

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**
Relatório de Estágio

**Adesão ao regime medicamentoso na pessoa em
hemodiálise e com sintomas depressivos**

Adherence to the medication regimen in the person on hemodialysis and
with depressive symptoms

Ana Sofia Botão Mendes


Lisboa

2024



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**
Relatório de Estágio

**Adesão ao regime medicamentoso na pessoa em
hemodiálise e com sintomas depressivos**

Adherence to the medication regimen in the person on hemodialysis and
with depressive symptoms

Ana Sofia Botão Mendes

—
Orientadora: Professora Doutora Eunice Henriques

—
Lisboa

2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Agradeço de coração às minhas filhas pela compreensão pelas minhas ausências, ao meu marido Vitor e família por todo o suporte, apoio e motivação pois sem eles não teria sido possível.

Agradeço também à senhora Professora Doutora Eunice Henriques, pela sua orientação e apoio nos momentos essenciais, à professora Doutora Helga Rafael pelo apoio, como também a todos os docentes que contribuíram para o meu desenvolvimento.

Agradeço a toda a equipa da Suldiálise pela compreensão, ajuda durante as minhas ausências e incentivos para continuar.

Aproveito também para agradecer a todos os Enfermeiros orientadores que me ajudaram a alcançar os meus objetivos.

Gostaria de deixar uma palavra de agradecimento também a todos os que percorreram juntamente comigo nesta etapa desafiante em todos os sentidos da minha vida e a todos os que colaboraram no desenvolvimento de novas aprendizagens, o meu sincero muito obrigada.

Eternamente grata a todos.

Resumo

Ao longo dos últimos anos, tem se verificado um aumento do número de pessoas com Doença Renal Crónica por todo o mundo. Este facto poderá estar relacionado com a alta prevalência de doenças crónicas e com o envelhecimento da população em geral, decorrente do aumento da esperança média de vida.

É no estágio 5 da Doença Renal Crónica que surge a necessidade de realização de um tratamento de substituição da função renal, que na maioria das vezes é a hemodiálise. Um dos pilares de adesão terapêutica nos tratamentos de hemodiálise é a adesão medicamentosa. A não adesão à medicação interfere direta e negativamente nos resultados de saúde destas pessoas, comprometendo a qualidade do tratamento e de vida.

No caso da pessoa com doença renal crónica terminal, em programa regular de hemodiálise, a sintomatologia depressiva, é uma condição bastante comum, gerando consequências graves na adesão ao regime medicamentoso.

Na literatura vários estudos apresentam como fator de não adesão medicamentosa, os sintomas e o humor depressivos e/ou a mesmo a depressão. Sendo assim é fundamental atuar e contribuir para a melhoria da adesão medicamentosa, garantindo estabilidade da qualidade de vida, redução do impacto da patologia, redução das taxas de hospitalização e de mortalidade, bem como, a redução significativa de custos na área da saúde.

Este relatório tem como objetivo a descrição das atividades desenvolvidas para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, bem como, partilhar a pesquisa resultante da Revisão Integrativa da Literatura com o tema Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa em Hemodiálise com Sintomas Depressivos.

Palavras-Chave: Hemodiálise, Adesão medicamentosa, Sintomas depressivos, Intervenções de Enfermagem

Abstrat

Over the past few years, there has been an increase in the number of people with Chronic Kidney Disease across the world. This fact may be related to the high prevalence of chronic diseases and the aging of the population in general, caused by the increase in average life expectancy.

It is in stage 5 of Chronic Kidney Disease that the need for kidney function replacement treatment arises, which in most cases is hemodialysis. One of the pillars of therapeutic adherence in hemodialysis treatments is medication adherence. Non-adherence to medication interferes directly and negatively with the health outcomes of these people, compromising the quality of treatment and life.

In the case of people with end-stage chronic kidney disease on a regular hemodialysis program, depressive symptoms are a very common condition, which generates serious consequences for adherence to the medication regimen.

In the literature, several studies present depressive symptoms, depressive mood and/or depression as a factor in medication non-adherence, making it essential to act and contribute to improving medication adherence, ensuring stable quality of life, reducing the impact of the pathology, reduction in hospitalization and mortality rates, as well as a significant reduction in healthcare costs.

This report aims to describe the activities developed to acquire the skills of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing for people with chronic conditions, as well as to share the research carried out on the Integrative Literature Review with the theme Adhesion to the Medication Regimen in People on Hemodialysis with Depressive Symptoms.

Keywords: Hemodialysis, Medication adherence, Depressive symptoms, Nursing interventions

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC- Doença Renal Crónica

DRCT- Doença Renal Crónica Terminal

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HD - Hemodiálise

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

NKF - National Kidney Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA - Programa de Prevenção e controle de infeções e de resistência aos antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

TDAC - Teoria do Défice de Autocuidado

ÍNDICE

Introdução	10
1) Enquadramento Teórico	12
1.1) Hemodiálise	12
1.2) Adesão ao Regime Medicamentoso na DRCT em HD	13
1.3) Adesão ao Regime Medicamentoso na DRCT na pessoa em HD com sintomas depressivos	16
1.4) Intervenções de enfermagem	18
1.5) Teoria de enfermagem	20
2) Desenvolvimento de competências	23
2.1) Domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	27
2.1.1) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
2.1.2) Melhoria contínua da qualidade	29
2.1.3) Gestão dos cuidados	30
2.1.4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
2.2) Competências Específicas do EEMC e Competências EEMC na área á pessoa em situação crónica.....	36
2.2.1) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; e Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;	36
2.2.2) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; e Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;	38
Conclusão	46

Referências Bibliográficas	47
Apêndices e Anexos.....	53
Apêndice I – Cronograma	
Apêndice II – Caracterização dos locais de estágio	
Apêndice III - Objetivos de Estágio	
Apêndice IV – Atualização do Procedimento para Monitorização/Validação relativa ao fornecimento da Medicação Extradialítica	
Apêndice V - Tabela de controle de entrega da medicação extradialítica e gestão medicamentosa	
Apêndice VI- Panfleto e pôster	
Apêndice VII – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura	
Apêndice VIII - Plano de sessão e Formação “Noções de Hemodiálise para Enfermeiros”	
Apêndice IX – Plano de Cuidados e Estudo de Caso	
Apêndice X – Protocolo de estudo, consentimento informado e autorização do Hospital	
Anexo I – Certificado de frequência do curso Ecodoppler	
Anexo II – Certificado de participação XXXVII Congresso da APEDT	
Anexo III – Escala depressão geriátrica e autorização	
Anexo IV– Escala MAT e autorização	
Anexo V – Certificado de frequência “XV Reunião de Doação de Órgãos e de Transplantação Renal”	

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Caracterização da população – variável sexo.....	40
Gráfico 2: Caracterização da população – variável habilitações literária.....	41
Gráfico 3: Resultados Escala de depressão Geriátrica.....	41
Gráfico 4: Resultados Escala de depressão Geriátrica.....	42

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da população – variável idade.....	40
Tabela 2: % de respostas de não adesão escala MAT.....	43

Introdução

O presente trabalho surge como uma das formas de avaliação da Unidade Curricular, Estágio com Relatório, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Ao longo dos últimos anos, tem se verificado um aumento do número de pessoas com Doença Renal Crónica (DRC), por todo o mundo. Este facto está relacionado com a alta prevalência de doenças crónicas, como a hipertensão e/ou a diabetes, causadoras de DRC.

