outros ensinamentos sobre outras coisas [que não a medicação] (...) como a medicação é de difícil eficácia e percepção (...) os enfermeiros não são prescritores e por isso (...) poderão tentar perceber e ter algumas “boas” estratégias por terem maior proximidade ao doente em relação ao médico”</i> <i>E2 - “Dá-me a sensação que o doente poderá cumprir melhor alguma adesão se tal for explicado pelo médico porque é ele o prescritor”.</i> <i>E4 - “Controlar depende da forma como está organizado o serviço (...)”.</i> <i>E7 - “Faz parte das minhas competências estar preocupado com o estado de saúde do meu doente e fazer um acompanhamento do estado clínico do doente, apesar de ser o médico o prescritor sou eu que lido todos os dias com o doente”.</i> <i>E8 - “(...) falta de comunicação com o doente na introdução de um novo fármaco (...) o médico prescreve e o doente (...) fica chateado (...) não diz nada ao médico (...)”.</i>
		Definição de papéis	<i>E2 - “Os enfermeiros estão mais motivados para fazer outros ensinamentos sobre outras coisas [que não a medicação] (...)”.</i> <i>E2 - “os enfermeiros não são prescritores e por isso (...) poderão tentar perceber e ter algumas “boas” estratégias por terem maior proximidade ao doente em relação ao médico”.</i> <i>E2 - “Dá-me a sensação que o doente poderá cumprir melhor alguma adesão se tal for explicado pelo médico porque é ele o prescritor”.</i> <i>E4 - “Controlar depende da forma como está organizado o serviço (...)”.</i> <i>E7 - “Faz parte das minhas competências estar preocupado com o estado de saúde do meu doente e fazer um acompanhamento do estado clínico do doente, apesar de ser o médico o prescritor sou eu que lido todos os dias com o doente”.</i> <i>E8 - “(...) falta de comunicação com o doente na introdução de um novo fármaco (...) o médico prescreve</i>

			e o doente (...) fica chateado (...) não diz nada ao médico (...)."
--	--	--	---

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Estratégias para promover a adesão	Ensino Educacional	E1 - "Depende muito da própria pessoa (...) o que nós temos de incidir é consciencializar o doente (...) Por consulta de enfermagem ou por formação (...) pela equipa médica e a de enfermagem, porque (...) o médico prescreve e o enfermeiro também tem de estar envolvido neste processo (...)." E2 - "Da mesma forma que é feita uma maior consciencialização ao cuidador do doente em relação à alimentação e alguns cuidados pós diálise (...) esse cuidador podia ser envolvido no processo terapêutico (...)." E3 - "Pequenas sessões de informação (...) Uma consulta e até pequenas formações com grupos de doentes (...) doentes com determinados tipos de necessidades (...)." E1 - "Não diria durante o tratamento (...) porque está mais gente à volta (...) dispersa (...) diria mais numa consulta (...) individualmente (...)." E7 - "Tem de ser muito por motivação e explicação ao doente para fazer essa mesma medicação (...) o controlo nós temos efetivamente [sobre a toma] (...) ele pode continuar a dizer que toma e não toma, e continuar a pedir caixas, e há esse tipo de doente (...) se não explicarmos a importância e não motivarmos o doente não conseguimos nada (...) a maioria dos doentes são autónomos e sabem o que fazem (...)." E7 - "Nós temos cerca de 6 amputações por mês (...) de diabéticos, a nível nacional (...) e estas situações podiam ser minimizadas se houvesse consulta de enfermagem para avaliação (...) da medicação (...)." E8 - "Tem a ver com a comunicação quando se introduz um novo fármaco e explicar bem o que pode acontecer com os efeitos colaterais (...)." E3 - "Também acho importante haver um enfermeiro de referência (...) para criar uma ligação e um nível de ligação maior (...)." E3 - "O rácio é suficiente (...) poderá existir falta de motivação (...) pelos incentivos que a clínica oferece (...) a entidade empregadora envolve pouco o profissional (...) espera que vá lá faça o tratamento e venha embora (...)." E4 - "Participar mais (...) ter um enfermeiro específico (...) não é só gestão de stock, é preciso falar com o doente (...) Por

