Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Cláudia Cristina Moreira da Silva

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NO DOENTE CRÓNICO EM AMBULATÓRIO

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

Cláudia Cristina Moreira da Silva
O papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório
2024

Norte

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NO DOENTE CRÓNICO EM AMBULATÓRIO

Relatório Final de Estágio

Cláudia Cristina Moreira da Silva

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sob orientação da Professora Especialista Soraia Pereira

Oliveira de Azeméis| 2024

"A enfermagem poderá mudar o mundo se se souber ver as necessidades do paciente, das famílias e da sociedade e se, com competência profissional, as mudanças pertinentes forem realizadas no momento certo."

Afaf Meleis

AGRADECIMENTOS

À Professora Especialista Soraia Pereira, pelas aprendizagens e reflexões proporcionadas e por toda a paciência e disponibilidade demonstradas no acompanhamento deste trabalho.

À Enfermeira tutora do meu estágio e restantes elementos da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo, que me receberam e estiveram sempre disponíveis em qualquer situação.

À Enfermeira Maria dos Anjos por todo o apoio e por nunca dizer não.

Às minhas filhas, pela compreensão e paciência que sempre demonstraram.

Ao meu marido pela amizade, carinho, apoio e incentivo nos momentos de desânimo.

Aos meus pais por todo o suporte que sempre me deram.

A todos que de alguma forma me ajudaram neste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CMSA - *Case Management Society of America*

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECDCC - Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico−Cirúrgica

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GDS - *Geriatric Depression Scale*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

MHMP - Melhor História de Medicação Possível

NT-proBNP – N-terminal pró-peptídeo natriurético tipo-B

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCC – População, Conceito e Contexto

PIC - Plano Individual de Cuidados

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses for Scoping Reviews*

RAM – Reações adversas a medicamentos

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RGPD -Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RM - Reconciliação da Medicação

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

SARS-COV-2 - *Severe acute respiratory syndrome coronavirus* 2

UE – União Europeia

VAC-PACT – *Vaccination confidence – patients' and professionals' awareness, communications & trust*

VHL - *Virtual Health Library*

WHOQOL - Bref – *World Health Organization Quality of Life Instruments – bref*

RESUMO

Enquadramento: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, integrado numa equipa multidisciplinar como a Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo, é um elemento fundamental para, no domínio da sua competência desenvolver estratégias para implementar, de forma sistematizada, a reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório.

Objetivos: Este relatório tem como objetivo descrever e analisar as atividades realizadas durante o estágio na Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo, e que foram essenciais para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O principal enfoque do relatório é a reconciliação da medicação no doente crónico em contexto de ambulatório.

Metodologia: Durante o estágio foram desenvolvidas atividades no âmbito da capacitação do cliente/família, da gestão de risco, e da segurança do cliente. Desenvolveu-se, paralelamente, um trabalho de investigação denominado: "O papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório: *Scoping Review*". Esta revisão regeu-se pelos princípios estabelecidos pelo *Joanna Briggs Institute* para a realização de *scoping reviews*.

Resultados: Em consonância com a Organização Mundial da Saúde e a Direção Geral da Saúde, que privilegiam a segurança do cliente na prestação de cuidados, demonstrou-se ser necessário desenhar procedimentos claros e definir papéis para cada grupo profissional dentro de um processo padronizado de reconciliação da medicação.

Conclusão: Com esta revisão concluiu-se que o desenvolvimento de uma relação enfermeiro-cliente em contexto de ambulatório contribui para a eliminação das discrepâncias na medicação, com consequente impacto na segurança do cliente e na qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Reconciliação de medicamentos; Enfermeiros Especialistas; Doença crónica; Assistência Ambulatorial

ABSTRACT

Background: The Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the field of Nursing for People with Chronic Diseases, integrated into a multidisciplinary team such as the Complex Chronic Patient Care Team, within the field of their skills, is a fundamental element in developing strategies to systematically implement medication reconciliation in chronic patients in ambulatory care.

Objectives: This report aims to describe and analyse the activities carried out during the internship with the Complex Chronic Patient Care Team, which were essential for the development of the specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the field of Nursing for People with Chronic Diseases. The focus of the report is medication reconciliation in chronic patients in ambulatory care.

Methodology: During the internship, activities were developed in the areas of the client/family empowerment, risk management, and client safety. Concurrently, a research project entitled "The Role of the Nurse in Medication Reconciliation in Chronic Outpatients: A Scoping Review" was conducted. This scoping review was guided by the principles established by the Joanna Briggs Institute for conducting scoping reviews.

Results: In line with the World Health Organization and the Directorate-General for Health, which prioritize client's safety in care delivery, it was shown to be necessary to design clear procedures and to define roles for each professional group within a standardized medication reconciliation process.

Conclusion: This review concluded that the development of a nurse-client relationship in ambulatory care contributes to the elimination of medication discrepancies, with the subsequent impact in the client's safety and in the quality of care.

Keywords: Medication reconciliation; Nurse Specialists; Chronic Disease; Ambulatory Care.

RESUMEN

Fundamento: El Enfermero Especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica en el Área de Enfermería de Personas en Situaciones Crónicas, integrado en un equipo multidisciplinario como lo es el Equipo de Atención al Paciente Crónico Complejo, es un elemento fundamental para en el ámbito de su competencia, desarrollar estrategias para implementar, de manera sistemática, la conciliación de medicamentos en pacientes crónicos en atención ambulatoria.

Objetivos: Este informe tiene como objetivo describir y analizar las actividades realizadas durante la pasantía en el Equipo de Atención al Paciente Crónico Complejo, las cuales fueron fundamentales para el desarrollo de las competencias específicas del Enfermero Especialista en Enfermería Médico-Quirúrgica en el Área de Enfermería de Personas en Situaciones Crónicas. El objetivo principal del informe es la conciliación de la medicación en el paciente crónico en un entorno ambulatorio.

Metodología: Durante la pasantía se desarrollaron actividades en el ámbito de capacitación cliente/familia, gestión de riesgos y seguridad del cliente. Paralelamente se desarrolló un trabajo de investigación denominado: "El papel del enfermero en la conciliación de medicamentos en pacientes crónicos en un entorno ambulatorio: *Scoping Review*". Esta revisión se rige por los principios establecidos por el Instituto Joanna Briggs para realizar revisiones de alcance.

Resultados: En línea con la Organización Mundial de la Salud y la Dirección General de Salud, que priorizan la seguridad del cliente en la prestación de la atención, se demostró que era necesario diseñar procedimientos claros y definir roles para cada grupo profesional dentro de un proceso estandarizado de conciliación de la medicacion.

Conclusión: Esta revisión concluyó que el desarrollo de la relación enfermera-cliente en un entorno ambulatorio contribuye a la eliminación de discrepancias en la medicación, con el consiguiente impacto en la seguridad del cliente y la calidad de la atención.

Palabras clave: Conciliación de medicamentos; Enfermeras Especialistas; Enfermedad crónica; Atención ambulatória.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de referenciação, exclusão e alta da ECDCC. 28
Tabela 2: Estratégia de pesquisa utilizada na Medline (via PubMed) 76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide de Kaiser Permanente 29
Figura 2: Fluxograma PRISMA.. 79

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 21

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 25

1. Enquadramento do contexto de estágio 27

1.1. Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo 27

2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista 31

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 31

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade 33

2.3. Domínio da gestão dos cuidados 36

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 38

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica 41

3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica 42

3.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica 51

4. Considerações finais 59

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 61

1. Resumo 63

2. Abstract 65

3. Enquadramento teórico 67

3.1. A Reconciliação da Medicação 67

3.2. O doente crónico em contexto de ambulatório 68

3.3. O papel do enfermeiro na RM 69

3.4. A Teoria das Transições 70

4. Finalidade e objetivos 73

5. Metodologia 75

5.1. Desenho do estudo 75

5.2. Considerações éticas 77

6. Resultados 79

7. Discussão 85

8. Conclusão 89

CONSIDERAÇÕES FINAIS 91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 93

APÊNDICES 105

APÊNDICE I: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 107

APÊNDICE II: PANFLETO "INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - INFORMAÇÃO PARA O UTENTE E CUIDADOR" 117

APÊNDICE III: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER "IMPACTO DA RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: UMA REVISÃO SCOPING" 121

ANEXOS 123

ANEXO I: ESCALA MAT 125

ANEXO II: FORMULÁRIO DE RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO 129

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). Tem como objetivo apresentar a apreciação pessoal e reflexiva das experiências e competências adquiridas no decurso do estágio numa Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC) de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal.

O estágio realizou-se entre 20 de setembro de 2023 e 16 de abril de 2024, num total de 810 horas, das quais 428 horas corresponderam a horas de contacto em contexto clínico, sob tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico−Cirúrgica (EEEMC) e sob orientação da Professora Especialista Soraia Pereira.

O contexto da ECDCC foi escolhido por se considerar tratar-se de um local de excelência no que se refere à prestação de cuidados de enfermagem especializados e no qual se poderia demonstrar o papel diferenciador do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O objetivo da ECDCC é prestar cuidados aos clientes definidos como doentes crónicos complexos, de acordo com critérios de referenciação previamente estabelecidos, baseando-se no modelo de gestão de doença crónica da Kaiser permanente. Em concordância com este modelo, os doentes crónicos complexos necessitam de cuidados desproporcionalmente mais complexos e difíceis para os próprios e também para a gestão pelos sistemas de saúde. Assim, preconiza-se para estes clientes um modelo de atenção integrada, consignando para tal um cuidado de enfermagem diferenciado, através da atribuição de um gestor de caso.

A ECDCC pretende, após a avaliação inicial dos clientes, estabelecer um plano terapêutico individualizado, onde são definidos diferentes níveis de atenção e cuidados, tendo em conta os objetivos alcançados e a adesão aos cuidados. Inicialmente, o objetivo é ter um seguimento regular por uma equipa exclusivamente hospitalar. No decorrer do seguimento do cliente na ECDCC, quando este se encontra mais estabilizado e apto a gerir a sua doença crónica, os cuidados são progressivamente transferidos para os cuidados de saúde primários. Assim, os cuidados prestados na ECDCC enquadram-se no âmbito de competências do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que devem nortear o seu exercício profissional assumindo cuidados contínuos que podem ser

proporcionados em contexto hospitalar, domiciliar e comunitário. Esses cuidados visam prevenir doenças, promover hábitos saudáveis, auxiliar na adaptação e adesão a tratamentos, com o objetivo de capacitar a pessoa, família e cuidadores a lidar com a doença crónica e a redefinir um plano de saúde de acordo com as necessidades e qualidade de vida da pessoa (Diário da República, 2018).

Num estágio, a definição de objetivos reveste-se de grande importância na medida em que constitui um elemento essencial para o seu desenvolvimento. Os objetivos e as competências estão intimamente ligados, pois os objetivos são alcançados graças ao desenvolvimento e aplicação das competências necessárias.

Com base nas competências dos EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº429/2018, 2018) e também no regulamento de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento nº140/2019, 2019) estipuladas pela OE, foram definidos objetivos específicos adequados a este contexto clínico, em parceria com a tutora e com a orientadora. Estes objetivos foram definidos de modo que conduzissem a uma tomada de decisão, autónoma e criativa, assente numa reflexão crítica da prática, sempre baseada na melhor evidência científica disponível.

Assim, para este estágio considerou-se os seguintes objetivos específicos, de acordo com as competências específicas do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica:

- Compreender a perceção do doente crónico complexo sobre a sua doença, identificando possíveis obstáculos à aceitação e adesão ao regime terapêutico, com a intenção de promover intervenções eficazes para facilitar a transição saúde/doença e consequentemente promover mudanças no seu estilo de vida;
- Capacitar o cliente/família para prevenir e diminuir complicações/agudizações da sua doença crónica, priorizando sempre as suas necessidades de forma que seja o cliente o elo mais importante na tomada de decisão do seu processo terapêutico;
- Demonstrar a importância do enfermeiro especialista na reconciliação da medicação (RM) para uma boa gestão da doença crónica, recorrendo a evidência científica para identificar e avaliar eventuais lacunas/barreiras que possam interferir na sua execução e sucesso tendo sempre em conta a segurança do cliente em que está incluída a minimização de erros relacionados com a medicação e que podem comprometer todo o processo de gestão terapêutica.

Atendendo à relevância do tema da RM, decidiu-se realizar uma revisão cujo objetivo foi o de mapear a evidência científica existente sobre o papel do enfermeiro na RM no doente crónico em ambulatório, contribuindo desta forma para uma compreensão mais eficaz e

adequada desta temática, e deste modo melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros. A escolha deste tema relacionou-se também com a necessidade de clarificação de papéis dos vários membros da equipa multidisciplinar, designadamente do papel do enfermeiro (Al-Hashar et al., 2017).

Neste relatório definiu-se o uso do termo "cliente" como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, alinhado com a conotação que a Ordem dos Enfermeiros (OE) elege e pelo facto de este termo ter o sentido de participante ativo no quadro da relação de cuidados (OE, 2001). Na temática da "Reconciliação da Medicação", optou-se pela utilização desse termo em detrimento dos termos "Reconciliação Medicamentosa" ou "Reconciliação de Medicamentos", por ser a denominação que a Direção Geral da Saúde (DGS) usa para explanar o processo que "contribui para a garantia da segurança de gestão da medicação" (DGS, 2024, p.2).

Este relatório tem como objetivo descrever as experiências adquiridas na ECDCC e contextualizá-las à luz das competências do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica; discutir e refletir sobre os objetivos definidos e a sua execução; e ainda a validação de competências no âmbito da investigação, através da elaboração de uma *Scoping review*. Para tal, aplicou−se uma metodologia descritiva, baseada numa análise crítica e reflexiva das atividades realizadas e das experiências significativas vivenciadas durante o estágio, levando em consideração os objetivos de aprendizagem e competências a serem adquiridas.

O presente relatório encontra−se dividido em duas componentes: a componente I relacionada com o contexto de estágio, onde estão incluídos os objetivos traçados e a reflexão crítica das experiências relevantes para a aprendizagem, tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências especificas do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica; e a componente II, constituída por um trabalho de investigação onde foi realizada uma revisão *scoping* sobre o papel do enfermeiro na RM no doente crónico em ambulatório. Nesta segunda componente, abordou-se a finalidade e o objetivo da revisão bem como, os procedimentos metodológicos adotados, os resultados encontrados, a discussão dos resultados e ainda a conclusão da revisão, onde se apresentam as limitações e o contributo deste trabalho para a prática de enfermagem assim como para a investigação.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

O estágio é um ambiente de aprendizagem que oferece a oportunidade de vivenciar novas situações, promovendo reflexão e o desenvolvimento do espírito crítico em relação aos cuidados prestados. Ao ser combinado com a aplicação da evidência científica, o estágio possibilita o aprimoramento de competências de um Enfermeiro Especialista (OE, 2024). Neste capítulo, será apresentado o contexto do estágio, iniciando-se com uma breve descrição das atividades desenvolvidas durante o mesmo.

1.1. Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

A ECDCC onde decorreu o estágio é constituída por uma equipa de médicos e enfermeiros que oferecem cuidados de proximidade a clientes com várias doenças crónicas, em que o cliente e os seus cuidadores são o centro desses cuidados.

A equipa de enfermeiros, definidos nesta equipa como gestores de caso, são os elementos da equipa de maior proximidade/referência do cliente. Aos clientes acompanhados pela equipa, é disponibilizado um contato telefónico para que possam contatar o seu enfermeiro gestor de caso, na eventualidade de surgir algum agravamento ou se houver alguma questão. Estes enfermeiros constituem-se como os intermediários do cliente com a ECDCC.

As visitas domiciliárias, realizadas pelos enfermeiros, são agendadas de acordo com a fase de acompanhamento em que o cliente se encontra, e decorrem às segundas, quartas e sextas-feiras no período da manhã. Atendendo aos resultados muito positivos obtidos no projeto até ao momento, é intenção da ECDCC o alargamento do funcionamento da equipa a todos os dias úteis, e a inclusão de um maior número de clientes.

A ECDCC está integrada numa Unidade Local de Saúde, dispondo de uma viatura automóvel exclusiva para visitas domiciliárias. Para a realização de consultas de (re)avaliação com o médico e enfermeiro são disponibilizados gabinetes de consulta na zona da Consulta Externa.

A equipa de enfermagem conta com 3 enfermeiros: uma Enfermeira Responsável, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma Enfermeira de Cuidados Gerais.

Cabe ao gestor de caso a realização de visita domiciliária regular para vigilância clínica, gestão de regime terapêutico, avaliação de adesão ao plano individual de cuidados, e promover a literacia em saúde, além de apoio na gestão dos serviços de saúde. Trabalham em estreita

relação com a equipa médica e, sempre que necessário, com a equipa de serviço social e com a equipa dos serviços farmacêuticos para discussão dos casos e identificação das melhores estratégias para a reconciliação da medicação.

É objetivo da ECDCC estabelecer uma ponte entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, com criação de protocolos de referenciação e gestão conjunta destes clientes, de forma a permitir uma prestação de cuidados de forma organizada e harmoniosa, e com o propósito de diminuir a afluência aos serviços de urgência e aos internamentos hospitalares.

Na ECDCC os destinatários dos cuidados são clientes que se encontram em contexto domiciliário e que são referenciados após internamento hospitalar (convencional ou Unidade de Hospitalização Domiciliária); referenciados da Consulta Externa de Medicina Interna; ou referenciados após observação/episódio de Serviço de Urgência. Pretende-se numa fase seguinte a referenciação e criação de pontes com os Cuidados de Saúde Primários, para uma continuidade e integração dos cuidados.

Os critérios de referenciação para a ECDCC encontram-se explanados na Tabela 1, bem como, os critérios de exclusão e de alta.

Tabela 1: Critérios de referenciação, exclusão e alta da ECDCC.

CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO, EXCLUSÃO E ALTA EM ECDCC		
INCLUSÃO (3 ou mais)	**EXCLUSÃO**	**ABANDONO DO PROGRAMA/ALTA**
Idade igual ou superior a 65 anos de idade 5 ou mais recorrências ao serviço de urgência/ano 3 ou mais internamentos/ano 3 ou mais doenças crónicas da seguinte lista: Doença pulmonar obstrutiva crónica; Insuficiência Cardíaca Crónica; Doença Renal Crónica; Diabetes *mellitus*; Doença hepática crónica; Doença cerebrovascular crónica; Neoplasia Medicação crónica com 6 ou mais fármacos.	Pessoas em fim de vida, com necessidade de cuidados paliativos Pessoas com necessidade de cuidados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Recusa da pessoa/família.	Desejo manifesto de abandono do programa Não adesão ao Plano Individual de Cuidados Mudança de residência Institucionalização Situação social precária ou ausência de cuidador adequado (após avaliação por equipa de Serviço Social) Óbito.

Na ECDCC é aplicado um modelo de gestão de doença crónica baseado na Pirâmide de Kaiser Permanente (Figura 1), definido como um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para doentes crónicos complexos, de forma a transformar o tipo de cuidado agudo e reativo a proativo, planeado e baseado nas necessidades desta população (Escoval et al., 2009).

Figura 1: Pirâmide de Kaiser Permanente (Distribuição da população em níveis segundo o seu risco e correspondente necessidade de recursos de saúde).

(Fonte: Ordaz Jurado et al., 2021)

A operacionalização deste conceito, processa-se através da criação e implementação de uma equipa que privilegia a relação médico/enfermeiro-cliente em contexto de ambulatório, integra nos programas práticas clínicas baseadas na evidência, promove as competências de autogestão do cliente e executa uma análise sistemática de resultados clínicos, económicos e humanísticos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016).