Um dos pilares de adesão aos tratamentos de Hemodiálise (HD), é a adesão medicamentosa. A não adesão à medicação, interfere direta e negativamente nos resultados de saúde e é bastante frequente nesta população, sendo considerado como um problema de saúde pública.

Na literatura vários estudos apresentam como fator de não adesão medicamentosa, os sintomas e o humor depressivos e/ou a depressão. Por essa razão é fundamental atuar e contribuir para a melhoria da adesão medicamentosa, garantindo estabilidade da qualidade de vida, redução do impacto da patologia, redução das taxas de hospitalização e de mortalidade, bem como, a redução significativa de custos na área da saúde.

De forma a obter contributos, para adquirir as competências essenciais para ser Enfermeira Especialista e Mestre, realizei estágio em três contextos, relacionados com a nefrologia e com o tema do meu relatório, o hospital de dia de nefrologia, o internamento de nefrologia e uma unidade de Diálise Peritoneal.

A realização deste relatório teve como objetivo geral a descrição e reflexão detalhada da aquisição de competências de enfermeiro especialista e de Mestre em enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Delineei como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com doença renal nas múltiplas fases da doença;
- Contribuir para a intervenção de enfermagem personalizada à adesão medicamentosa da pessoa em hemodiálise com sintomas depressivos.

De forma a adquirir e desenvolver competências de mestre, utilizei como base o Modelo de Dreyfus utilizado por Patricia Benner, “De iniciado a perito”, conseguindo assim realizar uma análise dos níveis em que me encontrava em cada local de estágio, relativos a minha perícia clínica. Realizei também, uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), de forma a poder contribuir com partilhas recentes acerca das melhores práticas de enfermagem entre pares e para a pessoa em situação de doença crónica.

Sustentei a prática de Enfermagem, utilizando como base a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, pelo facto da pessoa em situação crónica terminal em tratamento de HD e com sintomas depressivos, ter dificuldade em gerir as suas necessidades reais.

O presente relatório é composto por dois capítulos. No primeiro capítulo, apresento o enquadramento teórico relacionado com o tema e os modelos teóricos de Patrícia Benner e de Dorothea Orem. No segundo capítulo, apresento as atividades desenvolvidas que deram resposta à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC) e as competências do EEEMC - na Área à Pessoa em situação Crónica. Por fim, são apresentadas a conclusão, as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as orientações para a realização de trabalhos escritos da ESEL.

1) Enquadramento Teórico

1.1) Hemodiálise

A constante evolução tecnológica e científica dos cuidados de saúde, tem vindo a contribuir para que no nosso país exista um aumento da esperança média de vida da população em geral, com decorrente envelhecimento da mesma e o aumento do número de pessoas com doença crónica, sendo a Doença Renal Crónica (DRC) uma dessas patologias.

A DRC caracteriza-se pela destruição gradual e irreversível do parênquima renal, levando ao comprometimento funcional dos rins, que desencadeia alterações excretoras, reguladoras e metabólicas, como, a acumulação de toxinas no sangue e desregulação do equilíbrio hidroeletrólítico, sendo a Hemodiálise (HD) um dos tratamentos disponíveis.

De acordo com Silva et al (2020), “O crescente envelhecimento populacional e o aumento dos fatores de risco tradicionais, tais como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, projetam a DRC como um dos maiores desafios à saúde pública mundial deste século.” (p.2), colocando nesta patologia uma necessidade acrescida de adoção de medidas quer para a sua prevenção, quer para o seu tratamento.

É no estágio 5 da DRC que surge a necessidade de realização de um tratamento de substituição da função renal, de forma a controlar sinais e sintomas da patologia, preservando a manutenção e longevidade da vida das pessoas nesta situação.

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2012, p.1), através da norma 017/2011, determina que a transplantação renal, a HD, a diálise peritoneal e o tratamento médico conservador são as opções de escolha para a pessoa, consoante a sua vontade e a sua condição clínica. Segundo Prata (2021, p.63), “Portugal tem a maior incidência de doentes em tratamento de HD da Europa e uma das mais elevadas do mundo.” Através dos dados obtidos por Galvão (2022), no ano de 2022, 12.878 pessoas encontravam-se em programa regular de HD, sendo a modalidade com maior percentagem.

Segundo Ponce (2020),

“A diálise é definida como a difusão de moléculas numa solução, através de uma membrana semipermeável, ao longo de um gradiente de concentração eletroquímico. O objetivo principal da hemodiálise é restaurar as características do fluido intracelular e extracelular, próprias do rim normal, o que é realizado pelo transporte de solutos do sangue para o dialisado e da solução dialisante para o sangue (...).” (p.305)

Estes tratamentos, por norma, são realizados inicialmente em meio hospitalar e posteriormente em centros periféricos de HD em regime de ambulatório, o mais próximo da área de residência da pessoa, utilizando técnicas dialíticas eficazes e monitores de HD com tecnologia recente, que permitem efetuar as trocas metabólicas necessárias para eliminar as toxinas e excesso de fluídos do organismo.

De forma a adaptar-se a este tratamento, a pessoa com DRCT, tem de adotar e ajustar vários comportamentos, que levem ao controlo e estabilidade desta patologia, nomeadamente, ajuste na sua vida pessoal com alterações ao nível da dinâmica familiar e eventualmente profissional, adaptar-se a um tratamento cuja frequência é de três vezes por semana com duração de 4 horas, ao controlo da ingestão alimentar e hídrica rigorosa, e a um regime medicamentoso múltiplo e complexo.

1.2) Adesão ao Regime Medicamentoso na DRCT em HD

De acordo com a Carmanheiro (2021, p.1) adesão terapêutica é definida pelo “grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde.”

No caso específico da adesão ao regime medicamentoso este pode surgir nas múltiplas fases da DRCT, sendo que Padila (2019, p.72), refere:

“adesão diz respeito à toma da medicação de acordo com a prescrição médica (...) podendo dividir este processo em três fases: a primeira é a iniciação, que se refere à primeira toma da medicação prescrita, a segunda é a implementação, que se refere às tomas desde a iniciação

até à descontinuação do tratamento e, por último, a descontinuação, que é a finalização do tratamento prescrito.”

A pessoa com DRCT em programa de HD, apresenta um regime medicamentoso “extenso” e complexo decorrente da população em HD ser maioritariamente idosa, apresentarem outras comorbilidades associadas e pela incapacidade de o tratamento de HD substituir na íntegra a função renal. É assim imprescindível complementar este tratamento de HD com terapêutica medicamentosa de forma a manter a função hormonal e metabólica do organismo, direcionada para o controlo da hipertensão, anemia e do metabolismo mineral, como é o caso do cálcio, fósforo e vitamina D, entre outros, fazendo com que seja elevado o número de fármacos prescritos.

Segundo Alikari et al. (2018, p.1), “A média de medicamentos prescritos recebidos por pacientes em HD é de 10 a 12, enquanto o número médio de comprimidos por dia é de 19.”, já Michel et al (2021 p.7), referem que “(...) a maior parte dos pacientes fazia uso de polifarmácia, 92,2%, (...) a quantidade de fármacos prescrita aos pacientes participantes do estudo variou de 02 a 18 medicamentos e o número médio encontrado foi de oito.”

Derivado da complexidade do regime medicamentoso, inseparável dos tratamentos de HD, é bastante frequente nesta população existir não adesão ao regime prescrito, o que pode comprometer a qualidade do tratamento e da vida, descontrolo da patologia, alterações ao nível social e económico.