		<i>exemplo, o enfermeiro chefe (...) arranjamos uma alternativa em que preparamos uma caixa para tomar a medicação e os familiares asseguram-se que ele a toma (...)."</i> <i>E3 - "O enfermeiro de referência teria mais responsabilidades (...) teria de se pagar melhor consoante as funções que desempenha (...)."</i> <i>E6 - "Nós já temos [enfermeiro de referência] mas a realidade é que não há tempo para fazer essas coisas (...)."</i> <i>E10 - "Ter um enfermeiro de referência e a partir daí o tratamento começa a ser dirigido àquele doente (...)"</i> <i>E12 - "Uma redução de doentes por enfermeiro (...) haver um enfermeiro responsável para esse processo (...)."</i>
	Dinâmica de tratamento	<i>E6 - "Não temos qualquer tipo de plataforma (...) e seria benéfico para registar (...)."</i> <i>E9 - "Utilizar mais as associações que na diálise por norma não se utiliza porque são comprimidos mais caros, e eles querem passar os mais baratos (...) está no preço compreensivo (...) poem os doentes a tomar 10 comprimidos (...)."</i> <i>E12 - "Ser a clínica a preparar as caixinhas para o mês (...) porque assim já não confundiam a medicação (...)."</i> <i>E1 - "Exatamente (...) Cada doente pode ter uma necessidade diferente (...) "</i> <i>E2 - "Acho que sim (...) antes do doente iniciar o tratamento (...) ou antes da entrega da medicação (...) Uma consulta de enfermagem [em gabinete próprio] (...) uma vez detetada a falta de adesão ao regime terapêutico (...)."</i> <i>E5 - "Sim (...) Acho que na sala de diálise era melhor não (...) Provavelmente quando chega à clínica é melhor (...) quando acaba o doente quer ir embora (...) não está focado, atento e recetivo (...) para cumprir o que quer que seja (...)."</i> <i>E6 - "Claro (...) Enfermeiro de referência que fosse a casa (...) enfermeiro especialista (...) que controlasse a medicação (...)."</i> <i>E7 - "Considero benéfico, isso repercute-se em tudo o resto (...) Nos dias de diálise (...) antes do tratamento, num gabinete próprio (...) um de cada vez (...)."</i> <i>E8 - "Nas instalações da clínica, se a empresa achar necessário (...) a mim parece-me extremamente necessário (...) a periodicidade depende (...) pode precisar de maior acompanhamento (...) e outros mensalmente (...)."</i> <i>E8 - "Sim, não só na adesão medicamentosa, mas em tudo o resto (...) com critério (...)."</i>

		E9 - “Agora ver a terapêutica, ver os efeitos secundários, a toma (...) integrar numa consulta e enfermagem (...)”. E10 - “Acredito que sim [da importância de consulta] mas como não temos experiência disso”. E11 - “Uma vez por semana estar só com aqueles doentes (...) Era preciso um registo (...) a adesão à dieta, à medicação (...)”. E12 - “Sim (...) muitas vezes é por causa do tipo de doentes (...)”. E12 - “Foi uma das coisas que eu já propus na clínica, haver uma consulta mensal de enfermagem em que o doente seria consultado pelo enfermeiro e a seguir pelo médico, mas isso implicava que os doentes viessem um bocadinho mais cedo ou saíssem um bocadinho mais tarde e com os transportes é muito complicado (...) É uma mais valia (...)”.
--	--	--

Domínio	Categoria	Unidades de registo
Avaliação da eficácia	Instrumentos de avaliação	E1 - “Temos um sistema informático onde aparece a prescrição da terapêutica e conseguimos ter acesso aos medicamentos e à quantidade que eles têm em casa (...) verificamos se eles estão a fazer adequadamente (...)”. E1 - “Nós por norma entregamos mensalmente (...) mas quando eles nos pedem nós comparamos se eles realmente precisam (...) para ver se estão a fazer alguma coisa de errado (...)”. E2 - “Existe um controlo da medicação que é fornecida, um timing expetável que o doente peça a medicação (...)”. E3 - “Pelo facto de pedirem ou não medicação (...) há uma listagem onde se faz a contabilização e conseguimos perceber (...)”. E7 - “Temos um guia terapêutico e conseguimos ver toda a medicação que o doente faz (...) temos um programa que nos permite ver (...) quando o doente vai pedir a próxima medicação (...)”. E12 - “Temos um programa informático onde registamos a medicação que damos ao doente, quanto damos, o que damos, se o doente recusou (...)”.
	Outras estratégias	E1 - “Sim (...) primeiro através de conversa com o doente conseguimos perceber a veracidade do que eles nos possam estar a dizer (...), temos sinais [hipertensão] (...)”. E2 - “Eles pedem ao médico no início a necessidade da medicação (...) o enfermeiro que também está responsável também informa os médicos (...) o enfermeiro informa os médicos na altura em que o doente deve pedir [medicação] e não pediu (...) o médico ou o enfermeiro responsável de turno questiona o porquê de não se pedir essa medicação (...)”. E4 - “Nós conseguimos perceber (...) [conseguimos ver] os anti-hipertensores através da avaliação (...) conseguimos ver pelas análises clínicas (...)”. E6 - “Consigo perceber em termos analíticos, sim”. E7 - “Sim, temos vários doentes que dizem que tomam a medicação direitinha, (...) hipertensores (...) e continuam com hipertensão (...) vemos logo que não cumprem o regime terapêutico (...) ou pelo estado hemodinâmico do doente (...)”. E8 - “Sim, por parâmetros como sinais vitais (...) parâmetros analíticos (...) o doente não pede a medicação quanto teoricamente devia (...)”.