De acordo com este modelo, é realizada uma prévia estratificação de risco dos clientes, com o objetivo de ajustar a intensidade e a especificidade das intervenções médicas (terapêuticas, procedimentos, monitorização de biomarcadores de controlo da doença) às suas necessidades, contribuindo assim, para uma prevenção efetiva das complicações (Ordaz Jurado et al., 2021).

2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estas:

> *são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria* (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4744).

O Enfermeiro Especialista é reconhecido por possuir competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas suas diversas áreas de especialização. Neste contexto, o enfoque e a reflexão sobre os quatro domínios do Enfermeiro Especialista torna-se relevante: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio e de acordo com o Regulamento nº140/2019, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver uma prática de acordo com os padrões éticos e legais da profissão, respeitando a confidencialidade e a autonomia do cliente. De igual forma deve atuar como um defensor dos direitos e necessidades do cliente, garantindo que as suas vozes sejam ouvidas e respeitadas no processo de cuidado.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio na ECDCC, regeu-se pelo exercício da prática de enfermagem com responsabilidade profissional, procurando manter sempre disponibilidade para a aprendizagem e preocupação constante pelo respeito da autonomia e liberdade do cliente. Desta forma, na tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas, estiveram sempre presentes o respeito pela autonomia dos clientes e o estabelecimento dos cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo também em consideração as crenças e valores de cada pessoa.

No estágio foi aperfeiçoada uma comunicação e transmissão de informação ao cliente/família que fosse eficaz. Esta transmissão de informação foi realizada de forma clara e precisa, com adequação da linguagem a cada cliente em concreto, de forma que este a

pudesse compreender. Depois, era questionado e confirmado se o cliente tinha entendido verdadeiramente todos os aspetos importantes. A relação terapêutica estabelecida foi sempre fundada na confiança, no conhecimento das expectativas e necessidades dos clientes, e na informação necessária e adequada.

A decisão partilhada assumiu, assim, particular importância, pois permitiu respeitar os valores e objetivos do cliente e direcionar os cuidados para as suas necessidades e experiência de doença. Abordando quais os desejos e preferências para o futuro do cliente, foi possível o estabelecimento de planos e estratégias de atuação numa fase precoce.

Foi desenvolvida uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos e promovida a autonomia e o envolvimento do cliente/família sempre que possível. A família desempenha um papel importante na saúde e na doença de uma pessoa, sendo que cada família apresenta a sua própria forma de comunicação, as suas regras, as suas crenças, assim como o modo de manter a sua estabilidade (Rodrigues, 2013). A inclusão da família no plano de cuidados tem sido incentivada no cuidado a pessoas com doenças crónicas no sentido de possibilitar a assistência em ambulatório e de incluir uma rede de suporte ampla e flexível (Martins et al., 2010).

Sendo o consentimento uma permissão, uma autorização do cliente/família dada aos profissionais de saúde que pretendem atuar sobre si (António, 2022), em conjunto com a ECDCC, foi sempre realizada a explicação do funcionamento da ECDCC e posterior preenchimento de um consentimento informado, livre e esclarecido na admissão na ECDCC; de uma declaração de compromisso do cliente/família; assim como de um consentimento para o tratamento dos dados pessoais pela ECDCC, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais (RGPD).

Neste domínio considera-se como diferenciador na intervenção como estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica o facto de se ter conseguido desenvolver uma abordagem individualizada e diferenciada que só foi possível após observação atenta da atuação da tutora do estágio assim como de outros especialistas. Considerando que os clientes com doenças crónicas complexas são, habitualmente, vulneráveis e que tendem a agravar o seu estado de saúde ao longo do tempo, procurou-se sempre a prestação de cuidados individualizados e humanizados, tendo em conta a progressão da doença, as transições e preferências dos clientes.

Ainda que num estadio inicial fosse difícil a gestão da vulnerabilidade do cliente/família, com a orientação e integração da equipa multidisciplinar considera-se que foi conseguido o

desenvolvimento das competências neste domínio. Desta forma, tornou-se necessário a pesquisa de literatura no que diz respeito ao aperfeiçoamento de competências de comunicação nomeadamente competências de mediação e de negociação, assim como competências relacionais, que ainda que previamente presentes, tiveram de ser desenvolvidas para alcançar o domínio próprio de um EEEMC.

A consciencialização do paradigma de cuidados baseado na autodeterminação do cliente/ família possibilitou enquadrar intervenções que permitiram avançar em direção à atenção transversal às pessoas com doenças crónicas complexas. Além dos cuidados prestados sempre baseados no respeito, igualdade e equidade, assim como na dignidade, privacidade e intimidade do cliente, manteve-se também o sentido de responsabilidade justificando sempre as ações e os juízos profissionais formulados, de acordo com a evidência científica.

Considera-se ainda o reconhecimento do papel de estudante, tomando consciência das dificuldades e potencialidades que foram surgindo e compreendendo as orientações que foram dadas para uma melhor atuação.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade refere-se à valorização das atividades que visam a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como a identificação de oportunidades de melhoria e apresentação de estratégias de resolução, no que se refere aos registos dos cuidados, metodologia de trabalho e formação em serviço.

Neste estágio, baseado em princípios de qualidade dos cuidados, foi objetivada uma prestação de cuidados equitativa e que esses mesmos cuidados correspondessem às necessidades e expectativas do cliente/família.

A competência do Enfermeiro Especialista "assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente" (Diário da República, 2019, p.4746). Para a obtenção dos dados subjetivos e objetivos das pessoas de quem cuida, o enfermeiro utiliza a recolha de dados, de forma deliberada e sistemática (Alfaro-Lefevre, 2000). Com esta avaliação, é possível “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (…) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2001, p.15).

Sendo a ECDCC um projeto recente, possui protocolos e normas ainda em desenvolvimento. Entendeu-se que, para ir ao encontro da política de qualidade da Unidade Local de Saúde em que está integrada, será premente o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, tal como preconizado pela OE (2001). Para tal, e identificando esta necessidade, procedeu-se à contextualização da realidade presente através do uso de instrumentos de recolha de dados dos clientes para a documentação dos cuidados prestados pelo EEEMC, focalizados por áreas da atenção da prática de enfermagem, a identificação das principais necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes assim como a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem da ECDCC. Este reconhecimento é o primeiro passo para o diagnóstico de situação da equipa e permitirá a identificação dos protocolos e normas necessários desenvolver.

Como oportunidade de melhoria, identifica-se a possibilidade de melhorar a articulação da ECDCC com os cuidados de saúde primários, considerando-se que o EEEMC poderá ser um elemento crucial ao atuar como elo de ligação com outros níveis de cuidados – como os cuidados de saúde primários ou outros -, permitindo ainda o trabalho colaborativo e promovendo cuidados de proximidade.

Na avaliação inicial dos clientes, conjuntamente com a ECDCC, e enfatizando sempre a prestação de cuidados de qualidade, foram aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados:

a) Auto perceção sobre a saúde (Mattos et al., 2021);

b) Escala de Depressão Geriátrica [GDS-15] (Almeida & Almeida, 1999);

c) Índice de Barthel (Araújo et al., 2007);

d) Atividades Instrumentais de Vida Diária [escala de Lawton-Brody] (Araújo et al., 2007);

e) Escala Medida de Adesão aos Tratamentos [MAT] (Delgado & Lima, 2001);

f) Inventário da capacidade funcional face ao regime medicamentoso (Pereira, 2020);

g) Inventário de razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito (Pereira, 2020);

h) Escala da qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life Instruments - Bref* [WHOQOL- BREF] (OMS, 2012);

i) Escala nutricional (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, n.d.).

A reavaliação destas escalas é realizada a cada 3, 6, e 9 meses; e anualmente de forma a identificar práticas de qualidade bem como barreiras que possam fazer equacionar a segurança do cliente e a continuidade dos cuidados.

Considerando a não adesão aos tratamentos provavelmente a principal causa de insucesso das terapêuticas (Delgado & Lima, 2001), durante o estágio, foi proposta a realização de um trabalho de investigação relacionado com a avaliação da adesão ao tratamento dos clientes da ECDCC, através da aplicação da Escala MAT de Delgado e Lima (2001). Aguarda-se autorização dos autores para utilização da escala e posterior tratamento dos dados (Anexo I).

A escala MAT (Anexo I) tem como objetivo a deteção do nível de adesão aos tratamentos. Foi desenvolvida por Morisky, Green e Levine em 1986, tendo sido validada e adaptada culturalmente para o nosso país por Delgado e Lima, em 2001 (Delgado & Lima, 2001). Este instrumento avalia 7 itens: 1) Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?; 2) Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?; 3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?; 4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?; 5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?; 6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?; 7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?. Os itens são avaliados através de uma escala de Likert de 6 pontos, em que 1 corresponde a "sempre" e 6 a "nunca" (Delgado & Lima, 2001).

Ainda que a aplicação de escalas seja uma intervenção comum do enfermeiro de cuidados gerais, considera-se importante salientar que neste estágio foi possível assimilar que o Enfermeiro Especialista apresenta competências específicas que o dotam de conhecimentos que permitem interpretar de forma diferenciada os resultados, nomeadamente na identificação de prioridades nos cuidados para uma tomada de decisão autónoma.

No que diz respeito à segurança do cliente foi possível percecionar que o Enfermeiro Especialista que presta cuidados de proximidade ao cliente com doença crónica complexa pode fazer a diferença no que se refere à diminuição das idas ao serviço de urgência destes clientes assim como de reinternamentos pelo facto de antecipar complicações ou quando estas surgem, de minimizar os seus efeitos.

Durante o estágio, foram várias as situações em que a segurança do cliente relacionada com a utilização segura de medicamentos esteve comprometida, devido à baixa literacia em saúde dos clientes, fraca retaguarda familiar, polifarmácia, lacunas na transição de cuidados, entre outros. Daí que, e após discussão com a tutora, o tema da RM tenha sido identificado

uma área prioritária, uma vez que nestes clientes pode ser uma ferramenta fulcral para uma boa gestão da sua doença.

A aquisição de estratégias de intervenção efetivas para a mudança na conduta do doente crónico complexo, sempre baseadas na melhor evidência científica, permitiram fortalecer competências enquanto futura Enfermeira Especialista. As atividades desenvolvidas no estágio, contribuíram para a excelência da prática de enfermagem, tendo demonstrado consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão de cuidados é fundamental para a melhoria da evolução da prestação de cuidados de enfermagem (Barros et al., 2023), tornando-se crucial perceber todo o processo de gestão dos cuidados prestados, adequando os recursos existentes às necessidades naquele momento e de acordo com as circunstâncias que se apresentam.

A gestão de doenças crónicas envolve cada vez mais o apoio de um enfermeiro gestor de caso na autogestão, sendo que a evidência científica demonstra a aceitação do cliente e maior disposição para a adesão aos tratamentos (DeJesus et al., 2014).

Neste estágio e em conjunto com a ECDCC foi possível colaborar na elaboração dos Planos Individuais de Cuidados (PIC) para os doentes admitidos na ECDCC, permitindo a avaliação e identificação de necessidades de saúde dos clientes e a tomada de decisão da equipa. Com esta ferramenta foi possível identificar problemas, diagnosticá-los e intervir com o objetivo de promover o bem-estar e a capacitação do cliente, com o intuito de prestar cuidados centrados no cliente e família, tendo sempre em conta que cada cliente é um ser individualizado e com diferentes necessidades.

Após a avaliação inicial dos clientes, e através da análise do PIC, foram estabelecidos diferentes níveis de atenção e cuidados. O nível de acompanhamento dos clientes é adaptado ao longo do seguimento, e são considerados os objetivos alcançados e a adesão aos cuidados. Inicialmente o objetivo é o acompanhamento mais intenso pela ECDCC, e após reavaliação, e caso o cliente se mostre mais estabilizado e apto a gerir a sua doença, os cuidados são progressivamente transferidos para os cuidados de saúde primários.

Neste PIC são identificados todos os problemas do cliente, nos quais se incluem os diagnósticos identificados, as respetivas intervenções não farmacológicas, a terapêutica farmacológica, e o plano proposto. Cabe ao enfermeiro gestor nas suas visitas domiciliárias regulares (durante o primeiro nível de acompanhamento), realizar a vigilância clínica e incentivar a autovigilância do cliente e família, caso seja necessário, instruir sobre os sinais de alerta. É igualmente promovida a adesão a novos comportamentos promotores de saúde; a capacitação do cliente e familiares, através do desenvolvimento de conhecimento do cliente e família sobre a doença, sobre a gestão do regime terapêutico - medicamentoso, dietético e de exercício físico -, bem como, dos serviços de saúde disponíveis, promovendo desta forma a literacia em saúde.

Durante o segundo nível de acompanhamento foi possível a realização de consultas telefónicas, com os principais objetivos de incentivar à autovigilância (controlo do peso, tensão arterial e diabetes *mellitus*); identificar sinais de alerta; gestão dos serviços de saúde disponíveis; e gestão do regime terapêutico. Como complemento dos contatos telefónicos, foi fornecido aos clientes um guia de vigilância com os cuidados a instituir nesta fase de seguimento.

No decorrer do estágio foram desenvolvidas competências no domínio da gestão dos cuidados que suportaram a tomada de decisão relativamente às áreas consideradas mais prementes e necessárias para o EEEMC, melhorando igualmente a eficiência e a eficácia das atividades executadas. Foram desenvolvidas competências para lidar com situações adversas, e como obter soluções eficazes e rápidas para os problemas que surgiram, trabalhando sempre a adaptabilidade para lidar com as mudanças e desafios, e colaborando na definição de recursos adequados para a segurança na prestação de cuidados. Foi demonstrada consciência crítica para os problemas da prática atual; capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar; e construção da tomada de decisão em equipa. A capacitação do cliente/família para a predição de descompensação da doença crónica; o controlo rigoroso dos biomarcadores de controlo da doença, havendo autonomia para a sua avaliação sempre que o cliente, numa visita domiciliária, apresentasse algum sinal de alarme relativamente ao seu estado basal; a gestão da medicação diurética (quando aplicável) sempre que o cliente apresentasse sinais como aumento dos edemas periféricos e/ou aumento de peso; a gestão insulínica (em doentes diabéticos) e a capacitação do cliente/família para tal sempre que houve descontrolo glicémico, entre outros, constituem exemplos de atividades que concorreram para o desenvolvimento das competências do EEEMC.

Ao nível da gestão da complexidade patente nas visitas domiciliárias, a orientação da enfermeira tutora foi essencial para que fosse possível adquirir competências de gestão autónoma de situações de maior complexidade. Também a própria prestação de cuidados em contexto de ambulatório foi uma experiência nova que permitiu o desenvolvimento de competências de gestão de recursos, uma vez que era fundamental antecipar os cuidados que seriam necessários e assim reunir e gerir previamente os recursos necessários.

Ao longo do estágio foi também possível assistir a situações nas quais os clientes evoluíam favoravelmente e de forma compatível com a transferência do seu nível de cuidados para os cuidados de saúde primários, salvaguardando, no entanto, que em caso de agravamento o cliente poderia regressar aos cuidados assegurados pela ECDCC. Considerando as competências específicas do EEEMC considera-se que este profissional poderia apresentar um papel fundamental de conexão entre a ECDCC e os cuidados de saúde primários, gerindo as necessidades dos clientes, numa perspetiva de consultoria.

A gestão dos cuidados do cliente com doença crónica é uma área complexa, que exige experiência, mobilização de conhecimentos, criatividade e ainda reflexão contínua sobre as práticas, competências estas que se julga terem sido desenvolvidas ao longo deste estágio. O estágio foi uma experiência enriquecedora que permitiu não apenas o crescimento profissional, mas também o desenvolvimento de novas competências e conhecimentos que serão valiosos no futuro.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com Lopes *et al.* (2018, p.9):

> *a evidência empírica corrobora o impacto positivo da especialização em Enfermagem, identificando ganhos em saúde para os clientes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e ainda para os próprios profissionais (melhoria dos índices de satisfação e de retenção).*

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, englobam-se atividades que permitam o desenvolvimento de competências comunicacionais e consequentemente que ajudem no processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Na ECDCC é de valorizar a importância da relação/comunicação mantida com todos os clientes, bem como o valor de uma comunicação verbal e não-verbal eficaz e a adoção de

técnicas que permitem muitas vezes derrubar as barreiras que inevitavelmente existem entre enfermeiro e cliente. Foi indispensável estabelecer uma relação de empatia com os clientes/família, demostrando sempre disponibilidade e uma postura adequada de forma a satisfazer todas as suas necessidades e valorizando sempre a humanização dos cuidados.

Assim sendo, e tendo sempre em conta o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, procedeu-se à reflexão permanente sobre a prática, de forma crítica; tentando sempre demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família. No decorrer do estágio, procurou-se desenvolver a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, permitindo o aperfeiçoamento não só de competências técnicas, mas sobretudo de competências pessoais.

Ao longo do estágio adquiriram-se novos conhecimentos e novas aprendizagens, que possibilitaram não só a reflexão acerca dos mesmos, assim como, possibilitaram o aperfeiçoamento de competências, enriquecendo desta forma, o conhecimento de uma forma contínua, construtiva e positiva.

Neste estágio, procedeu-se ao início da elaboração de um estudo de caso através da aplicação *Care-writer*, intitulado "Estudo de caso na Consulta do Doente Crónico Complexo", tendo sido efetuados os respetivos pedidos de autorização para a realização do mesmo (APÊNDICE I). Este estudo de caso encontra-se numa fase de finalização da sua redação. Pretende-se, posteriormente, a sua divulgação num evento científico como forma de difundir o trabalho realizado pela ECDCC.

Procedeu-se ainda à elaboração de um póster denominado: "Impacto da reconciliação da medicação na transição de cuidados: uma revisão *scoping"* (APÊNDICE III), em que foi possível concluir que a reconciliação da medicação na transição de cuidados pode ter um impacto significativo na redução de erros de medicação, na prevenção de reações adversas, na melhoria da adesão do cliente ao tratamento, na redução das readmissões hospitalares e na melhoria da continuidade dos cuidados, promovendo uma transição eficiente entre diferentes contextos de cuidados. Foi também efetuada a submissão do protocolo de revisão sobre o papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório a uma revista científica indexada.

Ao longo do estágio desenvolveram-se competências de pesquisa em bases de dados, tendo sido privilegiadas as fontes mais recentes que traduzissem a melhor evidência disponível e a

mais atual, tendo sido efetuada pesquisa em bases de dados como a MEDLINE (via PubMed) e a CINAHL (via EBSCO).

Deste modo manteve-se, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; refletindo na e sobre a prática, de forma crítica, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde que surgiram. Esta aquisição e desenvolvimento de competências assumiu um papel preponderante neste estágio, em que foi obtido o *feedback* e a avaliação com a enfermeira tutora, de que os objetivos foram atingidos. Em conjunto com a enfermeira tutora EEMC, foram vários os momentos em que foi possível assumir a responsabilidade de trabalhar em parceria com a equipa médica como enfermeira gestora de caso e de tomar decisões em prol do cliente, sendo esta uma nova competência adquirida.

Este estágio foi tido como muito positivo em função das oportunidades proporcionadas e do acolhimento da ECDCC. Fica a perceção de ser um local de estágio muito rico e com uma diversidade de oportunidades para desenvolvimento da prática de enfermagem especializada, particularmente no âmbito de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica são essenciais para proporcionar cuidados holísticos, integrados e contínuos, garantindo a qualidade de vida e a segurança do cliente. De acordo com Serrano et al. (2011, p.16):

> *O processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. Na prática, vários estudos na área de enfermagem efetivam a relação entre competências e exercício profissional. (Serrano, 2011, p.6).*

A Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica tem como alvo de intervenção o cliente e família/pessoa significativa que vivenciam uma experiência de doença crónica, sendo responsável pela prevenção da doença, pela promoção de estilos de vida e pela promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico (Diário da República, 2018). O Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve ser capaz de trabalhar no seio da equipa multiprofissional, em contexto hospitalar, domiciliário e comunitário (Diário da República, 2018).