Tesfaye et al (2024, p.68), refere que “a não adesão às terapias prescritas é reconhecida como um grande desafio entre os pacientes com DRC e pode ter implicações com resultados desfavoráveis, incluindo progressão da doença, eventos adversos, qualidade de vida e custos de cuidados de saúde.”. Factos também referidos por Ghimire et al. (2017) (p.1), afirmando que,

“A não adesão à medicação é altamente prevalente em pacientes com DRC submetidos a hemodiálise, com uma taxa média de prevalência de 52,5%, (...) as consequências da não adesão à medicação, são prejudiciais e dispendiosas em hemodiálise, pois esses pacientes têm maior carga de doenças coexistentes, com vários regimes complexos, gerando custos de US\$ 100 bilhões por ano, decorrentes da não adesão à medicação.”

No caso particular da DRCT, a adesão ao regime medicamentoso, por todos os fatores atrás referidos, pode ser considerada como uma doença crónica complexa e multifatorial, tendo repercussões a nível global, social, económico e ambiental, pelo que é fundamental identificar os fatores que levam à não adesão de forma que se consiga intervir de forma eficiente.

Segundo Bampi et al. (2015, p.13), “(...) a quantidade de medicamentos prescritos e a frequente necessidade de mudança nas doses são os principais fatores responsáveis pela baixa adesão medicamentosa em pacientes em hemodiálise (...)”. Também Ghimire et al. (2017, p.1), referem que: “a idade mais jovem, comorbidades mais altas, hospitalizações frequentes, polifarmácia e alta carga de comprimidos têm sido consistentemente relatados como preditores de baixa adesão à medicação nestes pacientes.”

Carmaneiro (2021, p.3,4), agrega vários fatores relacionados com a não adesão, sendo eles fatores sociais, económicos e culturais, os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades, fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, destacando a comunicação entre a pessoa e o profissional de saúde, fatores relacionados com a terapêutica prescrita, nomeadamente na importância de esclarecimento acerca do regime medicamentoso, doses, reações adversas e entendimento da prescrição e os fatores individuais relativos à pessoa, idade, sexo, níveis de escolaridade, literacia em saúde e condições psicológicas.

Os enfermeiros, pela posição privilegiada no contacto, proximidade e comunicação empática desempenham um papel ativo na deteção do grau de adesão ao regime medicamentoso, permitindo a adoção de comportamentos em saúde positivos de forma a promover a qualidade de vida destas pessoas, podendo utilizar ferramentas disponíveis para realizarem essa verificação.

Os métodos para avaliação da adesão, podem ser realizados de forma direta ou indireta. Camarheiro (2021, p.6), refere que os métodos diretos “(...) incluem vários ensaios com marcadores biológicos e bioquímicos de rastreio para detetar os níveis de medicação

nos fluidos corporais.”, enquanto nos métodos indiretos poderão utilizar-se “(...) entrevistas, diários, contagem de comprimidos, datas de prescrição, taxas de renovação de prescrições e monitores eletrónicos de medicação”.

Um exemplo de questionário, para realizar esta avaliação é a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), instrumento já validado para a população portuguesa e que pode ser utilizado para as doenças crónicas.

1.3) Adesão ao Regime Medicamentoso na DRCT na pessoa em HD com sintomas depressivos

Perante a condição de DRCT e o início do tratamento de HD, ocorrem inúmeras alterações repentinas na vida da pessoa, tendo como consequências, a perda da qualidade de vida, múltiplas complicações, maior recorrência aos serviços hospitalares, adoção de novos hábitos, disciplina, como também, limitações ao nível alimentar, hídrico e profissional, que interferem negativamente nos fatores físicos e psicológicos.

Silva et al (2023) refere que “A hemodiálise pode influenciar as dimensões biológica, psicológica, económica e social do doente, podendo interferir na sua Qualidade de Vida” (p.2).

Todas as alterações mencionadas, tornam a pessoa vulnerável a níveis elevados de ansiedade, stress e/ou de sintomas depressivos, também pela incapacidade de gerir todos estes sentimentos negativos, de limitações físicas e psíquicas que o tratamento implica, pela incerteza do futuro, pela perda de autonomia e independência e pela alteração da autoimagem.

A depressão é a patologia psiquiátrica mais frequente nesta população, e pode surgir nas várias fases da DRCT.

Esta pode ser definida como:

“(...) transtorno de humor grave, no qual o paciente manifesta sintomas físicos e psíquicos com estado de ânimo irritável (...) e apresenta falta de motivação, diminuição do comportamento instrumental adaptativo, alterações do apetite, do sono, da atividade motora, cansaço, baixa

autoestima, sentimento de culpa, dificuldades para pensar ou se concentrar, indecisão, ideação suicida e tentativas de suicídio” (Rufino et al, 2018, p. 838, 840, 841).

No caso da pessoa com DRCT, em programa regular de HD, a sintomatologia depressiva, é uma condição bastante comum. Berdichevski et al (2024, p. 5766), estima que “(...) 20-25% dos pacientes com doença renal crónica tenham tido pelo menos um evento de depressão, e que até 45% dos pacientes com doença renal crónica apresentam sintomas depressivos quando iniciam hemodiálise (...)”. Neres et al, (2023, p. 212), acrescenta, através de dados obtidos no seu estudo, que a depressão “não é facto isolado, sendo mais prevalente na população feminina.”.

Ainda de acordo com Bai et al. (2019, p. 231, 232, 236) “nos doentes com DRCT em programa de HD, a depressão pode estar relacionada com o desemprego, idade avançada, toma da medicação, pouca atividade física e aumentos dos níveis de fadiga”.

Apesar da elevada ocorrência de depressão e sintomas depressivos nesta população, o seu impacto na saúde destas pessoas continua a ser pouco valorizado. De acordo com, Gebrie et al (2019, p.7), “(...) a depressão permanece subdiagnosticada e pouco estudada em pacientes com insuficiência renal terminal”.

As pessoas em HD apresentam um predomínio elevado de sintomas depressivos, o que gera consequências graves para a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente para a adesão ao regime medicamentoso, provocando consequências, como a redução da eficácia do próprio tratamento, comprometimento do estado global de saúde da pessoa, aumentando assim as taxas de hospitalizações e risco de mortalidade, como referem os autores Klein et al (2019, p.808), “A não adesão ao tratamento medicamentoso pode causar riscos relacionados aos efeitos da própria doença, afetando a evolução do tratamento bem como a qualidade de vida do paciente, tendo como consequências perdas pessoais, sociais e económicas.” e Ohya et al (2019, p.2595), “(...) baixa adesão a terapias multimodais complexas contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade (...)”.

A combinação de presença de sintomas depressivos e a não adesão ao regime medicamentoso, são referidos em múltiplos estudos como fatores que se encontram relacionados, pois a depressão pode afetar negativamente a adesão a esse regime.

Cukor et al. (2009, p.5), demonstraram através do seu estudo que “A depressão surgiu como um preditor significativo da adesão à medicação em toda a gama de pacientes que receberam tratamento para DRCT”.

1.4) Intervenções de enfermagem

A não adesão medicamentosa na pessoa em HD, com sintomas depressivos, pelas circunstâncias acima descritas, pode ser considerada um desafio para os profissionais de saúde. Os enfermeiros devem adotar um papel ativo no acompanhamento destas pessoas, cujo regime medicamentoso é complexo e extenso.