		E11 - “Quando andam hipervolémicos (...) hipertensos (...) maldispostos (...)”. E12 - “Sim, a maioria das pessoas conseguimos perceber (...) Vemos logo quando eles dizem que não precisam [de medicação] (...)”. E12 - “Temos um enfermeiro de referência”. Não avaliação: E3 - “Não avaliamos (...) o que fazemos é através da intenção de perceber (...) se estão a pedir medicação coincidente com a prescrição (...) se não há tanta variação (...)”. E8 - “Questionamos, nada formal, enquanto o doente faz o tratamento (...)”. E8 - “Nós não temos os monitores ligados à rede e quando passamos pelos postos para registar aproveitamos e falamos com o doente e abordamos essa situação (...) os efeitos secundários que podem ser o motivo por não estarem a aderir (...)”. E9 - “Não avalio (...) eu posso perguntar, mas nunca vou ter a certeza, não consigo avaliar (...)”. E10 - “Se for o [doente] rebelde, chamas a atenção e ele até leva a mal (...) não quer ouvir sermões de ninguém (...)”. E11 - “(...) não temos instrumento de avaliação (...) mas na próxima diálise tenta-se sempre perceber se eles tomam ou não (...) de maneira informal (...)”.
--	--	---

<i>Domínio</i>	<i>Categoria</i>	<i>Unidades de registo</i>	<i>Domínio</i>
<i>Barreiras na implementação de novas estratégias</i>	Organizacionais	Recursos económico-financeiras	<i>E3 - “Há pouco envolvimento da entidade empregadora (...) a entidade é que devia criar e definir estas consultas (...) Devia haver mais incentivos (...) Deveria haver consultas fora do tratamento dialítico (...) uma consulta com todos os passos (...)”.</i> <i>E5 - “Custa dinheiro (...)”.</i> <i>E8 - “Podia envolver custos (...)”.</i> <i>E9 - “Não interessa muito à entidade patronal (...) os gastos a curto prazo (...) o fator monetário ia ser fundamental (...)”.</i> <i>E11 - “Barreiras económicas”.</i> <i>E12 - “Económicas, é preciso pagar ao enfermeiro para estar só a fazer consultas (...)”.</i>
		Recursos humanos	<i>E4 - “Em termos de recursos humanos é importante garantir que os tem [clínica] (...)”.</i> <i>E6 - “Acho que [o chefe] iria aderir desde que houvesse pessoal para isso (...)”.</i> <i>E10 - “Se não houver pessoal suficiente (...) toda a gente trabalhar em regime de acumulação e a disponibilidade é limitada (...) Teria um feedback positivo (...)”.</i> <i>E1 - “A disponibilidade quer do doente quer dos profissionais (...) Por exemplo dentro das 40 h semanais (...) as consultas deveriam estar aí [integradas] (...)”.</i> <i>E2 - “A clínica teria de ter um enfermeiro dedicado a isto (...) o enfermeiro teria de estar vocacionado para isto (...)”.</i> <i>E8 - “(...) A vontade dos enfermeiros em querer fazer isso (...)”.</i> <i>E9 - “Na medida em que a longo prazo faria algum sentido mas que a curto prazo ter um enfermeiro só destacado para fazer essa consulta (...) se calhar não estariam interessados nisso (...)”.</i>

		Barreiras físicas e estruturais	E3 - “(...) definida com um tempo e local próprio e marcação (...)”. E8 - “Dinâmica de funcionamento da clínica”. E11 - “(...) de espaço e privacidade”. E12 - “(...) privacidade porque o doente pode não querer contar o porquê de não fazer a medicação por vergonha (...)”. E12 - “(...) Rotina da clínica não é muito fácil subir para as consultas (...)”. E12 - “(...) privacidade porque o doente pode não querer contar o porquê de não fazer a medicação por vergonha (...)”.
		Conflitos interprofissionais	E7 - “Sobreposição de áreas que não são especificamente as nossas (...) depende do contacto, por exemplo as farmacêuticas (...) podia ser uma consulta com a colaboração, claro (...)”. E9 - “Claro (...) alguns, não todos, da classe médica não iriam gostar (...) Na realidade trata-se de um tema muito deles (...) notam nisso um obstáculo (...)”.
	Pessoais	Doente	E2 - “Os doentes querem entrar rapidamente e sair rapidamente (...) haveria gente que iria à primeira consulta e depois abandonava (...)”. E3 - “(...) que o doente percebesse que é uma mais valia (...)”. E4 - “Seria fácil de implementar (...) Haveria resistência por parte dos doentes numa fase inicial, (...) mas depois acabariam por perceber que é uma coisa benéfica (...)”. E9 - “Semanalmente e partir do momento em que a gente notasse que o doente está a comportar-se corretamente (...) se calhar de 3 em 3 meses (...)”. E11 - “(...) de oportunidade para o doente se deslocar à clínica por isso ... (...)”.