Segundo Crepaldi (1998) a definição de família, é uma definição individual, baseada nos sentimentos, crenças e valores de cada um e que permite teorizar e aprender os eventos da vida quotidiana a partir das informações que circulam através dela, sendo este o conceito utilizado neste relatório.

A aquisição de competências específicas do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica encontra−se consagrada no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República (2018, p.19360): "a) cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; b) maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica." Em concordância com estas competências, seguidamente serão apresentadas as unidades de competência correspondentes, assim como as atividades desenvolvidas ou critérios de avaliação.

3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Tendo em conta a especificidade e complexidade das necessidades da pessoa e família que vivenciam uma doença crónica, é função do enfermeiro impulsionar todos os seus conhecimentos e habilidades de forma a providenciar cuidados diferenciados, personalizados e individualizados que promovam a compreensão de todo o processo vivenciado, capacitando os intervenientes para esse processo de transição saúde/doença (George & Gomes, 2014). Nesta competência específica do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, vão ser explanadas as unidades de competência relativas à identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica; à promoção das intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica; à liderança no desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos; e à avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica (OE, 2018).

O desenvolvimento de técnicas de comunicação que permitam adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto é um dos critérios de avaliação nas competências específicas do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) define que "a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, é essencial na prevenção de eventos adversos" (Direção Geral da Saúde [DGS], 2022, p.29). O Despacho nº 9390/2021 evidencia a comunicação, enquanto terceiro pilar para a consolidação e promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde (Diário da República, 2021). Desta forma, "a comunicação centrada no paciente é um componente básico da enfermagem e facilita o desenvolvimento de uma relação positiva entre enfermeiro e paciente que, juntamente com outros fatores organizacionais, resulta na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade" (McCabe, 2004, p.41). Neste estágio, desde a admissão, em que era apresentada toda a dinâmica do serviço ao cliente/família, a comunicação eficiente foi fulcral para que estes se sentissem seguros, disponíveis para se empoderarem e desta forma mais eficientemente respondessem a todo o processo de doença. Deste modo, tornou-se crucial o acolhimento do cliente/família de forma personalizada e humanizada, iniciando-se neste momento o estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda. Como intervenção major, inclui-se a compreensão do que o cliente/família entendem como doença e como estão a experienciá-

la. Em todo este processo foram usadas técnicas como a escuta ativa que permite a identificação das necessidades do cliente relativamente aos cuidados, e em que são observados aspetos físicos e comportamentais, procurando identificar caraterísticas e alterações do seu comportamento. Esta técnica implica um compromisso com o cliente e habilidade do enfermeiro para escutar sem interpretar as próprias experiências, permitindo que os clientes se expressem ao seu próprio ritmo. (Juan & Arce, 2009 citado por Coelho, 2015).

Na comunicação com o cliente/família, foi utilizado igualmente o método *Teach−back*, em que era pedido à pessoa para explicar as instruções que lhe tinham sido dadas, de modo a avaliar se tinham sido corretamente entendidas (DGS, 2019). Este método é apontado pela evidência como sendo um método que melhora os resultados da aprendizagem, envolve os clientes e as famílias no estabelecimento de metas realistas e otimiza a utilização dos serviços de saúde (Peter et al., 2015). Este método esclarece a compreensão das instruções pelo cliente por meio de uma abordagem que identifica lacunas de aprendizagem e oferece uma oportunidade para os profissionais de saúde resolverem mal-entendidos e direcionarem as necessidades de aprendizagem individuais. É um método que funciona melhor quando os prestadores de cuidados de saúde iniciam a sua avaliação atribuindo a responsabilidade pela má compreensão a si próprios, e não ao cliente, criando um ambiente que convide à discussão aberta e às perguntas do cliente (Peter et al., 2015). Nas visitas domiciliárias, realizadas durante o estágio, foi possível utilizar a técnica *Teach-back,* em áreas como a gestão do regime medicamentoso, e verificar que esta permitiu um maior envolvimento do cliente/família, pelo facto de melhor captar a sua atenção e porque estes constatavam, pela repetição, que tinham dúvidas em questões que inicialmente achavam que tinham compreendido. Na sua maioria, os clientes mostraram-se satisfeitos pelo tempo despendido com eles no esclarecimento de dúvidas em relação à gestão das suas doenças crónicas. Outro dos métodos utilizados e recomendados pela DGS foi o *Chunk and check*, em que se dividia a informação em parcelas; e posteriormente se confirmava, entre parcelas, que a informação tinha sido entendida (DGS, 2019). No estágio, esta técnica foi utilizada em complementaridade com a técnica de *Teach-back,* e usada no caso da capacitação do cliente para a vigilância da glicemia capilar e atuação perante sinais de hipo/ hiperglicemia.

Relativamente ao reconhecimento das necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/ cuidadores que vivenciam a doença crónica

(OE, 2018), pode-se referir que "as pessoas com doenças crónicas complexas são vulneráveis, deterioram-se à medida que as doenças progridem e requerem cuidados profissionais individualizados e coordenados que tenham em conta a progressão da doença, as transições e as preferências das pessoas" (Miguélez-Chamorro, 2019, p.1). Assim, torna-se fundamental que os cuidados prestados sejam transversais, sustentáveis e de qualidade dirigidos a esses clientes (Miguélez-Chamorro, 2019). Dada a elevada prevalência nestes clientes de fatores de risco para as doenças crónicas tais como a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo, torna-se relevante a erradicação destes, pelo que, sem intervenções efetivas e duradouras visando a sua atenuação, as taxas de doenças crónicas continuarão a subir (Guerra, 2009).

Segundo Guerra (2009, p.5):

> *A doença crónica compreende quadros clínicos multifacetados, frequentemente, reflexo de comorbilidades (consequência da doença primária) ou, de outras doenças coexistentes, que dificultam, por vezes, o cumprimento integral do plano de tratamento e que apresentam uma série potencial de consequências deletérias para o doente, familiares, entidades empregadoras, sistemas de saúde e sociedade.*

Neste estágio, e após uma prévia estratificação de risco dos clientes, foi possível ajustar a intensidade e a especificidade das intervenções (terapêuticas, procedimentos, monitorização de biomarcadores de controlo da doença) às necessidades de cada um, contribuindo, assim, para um reconhecimento efetivo das necessidades de intervenção especializadas.

Numa visita domiciliária inicial, em que o cliente cumpria critérios para integração em ECDCC, foram realizadas avaliações completas (com aplicação de instrumentos de avaliação), incluindo histórico médico, RM, avaliação física, análise de sintomas, e compreensão dos impactos psicológicos e sociais da condição crónica. Neste processo, foi sempre tido em conta o bem-estar emocional, a qualidade de vida, a adaptação, e a capacidade funcional, que são indicadores de uma transição bem-sucedida. A enfermagem é definida como o facilitador de transições para aumentar o sentimento de bem-estar, sendo o cuidado de enfermagem, portanto, o processo de facilitar transições (Meleis & Trangenstein, 1994 citado por Ferreira, 2012). A compreensão de que cada pessoa é singular e experiencia a sua doença de forma única, permite ao enfermeiro uma abordagem individualizada de cada cliente. Posteriormente, era elaborado o PIC e proposto o mapa terapêutico pelo médico assistente.

Com o objetivo de promover a continuidade de cuidados sempre que o cliente recorria a outros serviços de saúde, e também de forma a fomentar a responsabilidade do cliente pela gestão das suas doenças crónicas, era entregue um dossier que o devia acompanhar nos

contatos com os cuidados de saúde, e onde estavam incluídos todos os registos realizados pelo enfermeiro na visita domiciliária, tais como temperatura; tensão arterial; frequência cardíaca; saturação de oxigénio; adesão à ventilação não invasiva, se aplicável; adesão aos inaladores; peso; gestão de diurético; perfil de glicemias, quando aplicável; dor/necessidade de analgesia; sono; padrão intestinal; existência de feridas; padrão alimentar; gestão medicamentosa e prática de exercício físico.

Em relação à avaliação do impacto que a situação decorrente da doença crónica tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente/família, alvo dos seus cuidados especializados, pode-se constatar que a complexidade das pessoas com doença crónica acarreta perda de funcionalidade, e muitas vezes, clientes e familiares não sabem o que fazer e sentem-se sobrecarregados por tudo o que os rodeia (Miguélez-Chamorro, 2019). Durante o estágio foi possível avaliar o impacto decorrente da doença crónica, com a utilização de instrumentos como: a) auto perceção sobre a saúde (Mattos et al., 2021); b) Escala de Depressão Geriátrica [GDS-15] (Almeida & Almeida, 1999); c) escala da qualidade de vida [WHOQOL- BREF] (OMS, 2012). Como já referido anteriormente, a reavaliação destas escalas era realizada a cada 3, 6, e 9 meses; e anualmente de forma a identificar práticas de qualidade. Algumas das competências esperadas do Enfermeiro Especialista são a capacidade de trabalhar em equipas multiprofissionais, a capacidade de prestar cuidados avançados, nomeadamente a antecipação, em tempo útil, de situações de agudização e possuir habilidades comunicativas e motivadoras, aliadas à capacidade de pensamento crítico e curiosidade em relação à inovação (Miguélez-Chamorro, 2019).

Uma das funções do enfermeiro gestor de caso é capacitar o cliente/família para prevenir complicações/agudização da sua doença crónica explicando sinais de alerta que podem ser minimizados se houver uma intervenção precoce. Na ECDCC, ao esclarecer e capacitar o cliente/família para os cuidados, nomeadamente para a identificação e monitorização de sintomas, orientação e gestão da terapêutica e ao capacitá-los para a aquisição e treino de competências estamos a contribuir para um envolvimento e prestação de cuidados mais eficazes e satisfatórios. Neste estágio, após avaliação do cliente em consulta externa, da realização de um plano individual de cuidados, adaptado a cada caso, e da atribuição de um gestor de caso (enfermeiro da ECDCC) eram realizadas visitas domiciliárias de reavaliação, onde se fazia o ponto de situação e se adaptava o plano individual de cuidados à sua situação. Para além disso, com o objetivo de prevenir e diminuir o número de agudizações das doenças crónicas, assim como promover a qualidade de vida expectável face ao quadro clínico, caso houvesse alguma intercorrência aguda e/ou agravamento clínico, os clientes/família estavam

capacitados para contatar telefonicamente o seu gestor de caso. Depois de uma avaliação do contato telefónico efetuada pelo enfermeiro, e estando a consulta a funcionar, o cliente era proposto para consulta aberta (com médico e enfermeiro), para o poder avaliar e atuar mais precocemente nas descompensações. A OE (2018) definiu que o EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica deve estabelecer planos de intervenção individualizados para o cliente/família, com vista à prevenção e controlo da doença crónica. Com a possibilidade do cliente contatar telefonicamente o seu gestor de caso, pretendeu-se maximizar a autonomia do cliente/família e que tivesse uma maior estabilidade das suas doenças, com menor necessidade de recorrência a serviços de urgência, menor necessidade de internamentos e melhor qualidade de vida.

Durante as visitas domiciliárias regulares foi possível intervir para a literacia em saúde, vigilância clínica, gestão de regime terapêutico e avaliação de adesão ao plano individual de cuidados. Uma das áreas de intervenção aprimorada na ECDCC e que suscitou interesse no que diz respeito à intervenção especializada do enfermeiro foi a RM.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2016, p.14) a RM é:

> *O processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.*

A RM tem como objetivo criar a lista mais precisa possível de todos os medicamentos que um cliente está a tomar, e comparar essa lista em relação a quaisquer novos medicamentos prescritos. Esse processo geralmente requer várias etapas complexas, várias fontes de dados, e os esforços de várias pessoas, deixando o resultado suscetível a erros (Mixon & Kripalani, 2019). Segundo a DGS, o processo de RM envolve também a utilização de formulários, que são utilizados para verificar a lista da medicação que o cliente está a tomar no momento presente (DGS, 2024).

O processo de RM na ECDCC foi desenvolvido em formulário próprio como recomendado pela DGS (ANEXO II), e respondeu a vários passos, que foram seguidos durante o estágio (Pereira, 2020). Estas etapas englobaram: a) obtenção da Melhor História de Medicação Possível (MHMP) na consulta de admissão à ECDCC; b) identificação de toda a medicação em uso na 1ª visita domiciliária do gestor de caso; c) definição do mapa de medicação a implementar, em equipa, após cruzamento de toda a informação; d) implementação do mapa de medicação correto na próxima visita domiciliária (Pereira, 2020). A RM foi sempre

realizada na admissão na ECDCC; após alta do internamento hospitalar ou alta do Serviço de Urgência; e após consultas médicas.

A aquisição da Melhor História da Medicação Possível (MHMP) é uma etapa crucial da RM (Oliveira et al., 2020). A MHMP é um histórico da medicação obtido por um profissional de saúde que inclui um histórico completo de todo o uso regular de medicamentos (prescritos e não prescritos), usando diversas fontes de informação diferentes. É diferente e mais abrangente do que um histórico de medicação primária de rotina (que geralmente é um histórico rápido de medicação do cliente) (Queen's University, 2009). Abrange etapas como: uma entrevista sobre medicação do cliente sempre que possível; verificação de informações sobre medicamentos com mais de uma fonte, conforme apropriado, incluindo familiares, farmacêuticos comunitários e médicos; inspeção de frascos de medicamentos; listas de medicamentos para clientes; perfil de medicação de outras instituições; registos de saúde anteriores do cliente (Queen's University, 2009). A MHMP inclui o nome do medicamento, a dose, a frequência e a via dos medicamentos que o cliente está a tomar, mesmo que possa ser diferente do que realmente foi prescrito. Se um cliente não puder participar na entrevista sobre medicação, outras fontes poderão ser utilizadas para obter históricos de medicação ou esclarecer informações discordantes, ainda que não devam substituir a mesma (Queen's University, 2009). Cada medicamento individual e as instruções de dosagem correspondentes devem ser verificados, se possível. Muitas vezes, os clientes tomam os medicamentos de maneira diferente da apresentada no rótulo da prescrição. Além disso, os clientes podem não ter atualizado a sua lista pessoal com medicamentos prescritos recentemente (Queen's University, 2009).

Nesta área, o Enfermeiro Especialista pode contribuir de forma significativa para a redução de incidentes relacionados com a medicação provocados por informação incompleta ou insuficiente, sendo a educação dos clientes um foco prioritário no processo de RM. Elevar os níveis de literacia em saúde na população surge como uma medida estratégica e vital para aprimorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas, além de ser um objetivo fundamental da Saúde Pública em Portugal e na Europa (Lopes et al., 2019). A literacia em saúde "diz respeito ao conhecimento e às competências das pessoas para responder às complexas exigências da saúde na sociedade moderna" (Sørensen et al., 2012). Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na promoção e incentivo da literacia em saúde, atuando em diversas situações de interação e atuação (Lopes et al., 2019). Neste contexto, durante este estágio, e em conjunto com a ECDCC, foram identificadas algumas lacunas relativamente ao conhecimento dos clientes/família sobre as suas doenças crónicas,

em particular sobre a Insuficiência Cardíaca, tendo sido desenvolvido um panfleto com o objetivo de promover a autonomia do cliente, capacitando-o para tomar decisões informadas sobre a sua saúde (APÊNDICE II). Este panfleto continha informação para o cliente/família relativa à caraterização da doença, numa linguagem simplificada; gestão da doença, incluindo medicação, dieta, exercício; sinais de alarme/agudização e o que fazer perante os mesmos.

A gestão da doença é uma intervenção multicomponentes, considerando-se que a autogestão engloba a participação do cliente no tratamento, ou a sua participação num certo tipo de educação, tal como grupos de educação interdisciplinares baseados nos princípios da aprendizagem do adulto, tratamentos personalizados e intervenções de gestão de caso (Direção Geral da Saúde, 2010).

Outra das intervenções executada na ECDCC e que possibilitou a autogestão da doença foi a implementação de uma caixa de medicação semanal para clientes/família que possuíam dificuldades na gestão da sua medicação. Em cada visita preparava-se a caixa de medicação semanal, de acordo com as listas de medicamentos que o cliente possuía; avaliou-se a necessidade de renovação da prescrição da medicação, assim como a necessidade de fazer algum ajuste (a discutir com o médico assistente), nomeadamente no que se refere a analgesia.

Todas as intervenções e tomada de decisão foram fundamentadas na melhor evidência científica. A prática baseada na evidência foi considerada como "o processo consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais" (Sackett et al., 1996, p. 71). Tornou-se um requisito de competência central para a prática de enfermagem a nível internacional (Fleiszer et al.,2016).

Como parte das competências do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica inclui-se também o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018). A DGS define infeção como: "a transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, resultando na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro." (DGS, 2012, p.26). Neste estágio contextualizado, maioritariamente, no domicílio dos clientes, foram desenvolvidas intervenções relacionadas com as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e a resistência aos antimicrobianos (DGS, 2012). As PBCI destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, aplicando-se a todos os

doentes independentemente de se conhecer o estado infecioso dos mesmos (DGS, 2012). Estas precauções foram cumpridas em todos os momentos na prestação de cuidados aos clientes de forma a garantir a sua segurança. Relativamente à resistência dos microrganismos aos antimicrobianos considera-se que o seu aumento é um problema de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017). A nível nacional, a prevenção e controlo desse aumento é efetuada através da redução do consumo de antibióticos, baseada na implementação de programas de apoio à prescrição de antibióticos e monitorização do seu consumo (DGS, 2017). Assim, neste estágio foi intentado com toda a ECDCC que os antibióticos fossem utilizados, apenas quando estritamente indicados, e nesse caso, os antibióticos de espetro mais estreito possível e apenas durante o tempo necessário. De relevar, que em cada admissão efetuou-se o levantamento do histórico de antibioterapia do cliente, de forma a prevenir a resistência a antimicrobianos. Como intervenções nesta área, e inseridas na RM, foram incluídas também a revisão das prescrições dos antibióticos com o cliente, confirmando o tratamento indicado e a duração do mesmo. Nesse contexto, foi importante a participação e envolvimento do cliente, para garantir a segurança no uso de antimicrobianos a fim de prevenir e reduzir a resistência microbiana; a identificação de situações com maior risco de evasão de tratamento, visando criar estratégias para melhorar a adesão do cliente; a proposta de meios para aumentar o envolvimento do cliente; assim como a promoção da literacia em saúde, colaborando na educação do cliente/família sobre a utilização correta dos antibióticos e quais os seus efeitos secundários. Numa fase posterior procedeu-se à avaliação dos resultados das intervenções implementadas com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica. O cuidado centrado no cliente/família amplia a parceria entre clientes e prestadores de cuidados de saúde, sendo que o envolvimento de ambos incentiva a partilha de conhecimento e experiência no planeamento dos cuidados de enfermagem para a melhoria e bem-estar do cliente (Flagg, 2015).