De acordo com Camarneiro (2021, p.7),

(...) a ação dos profissionais de saúde, bem como a participação ativa do utente é parte importante da solução (...) A adesão terapêutica promove-se através de medidas educacionais e comportamentais, métodos combinados, e tecnologias digitais tendo em conta as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental.”

O enfermeiro durante a prestação de cuidados durante a HD, poderá aproveitar a oportunidade de proximidade para criar uma relação de confiança e de empatia, de forma a conseguir identificar e intervir nestas situações, podendo também apostar na capacitação da adesão medicamentosa da própria pessoa, sempre que possível. Nestas situações a avaliação dos níveis de adesão e os fatores que levam à não adesão, é igualmente importante, pois pode fornecer ferramentas para a intervenção personalizada e na elaboração de planos de cuidados individualizados que espelhem as necessidades reais dos sujeitos.

Tesfaye et al (2024, p.80), refere que “intervenções mistas que utilizam tecnologias com intervenções educacionais, de modificação comportamental e baseadas em lembretes podem levar a uma melhoria significativa na adesão à medicação.”

É ainda fundamental adaptar intervenções de enfermagem e planos de cuidados, tendo em conta os fatores culturais, sociais e emocionais da pessoa alvo.

Segundo Ozen et al (2019, p.9), “os enfermeiros devem desenvolver fortes relações de apoio com o paciente, identificar barreiras e oferecer estratégias para ajudar os pacientes a melhorar a adesão. Os planos de cuidados de enfermagem devem ser individualizados e utilizados nos cuidados padrão prestados em unidades de HD.”

A educação e o envolvimento da família neste processo tornam-se fundamentais, pois a toma da medicação é, por norma, no domicílio. O enfermeiro deve apostar no apoio contínuo e de forma regular, nas intervenções personalizadas e ajustadas regularmente, utilizando vários esquemas e recursos de lembretes, adaptando também à literacia da pessoa.

Gokoel et al. (2020, p.15) refere que este processo “deve envolver a participação de toda a equipa multidisciplinar, para que em parceria sejam estruturadas as intervenções mais ajustadas a cada situação, como o (...) recurso a estratégias de lembrete da sua toma e ações educativas em prol da adesão ao regime (..)”.

Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, desempenham uma intervenção vital neste processo, pela sua proximidade e possibilidade de criar relações terapêuticas com as pessoas conseguindo desempenhar ativamente o apoio interventivo necessário, com o objetivo de promover e manter a adesão medicamentosa, implementar intervenções educativas, estratégias com aplicabilidade prática, apoio emocional, obtendo ganhos em saúde, bem-estar e qualidade de vida para os mesmos.

1.5) Teoria de enfermagem

A aplicação de uma Teoria de Enfermagem deverá ter em conta a sua aplicabilidade para a especificidade da problemática que estamos a estudar e a avaliar, particularmente na pessoa que revela incapacidade momentânea em conseguir gerir as suas necessidades, devido à condição de DRCT e de sintomas depressivos. Sendo assim, resolvi utilizar a Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC) de Dorothea Orem. Esta teoria foi desenvolvida e aplicada em inter-relação com três teorias, a Teoria de Autocuidado, a TDAC e a Teoria de Sistemas de Enfermagem.

Tomey & Alligood (2004, p. 217, 218), referem que “(...) a Teoria do Autocuidado, baseia-se na função humana reguladora que os indivíduos têm (...) tem de ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos (...) a Teoria do Défice de Autocuidado, exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado (...) que fornece orientações para a selecção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no auto-cuidado (...) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, são sistemas de acção formados por enfermeiras através do exercício da sua atividade de enfermagem para pessoas com limitações de auto-cuidado (...)”

Segundo George (2005), conforme citado por Figueiredo (2022, p.2), estas duas teorias “(...) complementam-se na composição da teoria geral do autocuidado, a favorecer que os aspetos relacionados tanto com o indivíduo como com o profissional de enfermagem sejam contemplados (...)”.

Assim através da TDAC torna-se viável fomentar a prática do autocuidado na pessoa com DRCT em HD com sintomas depressivos e a não adesão medicamentosa. Nesse contexto, o enfermeiro assume um papel preponderante, destacando-se pela relevância da sua atuação, ao orientar os cuidados de enfermagem para promover o autocuidado. Além disso, a sua intervenção também é fundamental quando o indivíduo não consegue ter capacidade para realizar o seu autocuidado, que neste caso é a adesão medicamentosa.

De acordo com Pires et al. (2015, p.3),

(...) o déficit de autocuidado consiste no resultado deficitário após a relação entre as capacidades de autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico. (...) demonstrando com isso a necessidade da pessoa obter conhecimento, habilidades e experiências para nivelar ou superar as demandas próprias daquele momento ou período de vida, apontando a necessidade da enfermagem.

A teoria do déficit de autocuidado de Orem, como tem por base uma estrutura conceitual que se concentra na capacidade das pessoas cuidarem de si mesmas, é frequentemente aplicada na prática de enfermagem, de forma a promover o autocuidado em diferentes contextos de saúde, estando também direcionada para as doenças crônicas. Assim sendo, quando relacionada com a adesão medicamentosa em pessoas em HD, com sintomas depressivos, a teoria sugere que a promoção do autocuidado é essencial para melhorar a gestão da saúde dessas pessoas.

Baseado nesta teoria e de acordo com o mesmo autor, Pires et al. (2015, p.3,4) “o paciente não consegue atender às suas necessidades de autocuidado devido a limitações físicas, mentais ou emocionais. (...) Para implantar a assistência de enfermagem o passo inicial é o estabelecimento de uma relação contratual enfermeiro/paciente, de modo a propiciar condições para o diagnóstico real da situação quanto às necessidades e qual o grau de interferência da enfermagem no sentido de suprir os déficits percebidos na manutenção do autocuidado.”

Neste sentido, e por forma a dar resposta à problemática apresentada, torna-se essencial a implementação da teoria de Orem no cuidado da pessoa com DRCT em HD e que apresentem sintomas depressivos, especialmente no que concerne à abordagem da adesão medicamentosa, destacando a importância de capacitar a pessoa a ter um papel ativo na adesão medicamentosa, contrariando os sintomas depressivos que geram falta de motivação, efeitos colaterais e grande impacto no bem-estar dos mesmos.

De acordo com Santos (2017, p.52) “(...) a ajuda profissional dos enfermeiros poderá assumir-se como: fazer por; orientar; ensinar; proporcionar apoio físico e psicológico e providenciar recursos no sentido de manter um meio propício ao desenvolvimento pessoal”.

A teoria de Orem destaca também uma abordagem holística a este indivíduo, considerando que as necessidades físicas, psicológicas e sociais influenciam ativamente o autocuidado, permitindo ao enfermeiro criar e implementar intervenções eficazes e centradas nas necessidades reais da pessoa que são identificadas na avaliação que a própria teoria indica.

2) Desenvolvimento de competências

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019, p.4744), indica que “(...) o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”.

Nesse sentido, de forma a desenvolver e adquirir estas competências, colmatar as necessidades evolutivas aos cuidados individualizados em saúde, prestar os melhores cuidados de saúde a esta população e obter o grau de especialista e de mestre, foi necessário a realização de estágios previstos no plano de estudos, um no segundo semestre com a duração de 9 semanas e outro no 3º semestre com a duração de 18 semanas.