Durante este estágio, foi trabalhada em todos os momentos a relação com o cliente/família, sendo que o cliente era avaliado pela equipa médica e de enfermagem em conjunto, nas consultas de 3 meses, 6 meses, 9 meses e anuais. Em todas as avaliações dos clientes foram monitorizados indicadores que constituem o PIC e que são: perfil tensional; glicemias; peso; edemas; sinais de dificuldade respiratória; estudo analítico (quando aplicável) que engloba a hemoglobina glicada, se o cliente é diabético; creatinina basal; N-terminal pró-peptídeo natriurético tipo-B (NT-proBNP) - preditor prognóstico em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. Todos estes indicadores foram registados em formulário próprio e comparados com os anteriores. Quando o cliente atingia o que tinha sido proposto no seu

PIC, e mantendo-se estável, era proposta a continuidade na ECDCC, mas com uma vigilância menos regular, sendo nesta altura incentivada a autogestão da doença pelo cliente.
"É amplamente reconhecido que as perspetivas dos doentes são importantes na medição da qualidade dos cuidados prestados e que as avaliações que produzem têm valor como medidas de efetividade clínica e eficiência económica" (Ferreira & Raposo, 2006, p.285).

Na ECDCC considerou-se como indicadores-chave de desempenho:

- Percentagem de recorrência ao serviço de urgência em período homólogo;
- Percentagem de internamento convencional ou em unidade de hospitalização domiciliária em período homólogo;
- Taxa de reinternamentos aos 7 e 30 dias após alta de internamento que ocorra durante o período de seguimento por ECDCC;
- Taxa de mortalidade;
- Escala de qualidade de vida à admissão, aos 3 meses e aos 6 meses de *follow up*, com recurso à aplicação do questionário WHOQOL- BREF (OMS, 2012)
- Inquérito de satisfação com o serviço prestado aos 6 meses de *follow-up*, com recurso a inquérito próprio.

Sendo a ECDCC um projeto recente, ainda não foi efetuado um levantamento dos resultados obtidos, no entanto, durante o estágio, foi possível percecionar a diminuição de recorrência ao serviço de urgência, bem como de reinternamentos. Muitas das vezes em clientes com Insuficiência Cardíaca que apresentavam alterações no seu peso, era de imediato ajustada a dose do diurético, evitando uma agudização; clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica que apresentavam agudização da sua doença eram avaliados pelo seu médico e prescrita medicação dirigida. Muitos dos clientes/família verbalizaram que se não fosse o suporte da ECDCC teriam recorrido de imediato ao serviço de urgência. O facto de permanecerem no seu domicílio e de terem um atendimento individualizado e diferenciado proporcionou-lhes uma melhoria na sua qualidade de vida, de acordo com os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação que foram usados.

Neste estágio considera-se que foram desenvolvidas as competências específicas relativa ao cuidado da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, através de atividades como a prestação de cuidados diferenciados, personalizados e individualizados, incluindo a capacitação do cliente/família; a escuta ativa, o método de *Teach-back* e o *Chunk and Check* foram estratégias utilizadas para o desenvolvimento da comunicação efetiva; assim como a

aquisição de competências como enfermeira gestora de caso. Acredita-se que os objetivos nesta área foram atingidos, em colaboração com a equipa multidisciplinar, e que a autonomia do cliente/família foi perspetivada no sentido da aquisição de uma maior estabilidade das suas doenças crónicas e sobretudo de uma melhor qualidade de vida.

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

De acordo com George e Gomes (2011, p.4), "com a mudança de paradigma, o desenvolvimento das intervenções deve ser centrado no cidadão e respetiva família ao longo do ciclo de vida e do *continuum* de cuidados". O ambiente terapêutico, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da OE (2017), é definido como os fatores físicos, humanos e organizacionais aos quais a pessoa está exposta durante a prestação de cuidados de saúde, os quais influenciam, de forma direta ou indireta, o seu progresso terapêutico (OE, 2017). Neste estágio foi de primordial importância, desde a admissão na ECDCC, a apresentação da dinâmica do serviço para que o cliente/família se sentissem seguros, disponíveis para se empoderarem e desta forma mais eficientemente responderem a todo o processo de doença. De igual destaque a antecipação das complicações decorrentes da doença crónica, tendo como foco intervenções que capacitassem o cliente para a identificação precoce de complicações assim como a sua consciencialização. De salientar, igualmente, a readaptação funcional do cliente, de forma a maximizar as suas capacidades e envolvendo sempre a família. Todos os cuidados foram prestados com o objetivo de capacitação para a autogestão da doença crónica e em que se pudesse admitir uma aceitação do estado de saúde. Todos os processos terapêuticos foram geridos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica. É através dos modelos concetuais que os enfermeiros desenvolvem o hábito de refletir sobre a sua prestação de cuidados. O referencial teórico adotado neste relatório foi o da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A definição de transição varia de acordo com a perspetiva disciplinar, porém a maioria concorda que está relacionada com as reações das pessoas diante de períodos de mudança. Esse processo ocorre gradualmente e envolve mudanças e ajustes, como alterações no desenvolvimento, pessoais, relacionais, situacionais, sociais ou ambientais. Contudo, nem toda mudança implica uma transição. Um elemento crucial da transição é a reconstrução de

uma identidade própria valorizada (Kralik & van Loon, 2006). Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papeis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional) (Meleis, 2000). A transição refere-se à forma como as pessoas lidam com as mudanças ao longo do tempo. Estas enfrentam uma transição quando precisam se adaptar a novas situações ou circunstâncias para integrar eventos de mudança em suas vidas (Kralik & van Loon, 2006). O conceito de transição é fundamental no contexto da enfermagem (Kralik & van Loon, 2006). Santos *et al.* (2015, p.154) afirmam:

> *Na área da saúde, um exemplo tradicional são as transições de saúde-doença que resultam da mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar, que pode, contudo, incorporar a cronicidade*.

Ao longo do estágio promoveu-se o cuidado transicional de forma a valorizar o cliente, já que os cuidados prestados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade (Guimarães, 2016). Segundo Guimarães (2016), os estudos identificam o enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da enfermagem. Neste cuidado transicional é fomentada a adesão ao regime terapêutico, que na área da enfermagem, se define não só pelo cumprimento da prescrição farmacológica, mas também pelo cumprimento de comportamentos promotores de saúde, sendo essencial que o enfermeiro compreenda como o regime terapêutico se relaciona com a sua vida do cliente (Catela & Amendoeira, 2010). Citado por Catela & Amendoeira (2010), a adesão ao regime terapêutico segundo o Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento de Kristeller e Rodin, deve englobar três fases: Concordância; Adesão; e Manutenção. A primeira fase é a de Concordância (*Compliance*) em que o cliente concorda e decide seguir os conselhos dados, porque confia no profissional que fez o diagnóstico e instituiu o tratamento. Na segunda fase, na Adesão (*Adherence*), o cliente mantém o tratamento com o qual concordou, sob uma vigilância mais limitada, mesmo na presença de situações conflituosas, implicando um grande envolvimento da sua parte, constituindo-se como a fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado. Na terceira e última fase, a de Manutenção (*Maintenance*), o cliente mantém o comportamento de melhoria da saúde, já sem vigilância.

De acordo com a OMS (2003), a fraca adesão ao tratamento de doenças crónicas é um problema mundial de magnitude surpreendente, sendo que a família e a comunidade são um fator chave para o sucesso na melhoria da adesão.

No decurso do estágio foi sempre fomentada a adesão ao regime terapêutico, tendo em conta que diversos fatores afetam o comportamento das pessoas e a capacidade de aderir ao seu tratamento (fatores sociais e económicos; equipa de saúde; fatores relacionados à doença; fatores relacionados com o tratamento; fatores relacionados com o cliente). Numa primeira fase foi desenvolvida a concordância do cliente em cumprir as recomendações da ECDCC. Depois de cliente decidir seguir os conselhos dados, era instituído o tratamento, de acordo com o PIC. Assim que o cliente mantinha o tratamento com o qual concordou, foi realizada uma vigilância mais limitada, mesmo na presença de situações mais complexas, o que implicava uma grande participação e controlo da sua parte. O enfermeiro da ECDCC avançava com o papel de orientador, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do cliente e ajudando-o a prever alguns problemas, para que pudesse arranjar estratégias de *coping*. Numa fase final, e numa fase de excelência dos cuidados, o cliente mantinha o comportamento de melhoria da saúde, já sem vigilância.

Relativamente à adesão à vacinação, podemos considerar que na doença crónica, esta é fundamental. Ainda que existam recomendações específicas quanto à vacinação, a adesão à vacinação entre os clientes é baixa. São considerados motivos da não aceitação a falta de informação facilmente acessível, e numa linguagem simples sobre os benefícios e riscos da vacinação; a relevância da informação relativamente ao estado de saúde dos clientes e por vezes a ausência de capacidade para tomarem uma decisão informada (União Europeia [UE], 2020). A União Europeia iniciou, em 2020, o Projeto-piloto *Vaccination confidence – patients' and professionals' awareness, communications & trust 2020-2022* (VAC-PACT). Foi criado com o objetivo de fornecer aos doentes crónicos, aos profissionais de saúde e às comunidades de apoio informações personalizadas sobre a importância das vacinas nos seus contextos específicos. Neste estágio foi incentivada a vacinação mais especificamente das vacinas contra o vírus influenza, contra o *Severe acute respiratory syndrome coronavírus* 2 (SARS-COV-2) e antipneumocócica, sendo que a decisão de vacinação pode ser complexa. Foram trabalhadas a conveniência, que é um fator importante quando a disponibilidade física, a acessibilidade económica e a vontade de pagar, a acessibilidade geográfica, a língua e a literacia em matéria de saúde, bem como a atratividade dos serviços de imunização estavam comprometidas; e a confiança na eficácia e segurança das vacinas e no sistema que as distribui (UE, 2020). Em todos os processos dos clientes da ECDCC foi possível proceder à

documentação do seu esquema vacinal, assim como ao incentivo da adesão ao regime de imunização contra o vírus influenza, contra o SARS-COV-2 e da vacina antipneumocócica.

Relativamente à gestão da dor aguda e crónica, foram implementadas intervenções durante o estágio, utilizando não só medidas farmacológicas, mas também não farmacológicas. A dor, segundo a OE (2008) que cita Merskey & Bogduk (1994), "é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão" (OE, 2008, p.11). Considerada como o 5º sinal vital desde 2003, é fundamental o seu registo sistemático (DGS, 2003). Na ECDCC, os clientes para além do estadio terminal de algumas das suas doenças crónicas, que lhes causava desconforto no seu dia-a-dia, possuíam, de igual forma, dores de difícil controlo (na sua maioria osteoarticulares), que necessitavam de intervenção da ECDCC. De relevar que a prestação de cuidados a estes clientes englobou dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. Assim as intervenções durante o estágio incluíram:

- Avaliação da dor de forma regular e sistemática, desde a 1ª avaliação, aplicando a Escala de Avaliação Numérica (OE, 2008).
- Colheita de dados sobre a história de dor considerando parâmetros como: a) Exame físico; b) Descrição das características da dor: Localização/ Qualidade/Intensidade/Duração/Frequência; c) Formas de comunicar a dor / expressões de dor; d) Fatores de alívio e de agravamento; e) Estratégias de *coping*; f) Implicações da dor nas atividades de vida; g) Conhecimento/entendimento acerca da doença; h) Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; i) Sintomas associados; j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- Controlo da dor, colaborando com os restantes elementos da ECDCC no estabelecimento de um plano de intervenção individualizado.

Em conjunto com medidas farmacológicas (que englobam opióides, não opióides e adjuvantes [OE, 2008]), foram implementadas medidas não farmacológicas. As medidas não farmacológicas abrangeram: distração, para diminuir a atenção prestada à dor; aplicação de frio e aplicação de calor, com o intuito de diminuir a inflamação e promover o relaxamento muscular; e massagem, de forma a facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular. Desde a primeira abordagem que o envolvimento da pessoa no controlo da dor, que respeita o princípio ético da autonomia, foi considerado, sendo que se primou pelo ensino ao cliente/família para a autogestão da sua dor. Registou-se sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano

terapêutico. Durante a prestação dos cuidados de enfermagem, incluindo os processos terapêuticos, foi sempre promovido um ambiente seguro e de qualidade, prevenindo a ocorrência de eventos adversos (OE, 2018). De acordo com Lima (2014), a segurança do cliente relaciona-se com a redução do risco de danos desnecessários, decorrentes ou associados a ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não relacionados com a patologia ou evolução clínica.

O processo de RM, sendo uma estratégia usada para reduzir as discrepâncias de medicação, e os erros de medicação com medicamentos originados por informação incompleta ou insuficiente sobre o cliente e a sua medicação, contribui para a garantia da segurança de gestão da medicação e implica uma responsabilidade partilhada (DGS, 2024). Neste estágio foi realizada a atualização da lista da medicação de cada cliente, assim como de outras informações complementares importantes (reações adversas a medicamentos e alergias). Para tal foi efetuada uma revisão exaustiva de toda a medicação que um cliente estava a tomar. A DGS refere que a RM contribui de forma significativa para a redução de incidentes relacionados com a medicação provocados por informação incompleta ou insuficiente sobre o cliente e a medicação (DGS, 2016). Na ECDCC foi possível, e através do formulário próprio (ANEXO II), fazer o levantamento da Terapêutica prescrita; Terapêutica em uso; Fármaco não prescrito que faz e Razões para não tomar a medicação (esquecimento; insuficiência económica e/ou outra razão). Os clientes frequentemente transitam entre ambientes de cuidados de saúde, sendo necessário reconciliar quaisquer discrepâncias sempre que haja uma dessas transições. Este processo ocorreu de forma sistemática de forma a reduzir erros de medicação que levam a eventos adversos e danos ao cliente (Lester et al., 2019).

Como já referido anteriormente, na ECDCC desenvolveu-se entre outros, a literacia em saúde com o cliente, de forma a fomentar a cultura de segurança dos cuidados especializados; e a RM ambos determinantes para uma cultura de segurança. Para a implementação dessa cultura de segurança considerou-se importante (Lopes, 2018):

- Fornecer cuidados mais oportunos, personalizados e abrangentes e, indiretamente, através da educação em relação às doenças, aconselhamento, ajuda na autogestão de doenças e promoção de boas práticas.
- Criar uma abordagem integrada e de proximidade da doença crónica, incluindo a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a doença cardiovascular e a doença oncológica, entre outras.
- Criar um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável, reforçando os cuidados continuados prestados no domicílio.

Todos estes cuidados demonstraram por parte do cliente/família um maior conhecimento sobre doenças e sintomas e uma maior confiança na ECDCC, havendo uma maior satisfação dos clientes/família relativamente aos cuidados recebidos, que os consideram adequados e úteis.

Um dos grandes desafios relacionados com o cliente com doença crónica é que este não pode ser tratado episodicamente, necessitando de cuidados complexos, contínuos, centrados nele e de longo prazo em todos os ambientes de cuidados de saúde (Joo, 2021). Considerando esta complexidade e necessidade de cuidados de saúde, a metodologia de trabalho por gestão de casos é reconhecida como um "processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação de cuidados, avaliação e defesa de opções e serviços para atender às necessidades em saúde de um indivíduo e família através da comunicação e dos recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e com boa relação custo-benefício" (*Case Management Society of America* [CMSA], 2016, p. 8). Ao longo do estágio tive a oportunidade de desenvolver competências nesta área, que pode oferecer uma grande oportunidade para os enfermeiros servirem melhor os seus clientes (Armold, 2019). Numa realidade em que predomina a multimorbilidade, o envelhecimento progressivo, a hospitalização e o uso indiscriminado da tecnologia, o desenvolvimento da gestão de casos como cuidados de prática avançada tornou-se uma estratégia básica nos cuidados complexos de cronicidade (Miguélez-Chamorro et al., 2019).

Desde o momento do acolhimento do cliente na ECDCC, que foram proporcionados por toda a equipa cuidados individualizados e diferenciados e em que foi possível assumir um papel de educadora para a saúde, no que diz respeito à capacitação do cliente/família para a identificação de sinais e sintomas preditivos de uma situação de agudização da doença crónica e consequente pedido de ajuda de maneira a comportar uma diminuição da recorrência aos serviços de urgência. Neste estágio em colaboração com a equipa interdisciplinar foi possível o reconhecimento de situações que pudessem determinar um resultado indesejável. Em alguns casos quando a retaguarda familiar não era suficiente, houve articulação com o serviço social, de forma que o cliente tivesse acompanhamento ao nível dos cuidados de higiene e da alimentação.

Nos clientes em que a gestão do regime medicamentoso se tornava uma tarefa complexa, e em que o risco de sub/sobredosagem de medicação era grande, foi implementada uma caixa de medicação semanal para que o cliente cumprisse o regime medicamentoso.

Todas as atividades realizadas neste estágio fomentaram o aperfeiçoamento das competências do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, nomeadamente na potencialização do ambiente terapêutico criado em parceria com o

cliente/família. De salientar a dificuldade em executar esta atividade, respeitando a individualidade de cada um, e tendo sempre em conta as especificidades da sua doença crónica. Foram grandes os desafios que surgiram, no entanto foi possível a implementação de ferramentas para que o cliente/família conseguissem alcançar um estado de maestria.

A participação nas reuniões e nos momentos de partilha de conhecimentos da equipa multidisciplinar, no sentido de desenvolver um plano de transição para o cliente baseado na sua individualidade e nas suas necessidades, foram estratégias utilizadas e que foram cruciais para o desenvolvimento desta competência específica do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

4. Considerações finais

Na elaboração deste relatório foram criadas oportunidades para reflexão, o que possibilitou o aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos com base na melhor evidência disponível. O estágio desempenhou um papel crucial na capacidade de refletir criticamente, sendo igualmente determinante para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista. A aquisição de competências é um processo gradual, que engloba a sua compreensão, interiorização, consolidação e aperfeiçoamento.

"Um dos maiores desafios para os sistemas de saúde é a gestão e prevenção de doenças crónicas" (Garland-Baird & Fraser, 2018, p.379). Em conjugação com tudo isto, temos uma sociedade cada vez mais envelhecida e com mais comorbilidades e consequentemente com necessidades mais exigentes, sendo premente a formação de profissionais de enfermagem especializados (Lopes & Almada-Lobo, 2018). A ECDCC, sendo um projeto baseado num modelo de gestão da doença crónica, constituiu um contexto de estágio preponderante para a aquisição de competências e habilidades específicas e complexas, através de atividades integradas e de proximidade e que implicavam conhecimentos especializados na abordagem à pessoa em situação crónica. Foi possível, de igual forma, o desenvolvimento de competências na área da gestão de casos, na qual competências clínicas e de gestão precisam estar, necessariamente, articuladas a competências relacionais e de mediação de conflitos (David et al., 2020).

Tendo em conta o que foi apresentado, considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, ainda que durante o percurso tenham surgido algumas dificuldades nomeadamente na gestão do tempo para a sua concretização. Como estratégia para ultrapassar essa dificuldade foi realizado o planeamento através de um cronograma para a orientação de atividades. A concretização de alguns trabalhos em prol do cliente e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados encontra-se ainda a ser elaborada.

Neste estágio em que se desenvolveram competências do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica fica a convicção de que esta é uma área em desenvolvimento, que exige uma constante atualização de conhecimentos, tendo sido muito importante a prestação de cuidados tendo sempre em conta uma prática baseada na evidência.

Considera-se que a perceção do cliente com doença crónica complexa foi compreendida, tendo sido identificados como obstáculos à aceitação e adesão ao regime terapêutico, já

descritos anteriormente pela OE (2009): baixo estatuto socioeconómico; analfabetismo e baixo nível educacional; custo elevado da medicação; complexidade e duração do tratamento, assim como efeitos secundários; e crenças culturais acerca da doença e do tratamento. As estratégias educativas em conjugação com estratégias comportamentais numa abordagem multidisciplinar demonstraram ser a melhor forma para motivar a adesão ao tratamento nestes clientes. Daí que a capacitação do cliente/família para a gestão da doença crónica foi potencializada neste estágio, tendo esta estratégia incidido sobre as suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão.

O Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica caracteriza−se como sendo uma referência no que diz respeito à prevenção, promoção de estilos de vida, adesão ao regime terapêutico e gestão da doença crónica, realizando a capacitação da pessoa para a gestão da sua doença (OE, 2017).

O contexto de ambulatório é um contexto muito específico, que proporciona a articulação entre a família e a equipa multiprofissional, sendo que, na sua generalidade, compete ao enfermeiro a capacitação do cliente/família, e a identificação de necessidade de referenciação para outros profissionais, entre outros. Assim, o enfermeiro deve apresentar competências diferenciadas, sendo que estas precisam ser investigadas, divulgadas e sistematizadas (Andrade et al., 2017).

Este estágio, constituiu-se como uma experiência muito produtiva, em que foram adquiridas competências altamente diferenciadas: investimento em medidas de promoção da saúde e de combate à doença; criação de um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável, reforçando os cuidados assistenciais no domicílio; desenvolvimento de uma abordagem integrada e de proximidade da doença crónica; aperfeiçoamento da capacidade de decisão com a análise sistemática de resultados clínicos com a restante equipa multidisciplinar; e a prevenção efetiva das complicações/agudizações de forma a reduzir o número de reinternamentos.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

O papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório: *Scoping Review*

1. Resumo

Enquadramento: A reconciliação da medicação é um processo crucial para reduzir discrepâncias na medicação, melhorar a gestão de condições crónicas, a qualidade de vida dos clientes e prevenir complicações, requerendo a abordagem de uma equipa multidisciplinar. Compreender o papel do enfermeiro nesse processo é fundamental para aumentar a segurança e qualidade dos cuidados prestados, baseando-se numa prática fundamentada na melhor evidência disponível.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo mapear a evidência científica sobre o papel do enfermeiro na reconciliação da medicação do doente crónico em ambulatório.

Metodologia: Adotou-se a metodologia de revisão *scoping* proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses for Scoping Reviews*) para a redação do relatório da revisão. Utilizou-se o quadro de referência População, Conceito e Contexto (PCC) para definir os critérios de seleção dos estudos e para a construção da questão de investigação. A revisão considerou estudos que abordam o papel dos enfermeiros na reconciliação da medicação de doentes crónicos em ambulatório, sem restrições de tempo ou idioma. A seleção dos estudos, a extração de dados e a descrição foram realizadas por dois revisores independentes, e as bases de dados consultadas foram a MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, a Scopus®, e a literatura cinzenta foi pesquisada através do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), da ProQuest - *Dissertations and Theses* e do WorldCat.

Resultados: Foram incluídos na revisão nove estudos, que fornecem uma visão geral do papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em contexto de ambulatório tendo sido identificadas estratégias e intervenções específicas na área de educação dos enfermeiros, assim como, na área da sensibilização/participação do cliente.

Conclusão: O enfermeiro, no seio de uma equipa multidisciplinar, pode desempenhar um papel crucial na reconciliação da medicação, ajudando a eliminar discrepâncias de medicação e assim reduzir os eventos adversos a medicamentos.

Palavras-chave: Papel do enfermeiro; Reconciliação de medicamentos; Doença crónica; Assistência ambulatorial

2. Abstract

Background: Medication reconciliation is a crucial process for reducing medication discrepancies, improving the management of chronic conditions, enhancing the quality of life of patients, and preventing complications. This process requires a multidisciplinary team approach. Understanding the nurses' role in this process is fundamental to increase the safety and quality of care provided, based on the best available evidence-based practice.

Objective: This study aimed to map the scientific evidence on the role of nurses in medication reconciliation for the chronic patient in outpatient settings.

Methodology: A scoping review methodology was adopted as proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI), following the PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews) guidelines for the reporting of the review. The Population, Concept, and Context (PCC) framework was used to define the study selection criteria and to construct the research question. The review considered studies that address the role of nurses in medication reconciliation for chronic patients in outpatient settings, with no restrictions on time or language. The selection of studies, data extraction, and description were carried out by two independent reviewers. The databases consulted included MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO), the Cochrane Database of Systematic Reviews, Scopus®, and grey literature searched through the Scientific Open Access Repository of Portugal (RCAAP), ProQuest - Dissertations and Theses, and WorldCat.

Results: Nine studies were included in the review, providing an overview of the nurses' role in medication reconciliation for chronic patients in outpatient settings. Specific strategies and interventions were identified in the areas of nurse education and patient awareness/engagement.

Conclusion: Nurses, within a multidisciplinary team, can play a crucial role in medication reconciliation, helping to eliminate medication discrepancies and thereby reduce adverse drug events.

Keywords: Nurse's role; Medication reconciliation; Chronic disease; Outpatient care.

3. Enquadramento teórico

Com o enquadramento teórico pretende-se apresentar e contextualizar os principais conceitos-chave que serão utilizados para fundamentar a pesquisa, situando-a dentro do campo de estudo em questão e mostrando como se relaciona com o conhecimento existente na área. Pretende-se ainda contribuir para a identificação de lacunas no conhecimento existente, apontando as áreas que ainda não foram exploradas ou que necessitam de mais pesquisa. Deste modo, neste estudo serão abordados os tópicos mais importantes e significativos para a melhor compreensão do papel do enfermeiro no âmbito da reconciliação da medicação (RM) no doente crónico em contexto de ambulatório.

3.1. A Reconciliação da Medicação

A RM é "o processo formal no qual os profissionais de saúde fazem parceria com os doentes para garantir a transferência precisa e completa de informações sobre medicamentos nas interfaces de atendimento" (OMS, 2019, p.13). De acordo com a OMS (2022), "práticas de medicação inseguras e erros de medicação são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo", o que releva a necessidade e a pertinência deste tema.

A OMS, através do projeto *High* 5s, tem como objetivo reduzir o potencial de reações adversas a medicamentos (RAM) evitáveis como causa de danos aos clientes, que são em grande parte o resultado de falhas de comunicação e de informações indisponíveis ou incorretas. Consequentemente, desenvolveu, testou, implementou e avaliou protocolos operacionais padrão, incluindo o protocolo operacional padrão "Garantindo a Precisão da Medicação nas Transições no Cuidado: Reconciliação da Medicação". Neste protocolo são descritas as etapas padrão de reconciliação de medicamentos, orientações para implementação, referências e sugestões para medição de qualidade (OMS, 2014).

A nível nacional, a RM é um tema extremamente pertinente e atual, tendo sido publicado recentemente a atualização da norma nº18/2016 da DGS (2016) sobre "Reconciliação da Medicação". De acordo com a DGS (2024, p.5), a RM é:

> *o processo formal em que os profissionais de saúde colaboram em parceria com os doentes para assegurar a transferência de informação exata e completa sobre a medicação nos momentos de prestação e transição de cuidados. Integra a identificação da lista mais completa de toda a medicação que um doente está a*

tomar - incluindo nome, princípio ativo, dosagem, frequência e via de administração, assim como a comparação da lista atual de medicação do doente com as prescrições na admissão, transferência e/ou alta clínica.

Este processo engloba 4 fases (DGS, 2024): 1) Recolha da melhor história possível da medicação do cliente, em que é elaborada uma lista completa da medicação recorrendo a, pelo menos, duas fontes de informação (registos informatizados, informação verbal transmitida pelo cliente, familiares/cuidadores, lista entregue pelo cliente, informação de lares, notas clínicas ou outros), e que deve incluir medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos naturais, suplementos alimentares, entre outros; 2) Comparação da melhor história possível da medicação com a medicação prescrita na transição de cuidados; 3) Avaliação e correção das discrepâncias identificadas, que podem incluir omissões, duplicações, entre outros; 4) Disponibilização de uma lista de medicação atualizada.

Em Portugal, a OE corrobora, igualmente, a importância da Norma da DGS Número 018/2016 relativa à RM, assim como a presença dos enfermeiros nesse processo, porque "são estes os profissionais presentes e que acompanham em proximidade, as fases de transição de cuidados e de adaptação" (OE, 2023, p.6), mencionando, igualmente, a relevância da multidisciplinaridade em todo o processo.

3.2. O doente crónico em contexto de ambulatório

As doenças crónicas, como a designação indica, são tendencialmente de longa duração e resultam de uma combinação de múltiplos fatores (genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais), sendo exemplos as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes (OMS, 2023). De acordo com a OMS, as doenças crónicas matam 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 74% de todas as mortes no mundo (OMS, 2023).

Deste modo, considerando que as doenças crónicas são condições de saúde persistentes e de longa duração, é de grande importância investir em serviços de proximidade e personalizados. Essa abordagem possibilita uma prestação de cuidados mais individualizada, a fim de lidar com a complexidade dos problemas e necessidades de cada pessoa ou grupo (George & Gomes, 2014). A sua relevância é ainda maior no que diz respeito à prestação de cuidados a clientes, sobretudo idosos, que sofrem de doenças crónicas e necessitam de cuidados complexos e contínuos no domicílio (George & Gomes, 2014).

Relativamente à definição do contexto de ambulatório, também denominado "assistência ambulatorial" (*Virtual Health Library* [VHL], 2023), este compreende os cuidados prestados a um indivíduo, cujas condições de saúde lhe permitem comparecer à consulta, dispensando internamento hospitalar.

O cuidado ambulatório para doentes crónicos muitas vezes envolve consultas regulares com profissionais de saúde, gestão de medicamentos, monitorização de sinais/sintomas e, por vezes, a participação em programas de educação. O objetivo é gerir a condição crónica de forma a melhorar a qualidade de vida do cliente e prevenir complicações, onde a reconciliação medicamentosa se evidencia como muito relevante (Marshall, 2023).

3.3. O papel do enfermeiro na RM

O valor da RM é reconhecido por enfermeiros, médicos e farmacêuticos, mas há falta de concordância em relação aos papéis e responsabilidades de cada um dentro do processo, sendo necessário desenhar procedimentos claros e clarificar os papéis de cada grupo profissional dentro de um processo padronizado de RM (Al-Hashar et al., 2017).

A própria DGS, em 2024, com a atualização da norma número 018/2016, afirma a importância de "definir os papéis e responsabilidades de cada interveniente no processo de reconciliação da medicação (médicos, enfermeiros e farmacêuticos), nos termos das respetivas competências profissionais, num princípio de responsabilidade partilhada entre a equipa multidisciplinar" (DGS, 2024, p.1).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica responsabiliza-se pela prestação de:

> *cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica" (Diário da República, 2018, p.19368).*

Sendo que o papel do enfermeiro se entende como a "função esperada de um membro da profissão de enfermagem" (VHL, 2023), os enfermeiros, independentemente do nível de cuidados, são os profissionais presentes e que acompanham em proximidade, os clientes nas fases de transição de cuidados e de adaptação (OE, 2023). Por essa razão, poderão ter uma melhor compreensão das necessidades da população, mais concretamente daqueles que

têm maior necessidade de cuidados, respondendo às necessidades específicas de cada situação (George & Gomes, 2014).

Como unidade de competência do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, a OE (2018) designa que este seja capaz de promover intervenções especializadas, junto da pessoa/família, adequando estratégias de intervenção especializadas para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa/família, proporcionando uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto (OE, 2018). Assim, o Enfermeiro Especialista deve adotar medidas para capacitar o cliente/família, no processo de RM, incentivando o cliente/família a apresentar a lista de medicação atualizada, quando necessita de recorrer a uma unidade de prestação de cuidados de saúde; capacitar o cliente/família para o procedimento em caso de reação adversa ou incidente com a medicação; envolver o cliente/família nas tomadas de decisão em saúde, sempre que se efetuem alterações na sua lista de medicação; disponibilizar ferramentas que permitam ao cliente/família aceder a informação e capacitar-se para a adesão à medicação (DGS, 2024). A formação dos profissionais sobre o processo de RM é essencial para a sua correta implementação e efetividade, podendo o EEEMC também incidir a sua atuação nessa área.

3.4. A Teoria das Transições

Atendendo à sua relevância para a temática em estudo, a Teoria das Transições emergiu como referencial teórico que balizou este estudo. De acordo com Meleis, uma "Teoria de enfermagem é definida como uma conceptualização de algum aspeto da realidade de enfermagem comunicada com o propósito de descrever fenómenos, explicar relações entre fenómenos, prever consequências, ou prescrever cuidados de enfermagem" (Meleis, 2012, p.29).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, cujo desenvolvimento se iniciou em meados da década de 1960 (Guimarães & Silva, 2016), tem já sido objeto de várias revisões desde então. Esta Teoria sustenta-se em quatro pilares essenciais: a natureza da transição, as condicionantes da transição, os padrões de respostas da transição e as intervenções terapêuticas de enfermagem (Oliveira et al., 2020).

Meleis define transição como um processo de mudança ou passagem de um estado para outro. Essa transição pode ser de natureza pessoal, de papel social, de saúde ou de doença. Assim, aponta quatro tipos de transições: transições de desenvolvimento (normais e

previsíveis), transições de eventos situacionais (como doenças agudas), transições de eventos de saúde (mudanças na condição de saúde) e transições de eventos organizacionais (mudanças nas organizações de cuidados de saúde). Meleis destaca ainda, a importância de identificar fatores que facilitam ou impedem uma transição bem-sucedida. Esses fatores podem incluir apoio social, recursos financeiros, conhecimento e habilidades, entre outros. Por outro lado, a teoria enfatiza o papel dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, no apoio às pessoas durante as transições. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da adaptação positiva às mudanças e na facilitação dos processos de transição. Por fim, a teoria considera o contexto cultural como um elemento central nas transições (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis proporciona uma estrutura conceitual abrangente para entender os processos de mudança na vida das pessoas, especialmente no contexto de saúde e doença. É evidenciada a importância de considerar fatores contextuais e culturais para fornecer um cuidado de qualidade durante as diferentes transições que os indivíduos experimentam ao longo das suas vidas (Meleis et al., 2000).

A prevalência e o aumento da incidência de condições crónicas têm levado a que a maioria dos clientes procure apoio para gerir os seus problemas (McGowan, 2012). Daí que a RM, realizada sempre na transição de cuidados, seja uma das áreas em se deva desenvolver parceria não hierárquica entre o cliente e a equipa multidisciplinar, partilhando decisões e responsabilidades (Meetoo, 2008). Fireman et al. (2004) citado por Meetoo (2008) referem que os enfermeiros, como membros dessa equipa multidisciplinar, têm um papel importante na gestão de doenças crónicas, pois conseguem focar-se em intervenções abrangentes que lidam com aspetos físicos, psicossociais e relacionados com o estilo de vida. Neste sentido, evidencia-se como pertinente a Teoria das Transições ser mobilizada para a análise da RM no doente crónico em ambulatório.

4. Finalidade e objetivos

A pesquisa deve ser orientada por um objetivo claro, definindo o que será procurado e o que se pretende alcançar (Lakatos & Marconi, 2003). "O objetivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto" (Lakatos e Marconi, 2003, p. 157). A especificação do objetivo de uma pesquisa responde às questões: Porquê? Para quê? Para quem? (Lakatos & Marconi, 2003).

Com este estudo pretendeu-se mapear a evidência científica sobre o papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório, clarificando o seu papel no seio de uma equipa multidisciplinar. Como objetivos específicos, pretende-se a identificação de estratégias e intervenções que visam demonstrar o papel do enfermeiro no processo de RM no contexto de ambulatório. Este conhecimento é fulcral para uma compreensão mais eficaz e adequada desta temática e para permitir o aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros tendo como referencial uma prática baseada na evidência.

Como competências do EEEMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica englobam-se o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada com o cliente/família; a demonstração de competências específicas em técnicas de comunicação adaptadas ao cliente e ao contexto, reconhecendo as necessidades de intervenção especializada (OE, 2108).

Foi realizada uma pesquisa preliminar na JBI *Evidence Synthesis*, na CINAHL (via EBSCO), na MEDLINE (via PubMed), na PROSPERO e na *Open Science Framework* (OSF) para avaliar se existiam revisões sistemáticas ou revisões *scoping* já realizadas sobre o tema ou em execução, mas não foi encontrada nenhuma revisão. Deste modo, de forma a definir a problemática em estudo, a questão de investigação que sustentou e orientou a realização do presente estudo de investigação é: "Qual o papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório?". Para a construção da questão de investigação, recorreu-se à mnemónica "PCC", correspondente a População; Conceito e Contexto (Peters et al., 2020).

5. Metodologia

No presente trabalho optou-se pela realização de uma revisão *scoping* de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), e tendo em consideração os *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) para a redação do relatório da revisão.

Foram desenvolvidas as seguintes etapas da metodologia: formulação da pergunta de partida; o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para os estudos pesquisados, segundo as recomendações do JBI; a identificação, seleção e recolha dos estudos tendo em conta a sua qualidade metodológica, bem como a análise, síntese e posterior apresentação e discussão dos dados recolhidos (Tricco et al., 2018).

5.1. Desenho do estudo

As revisões *scoping* representam uma ferramenta valiosa dentro do cada vez mais extenso conjunto de métodos de síntese de evidências que requerem abordagens rigorosas e transparentes na sua execução, de forma a assegurar a confiabilidade dos resultados obtidos (Munn et al., 2018). A opção pela realização de uma revisão *scoping* relacionou-se com a necessidade de mapear a evidência disponível acerca da temática em estudo e de identificar as lacunas de conhecimento existentes (Munn et al., 2018).

A pesquisa foi desenvolvida em três fases, sendo a primeira fase constituída por uma pesquisa preliminar exploratória com recurso à JBI *Evidence Synthesis*, CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), PROSPERO e OSF para pesquisar termos e palavras-chave que permitissem desenvolver uma estratégia de pesquisa abrangente e sensível ao tema em estudo. Durante a primeira fase de pesquisa encontrou-se que "a reconciliação medicamentosa incompleta tem sido identificada como fonte de eventos adversos a medicamentos e ameaça à segurança do paciente" (Keogh et al., 2016, p.186) tendo-se verificado que seria um trabalho pertinente e inovador.

Os critérios de elegibilidade foram elaborados de acordo com o quadro de referência População, Conceito e Contexto [PCC] (Peters et al., 2020). Assim, quanto aos participantes, foram considerados estudos que abrangessem pessoas com doenças crónicas com idade superior a 18 anos. Relativamente ao Conceito consideraram-se os estudos que abordassem o papel do enfermeiro na reconciliação da medicação e no que diz respeito ao Contexto

incluíram-se os estudos desenvolvidos em contexto de ambulatório. Estudos que incluíssem e relacionassem esses dois conceitos, com as definições citadas, foram considerados nesta revisão.

A pesquisa foi realizada durante o mês de fevereiro de 2024 e as bases de dados de interesse onde decorreu a segunda fase da pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados na pesquisa inicial foram: *MEDLINE* (via *PubMed*), *CINAHL* (via *EBSCO*), *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Scopus*®. A literatura cinzenta foi pesquisada através das bases de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), *ProQuest - Dissertations and Theses* e *WorldCat*.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] (VHL, 2023) "Chronic Disease"; "*Medication Reconciliation*"; "*Ambulatory Care*"; "*House Calls*"; "*Home Care Services*"; "*Nurses*"; "*Nursing*"; "*Nursing Staff*"; "*Nurse Practitioners*"; "*Advanced Practice Nursing*"; e "*Nurse's Role*" (VHL, 2023). A pesquisa booleana usada encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2: Estratégia de pesquisa utilizada na Medline (via PubMed).

Frase booleana
("Chronic Disease"[MeSH Terms] OR "Chronic Disease"[Title/Abstract] OR "Chronic Disease*"[Title/Abstract] OR "Chronic Illness"[Title/Abstract] OR "Chronic Condition"[Title/Abstract] OR "Chronically Ill"[Title/Abstract] OR "Long Term Conditions"[Title/Abstract]) AND ("Medication Reconciliation"[MeSH Terms] OR "Medication Reconciliation"[Title/Abstract]) AND ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[Title/Abstract] OR ("House Calls"[MeSH Terms] OR "House Calls"[Title/Abstract] OR ("Home Care Services"[MeSH Terms] OR "Home Care Services"[Title/Abstract] OR "Outpatient Care"[Title/Abstract] OR "Home Visit*"[Title/Abstract] OR "Home Visiting"[Title/Abstract] OR "Home Care"[Title/Abstract] OR "Home Health Care"[Title/Abstract] OR "Home Based"[Title/Abstract] OR "Ambulatory*"[Title/Abstract] OR "Outpatient Health Services"[Title/Abstract] OR "Outpatient Service*"[Title/Abstract] OR "Domiciliary Care"[Title/Abstract]) AND ("Nurses"[MeSH Terms] OR "Nurses"[Title/Abstract] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[Title/Abstract] OR "Nursing Staff"[MeSH Terms] OR "Nursing Staff"[Title/Abstract] OR "Nurs*"[Title/Abstract] OR "Nursing Practice"[Title/Abstract] OR "Nurse Practitioners"[MeSH Terms] OR "Nurse Practitioners"[Title/Abstract] OR "Advanced Practice Nursing"[MeSH Terms] OR "Advanced Practice Nursing"[Title/Abstract] OR "Nurse's Role"[MeSH Terms] OR "Nurse's Role"[Title/Abstract] OR "Nursing Personnel"[Title/Abstract] OR "Nurse Led Intervent*"[Title/Abstract] OR "Nurs* Intervent*"[Title/Abstract])

Foram incluídos estudos quantitativos, observacionais, experimentais, qualitativos, estudos de métodos mistos, revisões de literatura, literatura cinzenta e artigos de opinião, sem limitação temporal ou de idioma, uma vez que se pretendeu realizar uma análise abrangente sobre o tema.

Concluída a pesquisa, os estudos encontrados foram exportados para a plataforma *Rayyan* (*Qatar Computing Research Institute*, Doha, Qatar), onde foram detetados os duplicados e onde se procedeu à avaliação dos artigos quanto a relevância, análise do título e do resumo para verificação dos critérios de elegibilidade. A avaliação dos títulos e resumos e dos textos integrais foi efetuada por dois revisores independentes. Seguidamente, foi realizada a leitura e análise integral dos artigos que cumprissem esses critérios. Por fim, numa terceira etapa, as listas de referências bibliográficas dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para pesquisa de potenciais artigos relevantes adicionais.

Na fase de extração de dados foi desenvolvida pelos investigadores uma tabela para a extração de informações relevantes dos estudos incluídos. Prosseguiu-se com a análise dos resultados, de acordo com temas, seguindo-se uma síntese narrativa dos principais resultados encontrados (Tricco et al., 2018).

O protocolo desta revisão foi registado na plataforma *Open Science Framework*, contribuindo para transparência e rigor do trabalho desenvolvido (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/WN8JA).

5.2. Considerações éticas

A Enfermagem sendo uma profissão com a sua própria regulamentação, possui princípios éticos e deontológicos estabelecidos para serem seguidos no seu exercício, onde se inclui a investigação, os quais estão definidos tanto na ética profissional quanto no regulamento do exercício profissional do enfermeiro (Nunes, 2020).

Segundo Nunes, que cita o *International Council of Nurses*, na investigação em enfermagem é necessário destacar as questões relativas à integridade na investigação, as questões ligadas à vulnerabilidade em relação aos direitos humanos e aos grupos vulneráveis (Nunes, 2020).

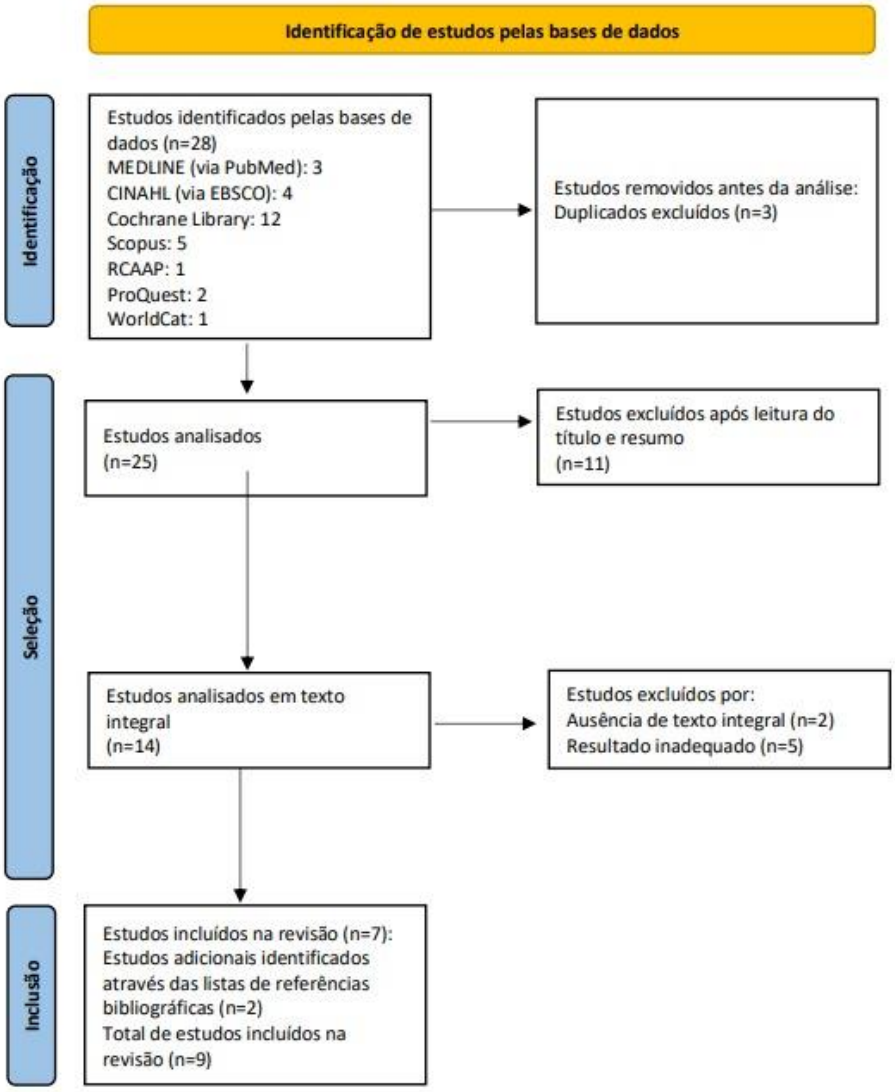
A presente revisão *scoping* integra o projeto *ePowerCare4All* que se encontra sob análise da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

Todos os pressupostos éticos e de integridade dos investigadores e da propriedade intelectual foram cumpridos durante a revisão, não existindo conflitos de interesses dos investigadores na sua realização.

6. Resultados

Nesta revisão *scoping* foram incluídos 9 estudos, 2 dos quais identificados após a análise das listas de referências bibliográficas. O fluxograma PRISMA representado na Figura 2, apresenta de forma esquemática o processo de identificação e seleção dos estudos incluídos, apontando os motivos de exclusão dos estudos encontrados.

Figura 2: Fluxograma PRISMA. (Adaptado de Page et al., 2021).



Dos 9 estudos incluídos nesta revisão *scoping*, 7 estudos foram publicados de 2007 a 2023 em países como Austrália, Canadá, Colômbia, Egito, Estados Unidos da América, Singapura e a nível europeu, Bélgica, Dinamarca, Holanda e Irlanda, estando incluídos um projeto de melhoria contínua da qualidade (McGill, 2020), 2 revisões sistemáticas (Cole et al., 2023; Redmond et al., 2018), 1 estudo etnográfico (Kollerup et al., 2018), 1 estudo descritivo não-experimental (Costa et al., 2011) e 2 estudos prospetivos (Nassaralla et al., 2007, 2009). Da literatura cinzenta foram incluídos 2 estudos, sendo 1 um projeto de mestrado (revisão de literatura) (Idudhe et al., 2014) e o outro uma dissertação (Becker & Fehring, 2009), ambos elaborados nos Estados Unidos da América.

A nível mundial, e após a análise dos estudos selecionados nesta *scoping review*, verificou−se que, embora se reportem a diferentes tipos de estudos e metodologias, apresentam conclusões muito semelhantes no que diz respeito ao papel do enfermeiro na RM em contexto de ambulatório e que permitem dar respostas à questão de investigação.

Através da análise temática realizada, os principais temas identificados foram a reconciliação da medicação (Becker & Fehring, 2009; Idudhe et al., 2014; Nassaralla et al., 2007, 2009); cuidados de saúde ao domicílio/ambulatório (Costa et al., 2011; Idudhe et al., 2014; Kollerup et al., 2018; McGill, 2020; Nassaralla et al., 2007, 2009); idosos/clientes com doenças crónicas (Cole et al., 2023; Costa et al., 2011; McGill, 2020); gestão da medicação (Kollerup et al., 2018); transição de cuidados (Costa et al., 2011; Redmond et al., 2018); segurança do cliente que incluem discrepâncias da medicação, erros de transcrição de medicação e/ou eventos adversos a medicamentos (Becker & Fehring, 2009; Costa et al., 2011; Idudhe et al., 2014; Kollerup et al., 2018; Redmond et al., 2018); e polifarmácia (Cole et al., 2023).

Na temática da RM, McGill (2020) no seu estudo propõe intervenções do enfermeiro como: abordar a RM, reconhecer todas as deficiências dos medicamentos que o cliente tem e agendar consultas de acompanhamento com o médico do cliente. Desenvolveu, de igual forma, um plano de cuidados de autogestão da doença crónica que inclui um teste usado para avaliar a gravidade dos sintomas da doença, um plano de ação, um plano de autogestão e folhetos educativos relativos a aspetos da doença. McGill (2020) concluiu que se houvessem medidas adicionais para melhorar a consistência da implementação das intervenções de autogestão da doença crónica, poderia obter-se uma redução significativa de reinternamentos nos clientes. No entanto, com as medidas adotadas, houve redução nas readmissões da doença crónica em 30 dias, bem como melhorias na RM de clientes a receber acompanhamento oportuno com a sua equipa de saúde.

A RM em ambulatório tem o objetivo de melhorar a precisão geral das listas de medicamentos, sendo necessário para tal fornecer *feedback* de desempenho e treino aos profissionais de saúde, aumentando a consciencialização do cliente e também incentivando a sua participação na RM, sendo que os resultados revelaram que a precisão das listas de medicamentos melhorou de 20,4% para 50,4% (Nassaralla et al., 2009). Intervenções eficazes que melhoraram a integridade das listas de medicamentos e dos medicamentos individuais incluíram: aumentar a participação da equipa de saúde e do cliente no processo de RM; aumentar a consciencialização sobre RM; educar sobre a importância de listas precisas de medicamentos; treino dos enfermeiros; e *feedback* de desempenho (Nassaralla et al., 2009).

Como resultado da intervenção de sensibilização do cliente (quando os clientes foram convidados a participar ativamente no processo, trazendo os seus recipientes de medicamentos ou uma lista de medicamentos atualizada), a correção das listas de medicamentos melhorou de 23,1% para 37,7% (Nassaralla et al., 2009).

Para aumentar a participação dos clientes no processo de RM e a precisão das listas de medicamentos, os clientes devem ser educados sobre a importância de conhecer os seus medicamentos e desempenhar um papel mais ativo na ajuda aos seus prestadores de cuidados primários na gestão dos seus problemas de saúde, sendo importante a elaboração de um folheto educativo com o objetivo de ajudar os clientes a entender por que os medicamentos foram prescritos e por que eles devem ter conhecimento sobre os medicamentos que estão a tomar (Nassaralla et al., 2009).

De salientar a necessidade de padronização de todo o processo de atendimento em que cada membro da equipa de saúde é instruído sobre o seu papel para aumentar a precisão da lista de medicamentos documentada, sendo importante destacar a participação ativa de todos os membros da equipa de saúde e do cliente (Nassaralla et al., 2007). Todo este processo mostra uma melhoria significativa na documentação completa de toda a lista de medicamentos e medicamentos individuais e que pode ser alcançada num curto espaço de tempo, desde que sejam envolvidos e treinados todos os membros da equipa de saúde, e lhes seja fornecido *feedback* de desempenho de forma a educá-los em áreas de deficiência (Nassaralla et al., 2007).

É da responsabilidade do enfermeiro a prestação de cuidados seguros e eficazes aos clientes, reduzindo as discrepâncias na medicação (Idudhe et al.,2014). O propósito da participação do cliente através da implementação de uma intervenção de consciencialização do cliente no ambulatório sobre o processo de RM, que inclui o uso de cartazes, folhetos e lembretes de

telefonemas pré-consulta para os clientes trazerem os seus medicamentos demonstrou que as listas de medicamentos completas melhoraram de 23,1% para 37,7% e a precisão da lista de medicamentos melhorou de 11,5% a 29,0% (Idudhe et al., 2014). O folheto incluía perguntas e respostas para ajudar os clientes a prevenir erros com os seus medicamentos, incluindo respostas relacionadas com o que o cliente devia saber sobre os seus medicamentos; sobre o que o cliente podia fazer no hospital ou clínica para ajudar a evitar erros com os seus medicamentos; e sobre quem era responsável pelos seus medicamentos (Idudhe et al., 2014). A RM requer uma abordagem de equipa que inclui enfermeiros, médicos e clientes (Idudhe et al., 2014).

Intervenções educacionais realizadas por enfermeiros para melhorar a precisão das listas de medicamentos do registo médico eletrónico e uma intervenção de consciencialização do cliente relativamente à necessidade de ter os seus medicamentos atualizados devem ser implementadas (Idudhe et al., 2014).

Relativamente ao tema da gestão da medicação, Kollerup et al. (2018) no seu estudo desenvolveram um programa de 12 etapas na gestão de medicação, que possibilita o ajuste da gestão de medicação pelos enfermeiros ao real estado de saúde dos clientes; garante aos enfermeiros oportunidades para desenvolverem continuamente as suas competências de observação e de fazerem julgamentos clínicos sólidos; estabelece processos de trabalho interprofissionais que apoiem a avaliação contínua das necessidades dos clientes e o ajuste dos cuidados e do tratamento; e esclarece as expectativas quanto à responsabilidade dos enfermeiros e à privacidade dos clientes.

De referir a importância dos enfermeiros como *coaches* na gestão de medicamentos sendo que a comunicação de informações precisas e completas sobre medicamentos em todos os ambientes de saúde e aos clientes/famílias é fundamental para a coordenação dos cuidados (Costa et al., 2011). Com enfermeiros como *coaches* em casa, é promovida uma abordagem individualizada (Costa et al., 2011).

Relativamente à gestão de medicação pós-hospitalar por enfermeiros visitantes no contexto domiciliário, podem ser estipuladas intervenções de enfermagem tais como: estabelecer uma relação enfermeiro-cliente no início de cada consulta, para observar a sua condição e obter conhecimento sobre eles por meio da comunicação não-verbal e verbal, sendo que o enfermeiro deve utilizar a sua capacidade de improvisar, usar a imaginação e experimentar diferentes soluções; e mediar o conhecimento do cliente e recorrer a outras fontes de

conhecimento, como habilidades de observação, documentação escrita ou colaboradores (Kollerup et al., 2018).

No que se refere aos cuidados de saúde ao domicílio/ambulatório, Kollerup et al. (2018) descrevem que as visitas domiciliárias resolviam 62,0% mais discrepâncias do que o efeito do acompanhamento telefónico dos enfermeiros visitantes. A realização de consulta por um enfermeiro gestor de caso, preferencialmente em visitas domiciliárias, demonstrou uma diminuição significativa de reinternamentos, consultas médicas e melhor resolução de discrepâncias de medicação (Kollerup et al., 2018).

O uso de uma entrevista estruturada a ser realizada por telefone 48 horas após a alta e uma visita domiciliária dentro de 14 dias após a alta para observar o uso de medicamentos em casa e os sintomas relacionados à doença pode ser implementada (Costa et al., 2011). Os enfermeiros procedem à colheita de informações relacionadas à autogestão de medicamentos, incluindo aquisição, organização, toma/uso de medicamentos e obtenção de renovação de medicação (Costa et al., 2011). O acompanhamento por telefone seria concluído 30 dias após a alta para avaliar a resolução de discrepâncias de medicação e consultas de saúde e chamadas adicionais em 60 e 90 dias seriam focadas em identificar readmissões e visitas ao serviço de urgência (Costa et al., 2011).

7. Discussão

Nesta revisão *scoping,* após avaliação dos estudos selecionados, constatou-se que, apesar dos diversos tipos de estudos e metodologias, estes apresentam conclusões bastante semelhantes sobre o papel do enfermeiro na RM no doente crónico em contexto de ambulatório. Reconhece-se, no entanto, a evidência científica limitada sobre o processo de RM em contexto de ambulatório.

Como já referido anteriormente, a RM constitui o processo durante o qual a lista completa e precisa dos medicamentos atuais é criada e depois comparada com os medicamentos incluídos nos registos do cliente, e permite evitar erros (Wilson et al., 2013).

O doente crónico é aquele que necessita de terapêutica medicamentosa ideal para alcançar os melhores resultados clínicos e qualidade de vida sendo que a maioria destes indivíduos deve tomar medicamentos indefinidamente e, por conseguinte, deve desenvolver uma aliança terapêutica com os seus prestadores de cuidados de saúde. Estes prestadores devem tomar medidas para garantir que os seus clientes tenham uma experiência de uso de medicamentos segura, eficaz e compatível (Unni, 2023).

O processo de RM é desafiador e depende da participação e parceria de prestadores de cuidados e clientes. Estes últimos intervenientes nem sempre estão conscientes da importância da sua participação ou sentem que o seu envolvimento é desnecessário (Idudhe et al., 2014).

Os autores dos estudos analisados encontram-se em concordância no que se refere à identificação da necessidade de reconciliação sistemática e acompanhamento dos regimes de medicação (Idudhe et al., 2014; Kollerup et al., 2018; Nassaralla et al., 2007, 2009). Portanto, torna-se importante educar os clientes sobre a sua doença e medicação através da RM, identificando e corrigindo as discrepâncias na medicação. Se estas não forem identificadas e corrigidas, a segurança do cliente estará em risco (Idudhe et al., 2014).

No entanto, McGill (2020) refere que a inconsistência na implementação da intervenção sugere que seriam necessárias medidas adicionais para promover uma maior consistência e sustentabilidade da implementação, incluindo: incorporação de componentes de intervenção e/ou lembretes nos registos médicos eletrónicos e reduções nos rácios enfermeiros/clientes.

Kollerup et al. (2018) evidenciam a importância das competências de observação dos enfermeiros e o envolvimento ativo dos familiares do cliente como uma fonte valiosa de conhecimento, com conhecimento profundo das necessidades e preferências do cliente. É reforçada a ideia de que a natureza das visitas domiciliárias dos enfermeiros visitantes era em si inexplorada (Kollerup et al., 2018).

Costa et al. (2011) refere que através do diálogo positivo, em vez da entrevista formal, o enfermeiro em contexto de ambulatório através das visitas domiciliárias, produz um ambiente cooperativo que permite aos clientes e às famílias solicitar abertamente as informações necessárias para melhorar a autogestão. Costa et al. (2011) sugere o uso de uma entrevista estruturada a ser realizada por telefone 48 horas após a alta e uma visita domiciliária dentro de 14 dias após a alta para observar o uso de medicamentos em casa e os sintomas relacionados à doença.