Estes estágios foram realizados em vários contextos de prática clínica: unidade de diálise peritoneal, internamento de nefrologia e especialidades médicas e dois períodos de estágio em unidades de HD. Os mesmos decorreram em três unidades hospitalares diferentes, um na região de Lisboa e dois na região sul do Tejo, espelhados em cronograma (apêndice I).

A escolha destes locais (apêndice II), decorreram da necessidade de um contacto próximo com a população alvo do meu projeto de estágio, em situações diferentes do meu contexto profissional, bem como, conseguir ter a experiência de acompanhar a pessoa com DRC nas suas múltiplas fases da doença e procurar atingir estes objetivos em unidades de referência no sector da Nefrologia, pela sua diferenciação dos cuidados prestados.

O objetivo principal destes estágios (apêndice III) foram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, e aquisição de competências de enfermagem na intervenção à pessoa e família em situação crónica e de mestre em enfermagem, em locais onde as pessoas DRCT realizam os seus

tratamentos de substituição renal, tendo por base os objetivos e atividades delineados no meu projeto.

De acordo com a OE, os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista são:

- “Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria continua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p.4745).

Todas estas competências, bem como o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estiveram presentes em todos os contextos de estágio.

De forma a adquirir competências de EEMC, baseei a minha atuação de acordo com as competências indicadas pela OE (2018, p.19359), que são:

“a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.”

De acordo com Sousa (2009, p.95), “(...) o enfermeiro na sua relação com a pessoa, necessita demonstrar competências técnico-científicas, psicossociais e ético-deontológicas para que consiga obter os melhores resultados (...) que se traduzam na melhoria da qualidade de vida da pessoa com DRC (...)”.

Para dar resposta a esta população com doença crónica, incidi a minha atuação na adesão ao regime medicamentoso e na sua capacitação em enlace ao processo de doença crónica, de forma a promover o seu bem-estar utilizando como referencial as competências

da OE (2018, p.19360), em EEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que correspondem a:

“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”.

De forma a desenvolver competências de mestre, tendo como base o modelo de aquisição de competências de Dreyfus desenvolvido por Benner (2005), foi necessário e importante realizar uma reflexão inicial para enquadrar-me nos diferentes níveis de desenvolvimento de competências consoante os contextos de estágio.

O modelo de aquisição de competências de Dreyfus baseia-se em pressupostos, na medida em que as competências são desenvolvidas ao longo do tempo do exercício profissional, nos variados contextos da prática clínica. Benner (2005, p.45-54), na sua obra “De iniciado a perito” descreve cinco níveis de competência para obtenção dos conhecimentos, que se diferenciam como:

“As iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontadas (...) necessitam de ensino para adquirir experiência. (...) o estágio de iniciado avançado já fizeram frente a situações reais em número suficiente (...) o instrutor pode dar indicações. (...) No estágio competente a enfermeira começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos (...) dos quais está consciente (...) No estágio de proficiente a enfermeira percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada (...) a perita tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e aprende diretamente”.

Para tal e segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018, p.4162), as competências que se devem adquirir para obter o grau de mestre estão divididas em diferentes domínios, as competências de autoaprendizagem baseadas nos conhecimentos prévios e desenvolvendo-os, a investigação, a aplicação de conhecimentos, a sua compreensão e sua comunicação, a emissão de juízos, a tomada de decisões e ter uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma.

De acordo com Benner (2005), "(...) as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional (...)". (p.54)

No ensino clínico que teve lugar na unidade de diálise peritoneal, inicialmente classifiquei-me no nível de competência iniciado, pois nunca tinha tido experiência com esta população, nem com estas técnicas utilizadas, mas por iniciativa própria estudei aprofundadamente todos os conceitos relacionados com a diálise peritoneal, observei todos os procedimentos realizados pela enfermeira orientadora, pude participar ativamente nos treinos e ensinamentos realizados no local de estágio, reunindo competências teóricas e práticas, por forma a conseguir reconhecer situações pertinentes de serem avaliadas e assim no final do estágio atingi o nível de iniciado avançado.

Nos estágios que tiveram lugar nas unidades de HD, utilizando a minha experiência profissional na área, coloquei-me inicialmente no estágio proficiente, pois consigo ter uma visão holística e abrangente da pessoa em tratamento, antecipar situações de urgência e ajustar os planos de cuidados de acordo com as necessidades específicas da pessoa.

No entanto, no seu decurso consegui alcançar o estágio de perito, pois consegui ter uma perceção global do DRC, consegui acompanhar os indivíduos em todas as fases da doença, permitindo-me desenvolver uma compreensão afinada, fluente e espontânea a um nível complexo dos cuidados de saúde, quer ao nível de reflexão crítica como da atuação prática.

De acordo com Nunes (2010, p.4), "O proficiente percebe e compreende situações como partes de um todo; toma decisões baseadas na compreensão mais holística e aprende com a experiência o que esperar em certas situações e como modificar os seus planos de acção."

Este capítulo é representativo das atividades que permitiram o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, seguidas pelas competências adquiridas como Enfermeiro EMC e aquisição das competências de enfermeiro EMC na área à pessoa em situação crónica, bem como as de mestre.

2.1) Domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista

2.1.1) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio como futura enfermeira especialista, mantive a minha atuação baseada no código de ética e deontologia presente na profissão de enfermagem, que tenho vindo a desenvolver durante toda a minha prática profissional. Com a realização dos estágios, foi possível desenvolver e aprofundar os conhecimentos neste domínio.

A pessoa DRC requer cuidados complexos, exigindo a coordenação de toda a equipa multidisciplinar no seu cuidado. Assim e apesar da minha experiência profissional na área da HD, foi necessário proceder a um ajuste às características de cada pessoa e dos diferentes contextos de estágio. Em cada contexto de estágio, tentei sempre atuar respeitosamente, criando uma relação empática e de confiança com o doente, utilizando os meus conhecimentos, agindo de forma a respeitar a autonomia, crenças, valores e individualidade da pessoa, envolvendo a pessoa nos seus cuidados e nas decisões necessárias a tomar, com o objetivo de assegurar a autonomia e autogestão do mesmo.

Nos locais de estágio foram várias as situações que surgiram diariamente que me conduziram a uma reflexão sobre a prática realizada e que influenciaram a minha atuação. Assisti e participei em consultas de esclarecimento, indicadas na Norma nº 017/2011 atualizada a 14/06/2012 da DGS, em três unidades hospitalares diferentes. Todas estas consultas são realizadas por três profissionais de saúde, o enfermeiro, o nefrologista e a nutricionista. Contudo cada contexto tem a sua forma individual de apresentar os conteúdos obrigatórios, mas todos com o mesmo objetivo, esclarecer a pessoa com DRC, antes do momento de iniciar os tratamentos, sobre as modalidades de tratamento disponíveis para a DRC no estágio 5. Em todas é também fornecido material informativo no final desta consulta com um resumo dos assuntos abordados na mesma.