A RM não é apenas uma tarefa, mas uma oportunidade de educar e ter uma comunicação significativa com os clientes, daí que a combinação das intervenções dos clientes e da equipa resultaram numa mudança positiva e melhoraram a segurança e a qualidade dos cuidados (Kollerup et al., 2018).

Nassaralla et al. *(*2007, 2009) afirmam que as evidências demonstram que o processo de RM é eficaz na prevenção de eventos adversos a medicamentos. No entanto, existe pouca evidência a demonstrar como realizar o processo de forma eficaz ou descrevendo os custos associados à conceção e implementação de programas (Nassaralla et al., 2007, 2009).

Alguns estudos incidem a sua atenção no papel do enfermeiro na RM na transição de cuidados, em que enfermeiro pode desempenhar um papel crucial, destacando-se a colheita de informações sobre o regime medicamentoso, a comparação da lista de medicamentos prescritos e a deteção precoce de discrepâncias, a comunicação interprofissional, a educação para a saúde e o empoderamento do cliente (Costa et al., 2011; Redmond et al., 2018).

Um processo eficaz de RM em todos os ambientes de cuidados reduz os erros. Comparar o que está a ser tomado num ambiente com o que foi prescrito noutro evitará erros de omissão, interações medicamentosas, interações medicamentosas-doenças e outras discrepâncias. A RM é um componente importante do atendimento seguro ao cliente em qualquer ambiente (Barnsteiner, 2008).

Os estudos encontrados salientam a importância da RM em contexto de ambulatório, mas não destacam qual o papel do enfermeiro nesse processo, no seio de uma equipa multidisciplinar (Nassaralla et al*.,* 2007, 2009).

Existem inúmeras áreas para estudo do envolvimento dos enfermeiros na área da RM, em que este pode intervir. A evidência carece de estudos para a identificação clara das responsabilidades do enfermeiro na RM; na projeção de programas de educação para profissionais de saúde; na projeção de implementação de um processo de monitorização; e na educação de clientes/família (Barnsteiner, 2008).

Barnsteiner (2008) afirma que são necessários estudos multilocais e em toda a continuidade dos cuidados para avaliar a extensão do problema; bem como estudos sobre a sustentabilidade dos processos de RM (aos 6, 12 e 24 meses) para avaliar a manutenção das melhorias.

Poucos estudos foram publicados a demonstrar como realizar o processo de forma eficaz ou descrevendo os custos associados à conceção e implementação de programas.

No que diz respeito à RM em contexto hospitalar, existe alguma evidência científica. Segundo Costa e Silva et al. (2022), as discrepâncias na medicação podem ocorrer no momento da admissão, durante o internamento ou no momento da alta hospitalar. Becker & Fehring (2009) referem que os registos de medicação hospitalar são configurados com base em históricos de medicação, e que se estes forem imprecisos ou incompletos, erros de medicação podem ocorrer.

Costa e Silva et al. (2022) admitem que os hospitais ainda encontram muitos desafios para aplicarem a RM na prática clínica, uma vez que a falta de uniformização e clareza nas medidas e conceitos pode levar a inconsistências e dificuldades na sua implementação. Além disso, a diversidade cultural, regulatória e organizacional dos países europeus também pode dificultar a adoção de estratégias comuns. Para superar esses desafios, é essencial promover a colaboração e troca de experiências entre os países da UE, bem como desenvolver diretrizes e padrões comuns que possam servir como base para a implementação de práticas eficazes de gestão de recursos em saúde. Além disso, é importante investir em pesquisas e estudos que possam fornecer evidências claras e orientações para a tomada de decisões nesse campo (Costa e Silva et al., 2022).

A evidência demonstra que há estudos relativos à RM na transição de cuidados porque é nesta fase que ocorrem discrepâncias na medicação que incluem omissão de medicação, erros de prescrição e falha na comunicação de alterações nos medicamentos (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2023). Segundo a RNAO (2023), cada membro da equipe interprofissional deve ter consciência do seu papel na transição de cuidados, tendo em mente que as pessoas com necessidades de cuidados complexos podem beneficiar de

apoio adicional, como o acompanhamento regular de um profissional de saúde que possa identificar e resolver obstáculos aos cuidados, além de atender às necessidades de cuidados em constante mudança. Esses profissionais de saúde devem avaliar se as pessoas têm capacidade para seguir as instruções; se as pessoas são capazes de aderir a regimes de medicação específicos com base no seu estilo de vida pessoal e preferências; e se as pessoas entendem ou não as alterações feitas nos seus medicamentos (RNAO, 2023).

A RNAO afirma que as abordagens interprofissionais devem ser sistematizadas durante as transições nos cuidados, e acrescenta que se a comunicação entre os profissionais de saúde for interrompida durante as transições entre os diferentes ambientes, poderá resultar em danos significativos (RNAO, 2023).

A colaboração entre os clientes/família e profissionais de saúde é desejável para informar e capacitar as pessoas para a autogestão dos medicamentos e melhorar os resultados de saúde e a sua segurança, sendo importante fornecer às pessoas informações sobre os seus medicamentos e como usá-los com segurança, fornecendo folhetos informativos e/ou aconselhamento como por exemplo um número de contato para o qual as pessoas possam ligar quando tiverem dúvidas ou problemas relacionados com os seus medicamentos (RNAO, 2023).

Tendo em conta os resultados obtidos através dos estudos analisados pode-se admitir que os mesmos se enquadram no referencial teórico de Afaf Meleis, dado que na Teoria das Transições se encontra explanada a transição situacional na alta hospitalar, onde as necessidades de cuidados vão para além da alta para o domicílio, e em que a gestão das complexidades da recuperação requer a colaboração do cliente/família; assim como a transição saúde/ doença, referindo-se à transição na doença crónica (Meleis et al., 2011). Meleis et al. (2010), definiram como propriedades nas experiências de transição: conhecimento/consciência, compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos, tendo sido estes conceitos já mencionados através dos estudos analisados.

Organizações internacionais, como a OMS e nacionais como a DGS têm incentivado a implementação do processo de RM para melhorar a segurança do cliente, afirmando que este se trata de um processo multidisciplinar, dinâmico, contínuo e centrado no cliente e com responsabilidade partilhada (Sousa, 2022).

A nível nacional, não foram encontrados estudos realizados na área específica da RM no doente crónico em contexto de ambulatório, havendo uma necessidade de se realizarem estudos nesta área.

8. Conclusão

Com a realização desta revisão *scoping* pretendeu-se dar resposta à questão de investigação inicialmente enunciada: "Qual o papel do enfermeiro na reconciliação da medicação no doente crónico em ambulatório?".

A RM incompleta foi identificada como uma fonte de eventos adversos a medicamentos e uma ameaça para a segurança do cliente. A melhor forma de medir e melhorar as taxas de RM em cuidados ambulatoriais permanece ainda desconhecida, decorrendo daí a necessidade de investigar esta temática.

De acordo com os estudos incluídos nesta revisão *scoping*, pode concluir-se que um número crescente de doentes complexos com exacerbação significativa das suas doenças recebe cuidados em contexto de ambulatório, sendo que as hospitalizações tendem a ser destinadas a clientes com doenças graves ou de alto risco. No entanto, a maioria dos estudos relacionados com eventos adversos relacionados com medicamentos foram realizados em ambiente hospitalar.

Como resposta à questão de investigação verificou−se que diferentes estudos mostraram que o enfermeiro pode ter um papel importante na prestação de cuidados seguros e eficazes aos clientes, reduzindo as discrepâncias na medicação. No entanto, a RM requer uma abordagem de equipa que inclui enfermeiros, médicos e clientes.

O enfermeiro pode contribuir para a consciencialização do cliente sobre o processo de RM no ambulatório, com o uso de cartazes, folhetos e lembretes de telefonemas pré-consulta para os clientes trazerem os seus medicamentos. Os estudos mostram que intervenções de *coaching* implementadas por enfermeiros, focadas na adesão à medicação têm sido eficazmente realizadas durante e após a hospitalização e que são fundamentais para a coordenação dos cuidados.

Os estudos sugerem que é preponderante o estabelecimento de uma relação enfermeiro-cliente em contexto de ambulatório, para observar a condição dos clientes e obter conhecimento deles por meio da comunicação não-verbal e verbal. Esta relação do enfermeiro com os clientes, que muitas vezes apresentam reduzida capacidade de expressar necessidades e desejos, pode depender da capacidade do enfermeiro de improvisar, usar a imaginação e experimentar diferentes soluções. O enfermeiro pode atuar como mediador do conhecimento do cliente e pode recorrer a outras fontes de conhecimento, como

documentação escrita ou colaboradores. Competências de observação dos enfermeiros foram consideradas importantes e foi proposta a sua enfatização na educação em enfermagem e no desenvolvimento contínuo de competências de enfermagem.

Visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros ajudaram a eliminar a ambiguidade das discrepâncias de medicação e reduziram as taxas de reinternamento e de consultas médicas, mas a natureza das visitas domiciliárias dos enfermeiros visitantes encontra-se em si inexplorada e, mais importante, pode depender do contexto específico da visita. Alguns estudos propõem ainda que deveria ser desenvolvida regulamentação detalhada da gestão de medicamentos nos cuidados de saúde no contexto de domicílio.

A literatura evidencia que se houvessem medidas adicionais para melhorar a consistência da implementação das intervenções de autogestão da doença crónica, poderia obter-se uma redução significativa de reinternamentos nos clientes. Apesar de termos encontrado várias intervenções passíveis de serem realizadas por enfermeiros, considera-se que é necessário realizar mais estudos primários relacionados com o tema.

Com este estudo, pode-se concluir que o enfermeiro poderá ser um elo fundamental entre o ambiente hospitalar e o contexto domiciliário, atuando como facilitador na transição de cuidados. Ressalva-se ainda que para além do envolvimento dos profissionais de saúde, em específico do enfermeiro, é crucial o envolvimento do cliente no processo de RM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Lopes et al. (2018, p.4), "a Saúde é dos sectores que mais depende de recursos humanos qualificados". Daí que:

> *a Especialização em Enfermagem é uma tendência internacional, tendo-se definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar atividades do seu âmbito de competências mais complexas, que extravasam o domínio dos cuidados gerais* (Lopes et al., 2018, p.5).

Atualmente, torna-se cada mais preponderante a capacitação dos enfermeiros, com o intuito de assumirem um papel mais ativo e impactante, agindo de forma mais interveniente ao tomarem decisões mais informadas, livres e esclarecidas, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde e para a satisfação das pessoas.

Durante o estágio, adquiriram-se novos conhecimentos, os quais foram apresentados neste relatório através de uma análise crítico-reflexiva sobre as competências do Enfermeiro Especialista. Considera-se que os objetivos propostos foram cumpridos no que diz respeito à compreensão da perceção do doente crónico complexo sobre a sua doença, identificando possíveis obstáculos em relação à adesão ao regime terapêutico, promovendo intervenções eficazes para facilitar a transição saúde/doença; assim como no que se refere à capacitação do cliente/família na gestão da sua doença crónica e tendo sempre em conta uma responsabilidade partilhada.

De acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado da ESSNorteCVP (artigo 1º, p. 2), o grau de mestre "é conferido aos que demonstrem: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação". Neste contexto deve, igualmente, "saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo" (ESSNorteCVP, 2023, p.2).

Através da análise reflexiva realizada com este relatório, considera-se que foram desenvolvidas as competências exigidas que incluíram a integração de conhecimentos, a

capacidade de lidar com questões complexas, o desenvolvimento de soluções, e a aquisição de aprendizagens que permitem uma aprendizagem contínua e sobretudo autónoma (ESSNorteCVP, 2023). Promoveu-se a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e identificou-se a necessidade da realização de trabalhos em contexto de ambulatório, nomeadamente no âmbito da RM.

Os enfermeiros, no seio de uma equipa multidisciplinar, são fundamentais na gestão de doenças crónicas devido à sua aptidão de se focarem em ações complexas que incluem questões físicas, psicossociais e de estilo de vida (Fireman et al., 2004, como citado por Meetoo, 2008).

No final do presente relatório é de salientar o interesse pela temática da RM, da segurança do cliente e da transição de cuidados. O enfermeiro pode dar respostas às necessidades de atuação, agindo de forma proativa e identificando clientes em situações e com patologias complexas (David et al., 2020). A RM no ambulatório tem o objetivo de melhorar a precisão geral das listas de medicamentos, sendo necessário para tal fornecer *feedback* de desempenho e treino aos profissionais de saúde, aumentando a consciencialização do cliente e também incentivando a sua participação na RM (Nassaralla et al., 2009).

Os principais resultados encontrados com a realização da revisão *scoping* contribuíram para a definição do papel que os enfermeiros podem e devem desempenhar para garantir que os benefícios da RM estejam disponíveis para clientes em contexto de ambulatório. No entanto, através dos estudos analisados verificou-se que há necessidade de padronização do processo de atendimento em que cada membro da equipa de saúde é instruído sobre o seu papel para aumentar a precisão da lista de medicamentos documentada, sendo importante destacar a participação ativa de todos os membros da equipa de saúde e do cliente (Nassaralla et al., 2007).

O processo de RM é um processo desafiador e que depende da participação e parceria de prestadores de cuidados e clientes. Estes últimos intervenientes nem sempre estão conscientes da importância da sua participação ou sentem que o seu envolvimento é desnecessário (Idudhe et al., 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro-Lefevre, R. (2000). Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. *Trad. de Ana Maria Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed*, 52-89. https://app.bczm.ufrn.br/home/#/item/64801

Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, *70*, 210-219. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214

Al-Hashar, A., Al-Zakwani, I., Eriksson, T., & Al Za'abi, M. (2017). Whose responsibility is medication reconciliation: Physicians, pharmacists or nurses? A survey in an academic tertiary care hospital. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 25(1), 52–58. https://doi.org/10.1016/j.jsps.2015.06.012

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. International journal of geriatric psychiatry, 14(10), 858–865. https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8

António, I. (2022). A "autodeterminação do doente" enquanto novo paradigma da medicina e o consentimento informado como seu instrumento concretizador: Alguns casos especiais de consentimento. In A. S. P. Oliveira & P. Jerónimo (Eds.), *Liber Amicorum Benedita Mac Crorie volume I*. (pp. 485–507). UMinho Editora. https://doi.org/10.21814/uminho.ed.97.24

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira. A., Pinto, C., & Martins, T. (2007). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa, PT: ISPA.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf

Armold S. (2019). Case management: An overview for nurses. *Nursing*, *49*(9), 43–45. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83

Barnsteiner, J. H. (2008). Medication Reconciliation. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and*

Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Barros, A. C. L., Menegaz, J. D. C., Santos, J. L. G. D., Polaro, S. H. I., Trindade, L. L., & Meschial, W. C. (2023). Nursing care management concepts: scoping review. *Revista brasileira de enfermagem*, *76*(1), e20220020.

Becker, K., & Fehring, R. (2009). Efficacy of a behavioral intervention to decrease medication transcription errors among professional nurses. *ProQuest Dissertations and Theses*, *3379541*, 117.

Case Management Society of America. (2016). Standards of practice for case management.

Catela, A. I., & Amendoeira, J. (2010). Viver a adesão ao regime terapêutico: experiências vividas do paciente submetido a um transplante cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 39–54. https://doi.org/10.56732/pensarenf.v14i2.44

Coelho, M.T.V. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros.* [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Cole, J., Gonçalves-Bradley, D., Alqahtani, M., Barry, H., Cadogan, C., Rankin, A., Patterson, S., Kerse, N., Cardwell, C., Ryan, C. (2023). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub5

Costa e Silva, T., Dias, P., Alves e Cunha, C., Feio, J., Lavrador, M., Oliveira, J., Figueiredo, I. V., Rocha, M. J., & Castel-Branco, M. (2022). Reconciliação Terapêutica na Admissão de um Serviço de Medicina Interna: Estudo-Piloto Acta Médica Portuguesa, 35(11), 798–806. https://doi.org/10.20344/amp.16892

Costa, L. L., Poe, S. S., & Lee, M. C. (2011). Challenges in posthospital care: Nurses as coaches for medication management. *Journal of Nursing Care Quality*, *26*(3), 243–251. https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31820e1543

Crepaldi, M.A. (1998). Famílias de crianças acometidas por doenças crônicas: representações sociais da doença. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 8 (14-15), 151–167. https://doi.org/10.1590/S0103-863X199800010001

David, H. M. S. L., Riera, J. R. M., Mallebrera, A. H., & Costa, M. F. L. D. (2020). Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o

desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciencia & saude coletiva*, 25(1), 315–324. https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019

DeJesus, R. S., Howell, L., Williams, M., Hathaway, J., & Vickers, K. S. (2014). Collaborative care management effectively promotes self-management: patient evaluation of care management for depression in primary care. *Postgraduate medicine*, *126*(2), 141–146. https://doi.org/10.3810/pgm.2014.03.2750

Delgado, A.B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos (Vol. 2, Número 2, pp. 81–100).

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República: II Série, Parte C, Nº187 (24 de setembro). https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Direção Geral da Saúde. (2010). Para uma política nacional de educação terapêutica / autogestão do doente crónico. https://pns.dgs.pt/files/2010/07/doencronica.pdf

Direção Geral da Saúde. (2012). Norma nº 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx

Direção Geral da Saúde. (2016). Norma 018/2016: Reconciliação da Medicação. https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/12/30/reconciliacao-da-medicacao/

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas: Literacia em Saúde, Capacitação dos profissionais de saúde. https://www.chuc.min−saude.pt/media/literaciasaude/manual−de−boas−praticas−literacia−em−saude−capacitacao−dos−profissionais−de−saude−pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026: Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2024). Norma nº 018/2016 de 30/12/2016, atualizada a 01/03/2024 - Reconciliação da Medicação. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-182016-de-30122016-atualizada-a-01032024-pdf.aspx

Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. A., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 105-116. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9899/1/EC-09-2009.pdf

Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, *22*(3), 285–96. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i3.10243

Ferreira, C.S.R. (2012). *O papel do enfermeiro como facilitador na transição saúde-doença à pessoa com enfarte agudo do miocárdio*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Flagg, A. J. (2015). The Role of Patient-Centered Care in Nursing. Transformational Tool Kit for Front Line Nurses, 50(1), 75–86. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.006

Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2016). Nursing unit leaders' influence on the long-term sustainability of evidence-based practice improvements. *Journal of Nursing Management*, 24(3), 309–318. https://doi.org/10.1111/jonm.12320

Garland-Baird, L., & Fraser, K. (2018). Conceptualization of the Chronic Care Model: Implications for Home Care Case Manager Practice. *Home Healthcare Now*, *36*(6). https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/fulltext/2018/11000/conceptualization_of_the_chronic_care_model_.6.aspx

George, F. & Gomes, S. (2011). Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas. Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-em-doencas-cronicas-pdf.aspx

Guerra, J. (2009). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. https://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf

Guimarães, M.S.F., Silva, L.R. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. (2016).

https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf

Idudhe, A., Pavlic, D., & Gallo, T. (2014). Increasing Patient Participation in the Medication Reconciliation Process. https://repository.usfca.edu/capstone/97/

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2021). Understanding Nurse-led Case Management in Patients with Chronic Illnesses: A Realist Review. *Western journal of nursing research*, *43*(2), 182–195. https://doi.org/10.1177/0193945920943827

Keogh, C., Kachalia, A., Fiumara, K., Goulart, D., Coblyn, J., & Desai, S. P. (2016). Ambulatory Medication Reconciliation: Using a Collaborative Approach to Process Improvement at an Academic Medical Center. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 42*(4), 186-AP2. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42023-4

Kollerup, M. G., Curtis, T., & Schantz Laursen, B. (2018). Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(1), 222–232. https://doi.org/10.1111/scs.12451

Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing*, *55*(3), 320–329. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. - São Paulo: Atlas.

Lester, P. E., Sahansra, S., Shen, M., Becker, M., & Islam, S. (2019). Medication Reconciliation: An Educational Module. *MedEdPORTAL*, *15*, 10852. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10852

Lima, F. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. Brasil: *Revista Espaço Para a Saúde*. Vol. 15, n.º 3, p. 22-29. ISSN 15177130

Lopes, M.A., Gomes, S.C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Lopes, A. S., Filipe, B., & Esteves, S. L. (2019). Literacia em saúde: a segurança no comunicar: um instrumento de orientação pedagógica para profissionais de saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 119−147). Lisboa: Edições lSPA [ebook].

Marshall, S. E. (2023). Practice review: Medication reconciliation in the ambulatory setting. *Nursing Management, 54*(11), 30-35. https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000070

Martins, M. M., Martinho, J., Reis Santos, M., Barbieri-Figueiredo, M. C., Oliveira, P., Fernandes, I., ... & Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família-estudo comparativo nos CSP e no Hospital. *Redes de conhecimento em enfermagem de família*, 20-32. ISBN 978-989-96103-3-0

Mattos, S., Moreira, T. M., Pereira, D., Freire, K., Alves, V., Barbosa Filho, V., & Florêncio, R. (2021). Instrumentos para mensuração da autopercepção de saúde em adultos: revisão de escopo instruments for measuring self-percepted health among adults: a scoping review. *Psicologia Saúde & Doença*, 21, 878–895. https://doi.org/10.15309/20psd210328

McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, *13*(1), 41–49. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x

McGill, C. (2020). Reducing COPD Rehospitalizations. *Home Healthcare Now*, *38*(2), 80–85. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000839

McGowan, P. T. (2012). Self-Management Education and Support in Chronic Disease Management. *Chronic Disease Management*, 39(2), 307–325. https://doi.org/10.1016/j.pop.2012.03.005

Meetoo, D. (2008). Chronic diseases: The silent global epidemic. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1320–1325. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.21.31731

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

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

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

Miguélez-Chamorro, A., Casado-Mora, M. I., Company-Sancho, M. C., Balboa-Blanco, E., Font-Oliver, M. A., & Román-Medina Isabel, I. (2019). Advanced practice in case

management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enfermería Clínica (English Edition)*, *29*(2), 99–106. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.10.003

Mixon, A. S., & Kripalani, S. (2019). The Challenges of Medication Reconciliation for the Medical Home. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(8), 531–533. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.05.004

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

Nassaralla, C. L., Naessens, J. M., Hunt, V. L., Bhagra, A., Chaudhry, R., Hansen, M. A., & Tulledge-Scheitel, S. M. (2009). Medication reconciliation in ambulatory care: Attempts at improvement. *Quality & Safety in Health Care*, *18*(5), 402–407. https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024513

Nassaralla, C. L., Naessens, J. M., Chaudhry, R., Hansen, M. A., & Scheitel, S. M. (2007). Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Quality & Safety in Health Care*, *16*(2), 90–94. https://doi.org/10.1136/qshc.2006.021113

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. www.ess.ips.pt

Oliveira, F. A., Almeida, A. R. L. P., Mota, T. A., Costa, J. R., Andrade, M. S., & da Silva, R. S. (2020). The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *54*. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049203581

Oliveira, J., Cabral, A.C., Lavrador, M., Costa, F.A., Almeida, F.F., Macedo, A., Saraiva, C., Castel-Branco, M., Caramona, M., Fernandez-Llimos, F., & Figueiredo, I.V. (2020). Contribuição de diferentes fontes de informações do paciente para criar o melhor histórico de medicação possível. Acta Médica Portuguesa, 33 (6), 384–389. https://doi.org/10.20344/amp.12082

Ordaz Jurado, D. G., Budía Alba, A., López-Acón, D., Gadea Company, P., & Boronat Tormo, F. (2021). Modelo de gestión de la condición crónica litiásica (Kaiser Permanente) [Healthcare management protocols for chronic stone disease (Kaiser Permanente)]. *Archivos espanoles de urologia*, *74*(1), 129–134.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico−Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Apreciação pública da Ordem dos Enfermeiros sobre a proposta de lei que altera os estatutos de Associações Públicas Profissionais. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30148/sai-oe_2023_8004.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde. (2012). Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/portuguese-portugal-whoqol-bref

Organização Mundial da Saúde. (2014). The High5s Project-Standard Operating Protocol - assuring medication accuracy at transitions in care. https://www.who.int/initiatives/high-5s-standard-operating-procedures

Organização Mundial da Saúde. (2016). Integrated care models: an overview. https://wyoleg.gov/InterimCommittee/2019/10-01906132.WHOIntegrated-care-models-overview.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2019). Medication Safety in Transitions of Care. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325453/WHO-UHC-SDS-2019.9-eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial da Saúde. (2022). World Patient Safety Day. https://www.who.int/newsroom/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022

Organização Mundial da Saúde. (2023). *10 facts on Noncommunicable Diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. In *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pereira, A. M. F. (2020). *Diagnóstico de situação e projeto de intervenção comunitária: doentes crónicos complexos utilizadores frequentes do serviço de urgência*. [Tese de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.

Peter, D., Robinson, P., Jordan, M., Lawrence, S., Casey, K., & Salas-Lopez, D. (2015). Reducing readmissions using teach-back: enhancing patient and family education. *The Journal of nursing administration*, *45*(1), 35–42. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000155

Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In Aromataris E, Munn, Z., (Ed.s). JBI *Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Queen's University. (2009). The Office of Interprofessional Education and Practice: Medication Reconciliation: A Learning guide. https://elentra.healthsci.queensu.ca/assets/modules/mr/4.html

Redmond, P., Grimes, T., McDonnell, R., Boland, F., Hughes, C., & Fahey, T. (2018). Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010791.pub2

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). Transitions in Care and Services.2nd ed. Toronto (ON): RNAO. https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care

Regulamento nº429/2018 de 16 de junho da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II Série, n.º 135 de 16 de julho. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617.

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II série, nº26 de 6 de fevereiro. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado (2023). Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Rodrigues, L.M.O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson,W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Santos, E.; Marcelino, L.; Abrantes, L.; Marques, C.; Correia, R.; Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 49 (jun/dez). 153-171.

Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C., & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), ISSN: 0874-0283. http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna - Núcleo de Estudos de Geriatria. (n.d.). Avaliação Geriátrica. https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Sousa, A. (2022). Reconciliação Terapêutica: Um Processo Complexo. Gazeta Médica, 9, 240–243. https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.551

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M.D.J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E.A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M.G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C.M., Macdonald, M.T., Langlois, E.V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, & Ö., Straus, S.E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*. 169(7), 467-473. https://doi.org/10.7326/m18-0850

União Europeia. (2020). Projeto-piloto VAC-PACT (Vaccination confidence – patients' and professionals' awareness, communications & trust). https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/vac-pact_uptake_factsheet_pt.pdf

Unni, E. (2023). Medicine Use in Chronic Diseases. *Pharmacy*, 11(3), 1-3. https://doi.org/10.3390/pharmacy11030100

Virtual Health Library. (2023). *Health Sciences Descriptors: DeCS/ MeSH*. BIREME. PAHO/ WHO. http://decs.bvsalud.org

Wilson, M. L., Murphy, L. S., & Newhouse, R. P. (2013). Medication reconciliation across the continuum of care: a meaningful use mandate. *The Journal of nursing administration,* 43(6), 311–314. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182942b33

APÊNDICES

APÊNDICE I: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[redacted]

[redacted]

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração,

Deliberado autorizar.

[redacted]

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de trabalho de investigação

Registo CES N.º 11_2024

Santa Maria da Feira, 03 de abril de 2024

Designação do trabalho de Investigação

Estudo de Caso na Consulta do Doente Crónico Complexo.

Proponente(s)

Enf.ª Claudia Cristina Moreira Silva;

[redacted]

Parecer da Comissão de Ética

Favorável.

[redacted]

Secretariado da Comissão de Ética para a Saúde [redacted]

[redacted]

Anexo I_IT_1818.0
25-03-2022

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[redacted]

Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética

[redacted]

Projeto ____/_____

Data de receção: ____/____/_____

Recebido por:_____

Relator: _____

Data de Parecer do CE____/____/_____

A preencher pela CE

1. IDENTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO / TRABALHO

1.1. - Título da investigação / trabalho

Estudo de caso na Consulta do Doente Crónico Complexo

1.2. - Nome do investigador / investigadores:

CLÁUDIA CRISTINA MOREIRA SILVA; [redacted]; SORAIA CRISTINA DE ABREU PEREIRA

1.3. - Contatos do investigador Principal:

[redacted]

1.4. - Nome do orientador (se aplicável):

SORAIA CRISTINA DE ABREU PEREIRA

1.5. - Âmbito do trabalho

ACADÉMICO ☒ PROFISSIONAL ☐

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 1 de 7

1.6. - Serviço(s) onde será realizada a investigação / trabalho

EQUIPA DE CUIDADOS AO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

1.7. - Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?

SIM ☐ NÃO ☒

1.8.- Objetivos da investigação/trabalho

DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NA CONSULTA DO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

1.9.- Período de tempo no qual se vai desenrolar a investigação/trabalho

FEVEREIRO E MARÇO DE 2024

1.10.- População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)

DOENTE DA CONSULTA DO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

1.11.- Variáveis consideradas (se aplicável)

N/A

1.12.- Instrumento de colheita de dados (questionário, entrevistas ...)

UTILIZAÇÃO DE DADOS E REGISTOS OBTIDOS NA CONSULTA DO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 2 de 7

1.13.- Quem colhe os dados?

A ESTUDANTE DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA EM CONJUNTO COM A SUA TUTORA

2. RISCOS/BENEFÍCIOS

2.1.- A investigação/trabalho envolve:

Doentes ☒ Acompanhantes/família ☒ Profissionais ☒

Outros ☐

Quais? O DOENTE, A SUA FAMÍLIA, A ESTUDANTE E A SUA TUTORA

2.2.- Que benefícios poderão advir para os participantes?

A EXTRAPOLAÇÃO DE INTERVENÇÕES TOMADAS E COM RESULTADOS POSITIVOS PARA BENEFÍCIO DE OUTROS DOENTES DA CONSULTA DO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO

2.3.- Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?

NÃO COMPORTA RISCOS OU INCÓMODOS.

3. CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?

SIM ☒ NÃO ☐

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 3 de 7

4. CONSENTIMENTO

4.1.- Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?

SIM ☒ NÃO ☐

Se não, porquê?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.2.- Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objectivos, riscos e benefícios decorrentes desta investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?

SIM ☒ NÃO ☐

Se não, porquê?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.3.- A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (menores, pessoas com incapacidade temporária ou permanente para decidir)?

NÃO ☒ SIM ☐

Se sim, quais?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.4.- Que razões justificam este envolvimento?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.5.- Como pretende obter o consentimento?

ATRAVÉS DE UM CONSENTIMENTO ESCRITO.

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 4 de 7

5. PROPRIEDADE DOS DADOS

5.1. - A investigação/trabalho exige a constituição de uma base de dados?

NÃO ☒ SIM ☐

Se sim:

5.1.1. – Quem é responsável pela base de dados e como é controlado o acesso?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

5.1.2. - Como é garantida a anonimização dos dados?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

5.1.3. - Qual o prazo de conservação dos dados ou, caso não seja possível referi-lo neste momento, quais os critérios usados para definir esse prazo?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

5.2. – Está prevista a transferência de dados pessoais para países terceiros ou organizações internacionais?

NÃO ☒ SIM ☐

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 5 de 7

Se sim, como está garantido o nível de proteção de dados das pessoas singulares de acordo com a legislação em vigor?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

5.3. - Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?

SIM ☒ NÃO ☐

6. ASPETOS FINANCEIROS

6.1.- A investigação/ trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?

NÃO ☒ NÃO Aplicável ☐

SIM ☐

Quem suportará os custos?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

6.2.- A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?

NÃO ☒ SIM ☐

Quem suportará os custos?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

6.3.- Esta investigação/trabalho é financiada?

NÃO ☒ NÃO Aplicável ☐

SIM ☐

Por quem?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

7. CONFLITO DE INTERESSES

SIM ☐ NÃO ☒

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 6 de 7

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, CLÁUDIA CRISTINA MOREIRA DA SILVA,
na qualidade de Investigador Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação. Igualmente assumo entregar relatório final a esta Comissão de Ética, bem como comunicar eventuais intercorrências ou efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

NOTA: Quando aplicável anexar obrigatoriamente exemplar do Consentimento Informado e do(s) instrumento(s) de colheita de dados.

Santa Maria da Feira, 9 de fevereiro de 2024

Assinado por: **Cláudia Cristina Moreira da Silva**
Num. de Identificação: 12049376
Data: 2024.02.09 14:54:41+00'00'

O Investigador Principal / Autor

Mod. PAD 1252.2
17/06/2019

Página 7 de 7

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA[1] E A CONVENÇÃO DE OVIEDO[2]

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Titulo do estudo: Estudo de Caso na Consulta do Doente Crónico Complexo

Enquadramento: O presente estudo surge no âmbito de um Estágio Profissional na Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC) da U[redacted]nserido no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Explicação do estudo: O estudo tem por objetivo demonstrar os resultados obtidos pela ECDCC. O estudo é realizado por Cláudia Silva (claudiac.silva@ulsedv.min-saude.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário. A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em utilizar dados seus da Consulta da ECDCC. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também anónima e confidencial. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Condições e financiamento: Sem encargos para o doente e família

Confidencialidade e anonimato: Garantia total

Assinatura do investigador: Cláudia Cristina Moreira Silva

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

Nome: [redacted]

Assinatura do participante/representante legal: [redacted]

Data: 29/02/2024

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

[1] [illegible]

[2] [illegible]

2190-2

apcer IQNet

APÊNDICE II: PANFLETO "INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - INFORMAÇÃO PARA O UTENTE E CUIDADOR"

COMO POSSO MINIMIZAR OS EFEITOS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?
• AVALIANDO E REGISTANDO O PESO E A TENSÃO ARTERIAL
• CUMPRINDO A RESTRIÇÃO HÍDRICA
• MANTENDO A DIETA HIPOSSALINA
• CUMPRINDO O REGIME TERAPÊUTICO INDICADO PELO ENFERMEIRO GESTOR
• CONTACTANDO O SEU ENFERMEIRO GESTOR DA EQUIPA DE CUIDADOS AO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO ASSIM QUE HAJA ALGUM SINAL DE AGRAVAMENTO
ECDCC
Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo
[redacted]
SEGUNDAS-FEIRAS; QUARTAS-FEIRAS E SEXTAS-FEIRAS
DAS 08H 00MIN AS 18H 00MIN
CONTACTO: [redacted]
Elaborado pela Enfermeira Cláudia Silva (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica) [redacted]
Fevereiro de 2024
FONTE DA INFORMAÇÃO: MANUAL DE APOIO À CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM PATOLOGIA CARDIOVASCULAR (ORDEM DOS ENFERMEIROS SECÇÃO REGIONAL CENTRO E NÚCLEO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA)
[redacted]
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
Informação para o utente e cuidador
[redacted]

O QUE É A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

É a incapacidade do coração de bombear sangue para o organismo na quantidade necessária para satisfazer as suas necessidades.
É um dos motivos mais frequentes de internamento hospitalar e tem uma mortalidade elevada.

QUAIS SÃO AS SUAS CAUSAS?

- Doença das artérias coronárias (como um enfarte do miocárdio)
- Hipertensão arterial
- Doenças das válvulas cardíacas
- Doenças que atingem o músculo cardíaco
- Algumas malformações congénitas

QUANDO ESTOU BEM?

- SEM FALTA DE AR
- AUSÊNCIA DE CANSAÇO DURANTE ATIVIDADE FÍSICA
- PÉS E PERNAS NORMAIS (AUSÊNCIA DE INCHAÇO)
- SEM DOR NO PEITO
- SEM AUMENTO DE PESO

QUANDO DEVO FICAR ATENTO?

- TOSSE SECA
- SINAIS DE CANSAÇO DURANTE A ATIVIDADE FÍSICA
- AUMENTO DE INCHAÇO NAS PERNAS, PÉS E TORNOZELOS
- DESCONFORTO ABDOMINAL OU INCHAÇO
- AUMENTO SÚBITO DE PESO >2KG EM 3 DIAS (OU 5KG NUMA SEMANA)
- DIFICULDADE EM DORMIR DEITADO (AUMENTO DE ALMOFADAS)

PODEREI TER QUE CONTACTAR O MEU ENFERMEIRO GESTOR.

QUANDO DEVO SER AVALIADO IMEDIATAMENTE?

- **TOSSE SECA FREQUENTE**
- **FALTA DE AR EM REPOUSO**
- **MAIOR DESCONFORTO ABDOMINAL OU AUMENTO DE INCHAÇO NOS PÉS, PERNAS E TORNOZELOS**
- **TONTURAS**
- **AUMENTO SÚBITO DE PESO (>2KG EM 24 HORAS OU >5KG NUMA SEMANA)**
- **DIFICULDADE EM DORMIR DEITADO; SÓ CONSEGUE DORMIR SENTADO**
- **FALTA DE APETITE**

APÊNDICE III: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER "IMPACTO DA RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: UMA REVISÃO SCOPING"

MOD.75.00

esep
escola superior de enfermagem do porto

NURSID 2024
CONGRESSO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Declara-se que Cláudia Cristina Moreira da Silva apresentou o póster intitulado *Impacto da reconciliação da medicação na transição de cuidados: uma revisão scoping* no Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem, organizado nos dias 6 e 7 de maio de 2024, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:

Cláudia Cristina Moreira da Silva, Soraia Cristina de Abreu Pereira

Comissão Organizadora

(Professor Doutor Carlos Sequeira)

ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida // 4200-072 Porto // Tel. 225 073 900 // Fax 225 096 337 // esep@esenf.pt // www.esenf.pt

ANEXOS

ANEXO I: ESCALA MAT

[redacted] Correio – Claudia Cristina Moreira Silva – Outlook

[redacted]

Solicitação de autorização

Claudia Cristina Moreira Silva <claudiac.silva@chedv.min-saude.pt>
qua, 29/11/2023 17:58
Para:lpl@iscte.pt <lpl@iscte.pt>

1 anexos (126 KB)
Escala MAT.pdf;

Exmos. Srs. Artur Barata Delgado & Maria Luísa Lima,

O meu nome é Cláudia Cristina Moreira Silva, Enfermeira do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga. Neste momento encontro-me a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, a realizar estágio profissional na Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo [redacted]
Venho por este meio solicitar a autorização de aplicação da Escala "Medida de Adesão aos Tratamentos" (que se encontra em anexo) aos doentes que frequentam a consulta da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo do [redacted] e posterior disseminação dos resultados numa perspetiva de avaliar a capacidade funcional e adesão ao regime terapêutico dos doentes acompanhados pela Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo [redacted]

Aguardo a Vossa resposta.
Atentamente,
Cláudia Silva

Escala MAT

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Delgado e Lima (2001)

ANEXO II: FORMULÁRIO DE RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA

NOME: _____

DATA: _____

TERAPEUTICA PRESCRITA								TERAPEUTICA EM USO						
FÁRMACO	JEJUM	P.ALMOÇO	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	DEITAR	SOS	JEJUM	P.ALMOÇO	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	DEITAR	SOS

FÁRMACOS NÃO PRESCRITOS QUE FAZ							
FÁRMACO	JEJUM	P.ALMOÇO	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	DEITAR	SOS

RAZÕES PARA NÃO TOMAR A MEDICAÇÃO	
Esquecimento	
Insuficiência Económica	
Outra Razão	