Todas estas consultas foram extremamente bem conduzidas pelos enfermeiros, sempre adaptadas à literacia de cada pessoa que foi à consulta, com tempo disponível para esclarecer todas as dúvidas e inquietações dos mesmos. Tive a oportunidade de participar ativamente em dois contextos, utilizando a minha prática profissional e os meus

conhecimentos, de forma a poder esclarecer a pessoa o melhor possível. Pessoalmente senti-me extremamente útil ao perceber em conjunto com a enfermeira orientadora, de que um casal se encontrava desconfortável durante toda a consulta. Após diálogo com os mesmos, foi possível identificar o motivo, que estava relacionado com experiências vividas relativamente a um seu conhecido que realizava tratamentos de hemodiálise e que a sua saúde se degradou rapidamente, ficando assim o casal assustado e com receio que o mesmo pudesse vir a acontecer com o membro do casal em questão. A tomada de decisão ética nestas situações torna-se uma habilidade fundamental, exigindo ter a capacidade de tomar decisões em situações complexas e rápidas, colocando o respeito pela autonomia e esclarecimento da pessoa e sua família em primeiro plano, de acordo com a ética.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o artigo n.º 105, relativo ao dever de informação, indica que o enfermeiro deverá de:

- “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (2015, p.84)

Com este propósito, o enfermeiro deverá assegurar o direito à autodeterminação, contribuindo para a autonomia, direito de escolha e autogestão de cada indivíduo.

Durante o estágio final, apliquei questionários à população alvo definida no estudo que realizei. Todas as atividades relacionadas com esta tarefa, tiveram sempre a garantia da confidencialidade das informações fornecidas, bem como o garantir da privacidade durante o preenchimento dos mesmos. Outro aspeto essencial foi a proteção de dados clínicos fornecidos, através da designação de números nos questionários, bem como, o direito de não participar no estudo, fornecendo antecipadamente o consentimento informado, com todos os dados importantes relativos ao mesmo.

Segundo a OE (2019, p.4746), o enfermeiro especialista deve “promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, e foi essa, uma condição presente e que respeitei durante todos os cuidados prestados diretamente a esta população. Tive ainda, sempre uma conduta respeitadora da pessoa e familiares, no seu processo de doença e de realização de tratamentos, que me permitiu desenvolver a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Todas estas atividades contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como atingir as competências deste domínio.

2.1.2) Melhoria contínua da qualidade

Os cuidados ao DRC implicam uma prática diária centrada em boas práticas. O enfermeiro especialista deve fomentar no seio da equipa este espírito, utilizando os seus conhecimentos e experiências, praticando o pensamento crítico, sustentado pela evidência científica atual, procurando oportunidades de melhoria e garantindo que existe uma continuidade na qualidade nos serviços prestados.

De acordo com a OE (2019, p.4747),

“(...) o enfermeiro deve colaborar na realização de atividades na área da qualidade, deter conhecimentos avançados sobre diretrizes na área da qualidade e em melhoria contínua, identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades de melhoria bem como selecionar estratégias de melhoria e elaborar guias orientadores de boa prática (...).”

Nos diferentes contextos de estágio tive a oportunidade de trocar ideias com os enfermeiros orientadores sendo possível identificar uma lacuna relativa à posição acessível dos lavatórios na sala de diálise, de forma a possibilitar que os enfermeiros consigam proceder à correta lavagem das mãos, nos momentos preconizados. Esta falha provém das limitações físicas das salas de diálise. O Enfermeiro Especialista deve desempenhar um papel ativo no controlo de infeção na sala de hemodiálise, tendo em conta a condição imunossupressora dos doentes, como também pelo elevado número de procedimentos invasivos com o acesso vascular dos mesmos.

A lavagem das mãos é um pilar chave no controle de infeção, sendo que os enfermeiros são os principais responsáveis por realizar esse procedimento.

A DGS, pela norma 007/2019, definiu 5 momentos chave para a lavagem das mãos:

- I) Antes do contacto com o doente;
- II) Antes de um procedimento limpo/assético;
- III) Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso;
- IV) Após o contacto com o doente;
- V) Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente;

Realizei a interligação com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista neste domínio referido na unidade de competência, participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais, fazendo cumprir o critério de avaliação, coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção acerca da lavagem das mãos.

Foi possível como futura enfermeira especialista sensibilizar todos os pares para esta situação e incentivar para que se proceda à correta lavagem das mãos nos momentos indicados. Tentei sempre ser um exemplo pela minha prática adotando uma postura responsável através das medidas básicas de precaução, uso de equipamento de proteção individual de acordo com a sua necessidade, e na punção dos acessos vasculares e manipulação do cateter venoso central, cumpri com os procedimentos assépticos.

2.1.3) Gestão dos cuidados

Durante o estágio no serviço de internamento de nefrologia foi possível ter um contacto diário e próximo com a área da gestão com a orientadora do local de estágio tendo a oportunidade de participar em múltiplas atividades relacionadas com a gestão, tais como, inventários, realização de escalas de enfermagem, gestão de recursos materiais como a organização de produtos, de medicação e equipamentos, o que contribuiu

positivamente para desenvolver competências neste domínio. A intervenção do enfermeiro especialista reúne competências fundamentais de forma a garantir a gestão dos cuidados, e que estes reúnam a qualidade que se pretende e garantia de todos os recursos materiais disponíveis, de uma forma eficiente e rentável.

No Regulamento da OE (2019, p.4748), este considera que o Enfermeiro Especialista gere os cuidados, na medida em que otimiza a resposta da equipa de enfermagem, que articula com a equipa multiprofissional e que adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Em contexto de sala de HD, a carga de trabalho no momento do início e final do tratamento é elevado, sendo que as rotinas durante o turno acabam por ser muito semelhantes pelo que cabe ao enfermeiro especialista no âmbito da gestão manter a motivação da equipa promovendo um ambiente de trabalho positivo e estimulante, reconhecendo e valorizando o esforço de cada membro da equipa. Verifiquei que essa valorização poderá ser alcançada através do estabelecimento de metas claras e alcançáveis partilhadas e discutidas com a equipa tornando os seus membros ativos na tomada de decisão, oferecendo um retorno construtivo, apoio emocional e incentivando o desenvolvimento profissional.

Ao cultivar um clima de trabalho colaborativo e inspirador, o enfermeiro especialista não apenas melhora a satisfação e o desempenho da equipa, mas também contribui para a prestação de cuidados de saúde de qualidade da pessoa que depende deste tratamento.

Nos serviços de HD a imprevisibilidade é uma constante, pois são recebidos doentes encaminhados do serviço de urgência, com necessidades de realizar tratamentos de HD imediatos. O enfermeiro especialista tem de ter a capacidade de garantir que todas as condições estão asseguradas de forma a gerir a situação, sendo necessário ter competência ao nível teórico, prático e técnico e de rápida adaptação em contexto de gestão complexa na sala de HD.

Em contexto de HD, a intervenção do enfermeiro especialista é crucial, especialmente nas situações de maior instabilidade e descompensação da pessoa em

tratamento. No entanto, foi possível reconhecer que nem sempre o rácio enfermeiro/doente é o adequado para garantir uma atuação eficaz nessas circunstâncias. A sobrecarga de trabalho, a complexidade dos cuidados necessários, a falta de recursos materiais e as características físicas dos serviços podem representar um desafio significativo para a equipa de enfermagem, o que pode comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Diante destas limitações, o enfermeiro especialista desempenha uma intervenção fundamental na gestão eficiente dos recursos disponíveis, priorizando as necessidades e coordenando a equipa para uma resposta rápida e eficaz.

2.1.4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tive a oportunidade de alargar os meus conhecimentos teóricos e práticos através da possibilidade de assistir a técnicas que não tive oportunidade de observar durante toda a minha prática profissional, nomeadamente a observação de vários tipos de construção de acessos vasculares, fístulas e próteses, colocação e substituição de cateteres venosos centrais e visita à sala de angiografia, observando três trombectomias e uma angiografia diagnóstica de uma fístula arteriovenosa que se encontrava com problemas de maturação e consequentes dificuldades na sua punção.

Esta experiência permitiu ter uma visão mais diferenciada, percebendo melhor os conceitos que no meu dia a dia tomava conhecimento apenas através dos relatórios enviados para as clínicas de HD e percebendo as complicações que no exame físico não são detetadas. A única forma de serem realizados tratamentos de HD é através de um acesso vascular. Assim, alguma disfunção do mesmo pode prejudicar a eficácia de diálise, bem como, provocar sintomas indesejáveis de mal-estar nas pessoas, caso a situação não seja resolvida.

Durante todos os procedimentos, os enfermeiros e os nefrologistas explicaram-me os mesmos detalhadamente. Tive ainda a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas, bem como, participar nas intervenções realizando as hemóstases. Esta experiência fez com

que reforçasse ainda mais a importância de as clínicas satélite de HD possuírem um ecógrafo de forma a auxiliar as punções dos acessos e na detecção de eventuais problemas.

Num outro hospital no serviço de HD, complementando esta experiência, tive a oportunidade de realizar uma formação teórica e prática ministrada por um Enfermeiro de referência na área, sobre a utilização do ecodoppler na detecção de alterações no acesso vascular (anexo I). Este contributo, foi essencial para a minha prática profissional, obtendo ganhos teóricos e práticos que vêm contribuir para a aquisição de competências, neste domínio.

Durante o período de estágio tive também a oportunidade de participar no Encontro Renal, organizado pela APEDT (anexo II), onde pude assistir a várias apresentações e partilhas de conhecimento que elucidaram e transmitiram as informações relacionadas com a evidencia científica mais atual na área da nefrologia, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências neste domínio.

É fundamental assegurar cuidados de enfermagem de excelência à pessoa com DRC, especificamente aos que se encontram em tratamentos de HD, por se encontrarem fragilizados e expostos a múltiplos riscos. O enfermeiro especialista nas múltiplas fases da doença age como agente facilitador no processo, garantindo assim cuidados de saúde diferenciados, bem como, garantir padrões elevados de cuidados e um envolvimento dos recursos humanos nesse processo. Para tal, e tendo como base a minha experiência profissional, consegui desenvolver e incorporar novos conhecimentos na área da prestação de cuidados individualizados, focados para as necessidades individuais das pessoas e suas famílias.

Outra atividade realizada ao longo de todo o estágio foi, a consulta de protocolos, normas e procedimentos dos serviços. Em uma dessas consultas foi possível identificar que o procedimento de controlo de adesão medicamentosa, bem como, o procedimento para Monitorização/Validação relativa ao fornecimento da Medicação extradialítica, se encontravam por atualizar. Após diálogo com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do serviço, sendo que a área de enfoque do meu projeto, ser a adesão

medicamentosa, fez todo o sentido que colaborasse nessa atualização (apêndice IV), derivado da necessidade desta tarefa carecer de autorização da administração do respetivo hospital, em tempo útil não foi possível concluir, mas colaborei nessa atualização.

Simultaneamente foi criado em conjunto com a enfermeira orientadora uma tabela para explanar a entrega dos medicamentos extradialíticos aos doentes crónicos em programa regular de HD do serviço, bem como identificar-se de imediato e objetiva através de um esquema de cores (verde, amarelo e vermelho), que permite o controle da adesão da medicação extradialítica e de gestão medicamentosa a estes doentes e assim de forma rápida identificar-se os doentes não aderentes e atuar em conformidade(apêndice V).

Para além disso, disponibilizei contributos, visando que num futuro possa existir um campo próprio no programa informático semelhante a esta tabela criada, que reflita a progressão da adesão ao regime medicamentoso destes clientes, permitindo visualizar e atuar precocemente e assim dar continuidade a este projeto, que por impossibilidade de tempo não foi possível concluir. Foi também elaborado um panfleto (apêndice VI) para ser entregue aos doentes crónicos em programa regular de HD, simultaneamente com a entrega da medicação extradialítica.

A realização da RIL (apêndice VII), também foi importante no sentido de promover a partilha da evidência científica recente, com a equipa do serviço, partilhando experiências que promovem a adesão medicamentosa na pessoa com sintomas depressivos, bem como reforçar os meus conhecimentos, permitindo o meu crescimento na área da investigação e realização de práticas baseada na evidência mais atual, desenvolvendo competências de mestre.

Pela minha falta de experiência em contexto de internamento, este contexto de estágio também permitiu o contacto com o DRC nas múltiplas fases da doença, com grande aquisição de conhecimentos a este nível e das técnicas realizadas, como a biópsia renal e acompanhamento do doente nos cuidados pós transplante, o que contribuiu para o meu desenvolvimento na área nefrológica e alcançar o nível de perito nesta área.

De acordo com Benner (2005 p.136) o enfermeiro perito, deve de ter a “capacidade de aprender rapidamente o problema, de intervir de forma apropriada e de avaliar e mobilizar toda a ajuda possível”.

Tomey & Alligood (2004, p.193), referem que o enfermeiro perito “(...) tem como aspetos-chave da prática de enfermagem o domínio clínico e uma prática baseada na investigação, know-how incorporado, ver a situação no seu todo e ver o inesperado (...)”.

Neste contexto de estágio, consigo classificar-me como perita, decorrente da minha experiência profissional, conhecimentos da pessoa com DRC e DRCT, bem como, ter a capacidade durante a prática clínica de estar atenta, conseguindo detetar antecipadamente as alterações das condições clínicas das pessoas, e atuar em conformidade contribuindo para evitar situações de rápida deterioração.

No mesmo serviço, foi identificado que existia falta de conhecimentos dos enfermeiros em relação aos tratamentos de HD, existia desconhecimento em relação às diferentes modalidades que existem, trocas efetuadas durante o tratamento, funcionamento das máquinas de HD, acesso vascular e complicações na HD. Nesse sentido realizei um levantamento das necessidades específicas da equipa de enfermagem e com base no mesmo realizei uma ação de formação no serviço com o tema “Noções Básicas de Hemodiálise para Enfermeiros” (Apêndice VIII), dando assim resposta a essa lacuna do serviço. Foi gratificante obtendo um retorno positivo por parte dos formandos.

De acordo com a OE (2018, p.19359),

“Com o evoluir do conhecimento é exigido ao enfermeiro especialista, que desenvolva uma prática baseada na mais recente evidência científica, sendo um líder para projetos de formação, assessoria e de investigação, potencializando e atualizando os seus conhecimentos dentro da área de especialização.”

A realização desta formação permitiu o meu desenvolvimento nas competências de enfermeira especialista e de mestre, na medida em que foi possível identificar as necessidades desta equipa de enfermagem, partilhar conhecimentos, reflexões das práticas de enfermagem e divulgação de conhecimentos, de forma a contribuir na

formação de pares utilizando a minha experiência na área e com recurso à investigação para a segurança do doente em HD e melhorar os cuidados prestados.

Foi também possível perceber que a comunicação do serviço de internamento de nefrologia com o serviço de hemodiálise, podia ser mais eficaz. Nesse sentido, ao transmitir à equipa de enfermagem estas informações, penso que também contribuí para essa aproximação e para realçar a importância de consultar os registos de enfermagem realizados durante o tratamento de HD, de forma a que a continuidade dos cuidados relativos a todas as ocorrências verificadas durante o tratamento de HD seja uma realidade.

Com a realização destes estágios e de acordo com este domínio, foi útil refletir acerca das minhas práticas diárias e perceber que ao longo dos estágios houve uma mudança comportamental pessoal, com aumento da visão crítica, com maior consciência de forma a conseguir tornar-me perita na área de HD.

2.2) Competências Específicas do EEMC e Competências EEMC na área á pessoa em situação crónica

2.2.1) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; e Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;

No decorrer dos estágios foi possível também desenvolver e adquirir competências específicas do EEMC e competências específicas do EEEMC— na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

No último período de estágio, foi possível acompanhar uma senhora de 60 anos que deu entrada pelo serviço de urgência por IRC descompensada, com sintomas de fadiga, edemas nos membros inferiores, náuseas, anorexia e dispneia. A mesma já era seguida na consulta de nefrologia do próprio hospital, conhecedora do seu estado de saúde e da iminência de ter de iniciar os tratamentos de HD, escolha já por si tomada no âmbito da consulta de opções realizada anteriormente. Devido à sua situação atual de saúde, foi

colocado um catéter venoso central de urgência e iniciou de imediato os tratamentos de HD. Esta situação teve um impacto significativo na sua qualidade de vida e dos seus familiares, pois ela é o principal suporte da família e tinha os pais a seu cargo, situação que gerou maior ansiedade perante este internamento. Tive a oportunidade de estar presente no serviço de HD no dia em que esta pessoa iniciou os seus tratamentos e poder colaborar na sua integração aos tratamentos e ajudá-la a adaptar-se, realizando uma escuta ativa nas dúvidas e receios, respondendo de forma a tranquilizá-la o mais possível, prestando ainda apoio a toda a equipa multidisciplinar com compreensão e atenção às necessidades específicas identificadas. O marido e a filha estavam presentes na sala de espera e a ansiedade e o receio eram notórios. Como futura enfermeira especialista estes momentos permitiram-me treinar e prestar cuidados individualizados, centrados na pessoa a quem estamos a prestar cuidados, bem como poder intervir ativamente para a sua educação em saúde, abordando temas relacionados com a sua doença crónica, como a gestão de alimentos, regime hídrico, cuidados com o acesso vascular, gestão medicamentosa e apoio psicológico.

Sendo o enfermeiro especialista um membro essencial na prestação de cuidados de excelência à pessoa DRC e DRCT, centrei a minha prestação e realização da RIL para uma situação de identificação e monitorização de uma ação de enfermagem, a adesão medicamentosa nesta população em HD e com sintomas depressivos, atuando com intervenções específicas individualizadas eficazes na prevenção de complicações, garantindo o bem-estar, adesão e sobrevida dos mesmos.

Um conceito atual e pertinente é o de enfermeiro de referência, de acordo com Santos et al (2019), o enfermeiro de referência consiste “(...) num modelo de prestação de cuidados que enfatiza a entrega de cuidados de enfermagem completos, individualizados e contínuos por meio de um enfermeiro de referência que assume a responsabilidade da gestão (...)”. (p269)

Na minha perceção este conceito faz todo o sentido e o enfermeiro especialista tem todas as condições para realizar este tipo de abordagem, na medida em que permite que o enfermeiro especialista conheça a individualidade da pessoa, compreenda as necessidades

reais com quem está a desenvolver os cuidados e que seja um agente facilitador aquando da alteração para uma condição de doença, ou já em processos de doença, como no caso do DRCT em programa regular de HD, tendo capacidade para avaliar, acompanhar e desenvolver estratégias individualizadas para essa pessoa.

No último contexto de estágio foi possível perceber e observar um pouco do trabalho do enfermeiro de referência, na medida em que os doentes crónicos do hospital de dia de HD, sempre que possível, são distribuídos em plano de sala para os seus enfermeiros de referência. Assim consegui observar o trabalho desenvolvido e a forma em que o autocuidado nestes casos manifestam-se mais rapidamente através da comunicação e do acompanhamento personalizado que existe, nomeadamente em situações de dúvidas, receios e desconhecimentos.

Santos et al (2019, p.272), refere que “(...) com a continuidade dos cuidados prestados, o doente demonstra mais satisfação devido ao aumento do contacto com um só enfermeiro que possui mais conhecimentos dele enquanto doente, originando uma criação de confiança e comunicação mais aberta (...)”.

Nesse sentido, o trabalho por mim desenvolvido, e com a partilha dos resultados dos questionários realizados, foi possível partilhar e alertar os enfermeiros de referência para a problemática e as intervenções extraídas da minha RIL, para que possam ter conhecimento das ferramentas para ajudar a pessoa nessa situação, quer para a questão dos sintomas depressivos quer, maioritariamente para as relacionadas com a adesão medicamentosa.

2.2.2) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; e Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;

Com este objetivo, num dos contextos de estágio propus a implementação de um plano de cuidados individualizado e um estudo de caso (apêndice IX) que seja planeador dos

cuidados aos doentes crónicos em programa regular de HD. Para tal, foram identificados os ponto-chave e foi realizado um plano personalizado a uma pessoa desse programa com necessidades específicas, como exemplo, para que a equipa pudesse continuar com a criação e implementação destes planos de cuidados.

A implementação de um plano de cuidados individualizado para esta população, é uma iniciativa crucial para garantir a prestação de cuidados de qualidade centrados nos mesmos. Ao agir desta forma, o enfermeiro especialista dá resposta às necessidades específicas e imediatas da pessoa, como também, estabelece uma estrutura sólida para a continuidade e eficácia dos cuidados de enfermagem prestados, demonstrando a sua capacidade de avaliar de forma holística as necessidades da pessoa, incorporando dados da sua condição clínica, emocional, social e psicológicos que influenciam o seu bem-estar e a adesão ao tratamento, adaptando intervenções e estratégias de forma a maximizar os ganhos em saúde e a sua qualidade de vida.

Esta atividade desenvolvida foi essencial e condutora para a aquisição destas competências específicas, bem como refletem a importância do enfermeiro especialista neste plano de cuidados.

A temática da RIL realizada foi de encontro à necessidade identificada nesta população acerca da adesão ao regime medicamentoso na pessoa em HD com sintomas depressivos. Foi realizada uma investigação primária (protocolo em apêndice X), de forma a verificar a adesão medicamentosa nesta população e de relacionar a adesão medicamentosa com os sintomas depressivos, a idade, sexo e habilitações literárias. Para tal recorri à aplicação de duas escalas, a Escala de Depressão Geriátrica e a escala Medida de Adesão aos Tratamentos.

A Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (anexo III) foi aplicada a 28 pessoas. É uma ferramenta útil para a investigação e em contextos clínicos com fiabilidade ao rastreamento de sintomatologia depressiva na população idosa, fácil aplicabilidade e utilidade. Neste contexto, inclui 15 questões de resposta sim ou não, resultando em scores

de intervalos, onde de 0 – 1 sem depressão, 2-3 depressão leve e 4-5 depressão grave. (Santos, A. et al (2019) p. 407-413)

A Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (anexo IV), foi aplicada a 35 pessoas. Esta é constituída por sete questões em escala de Likert (de 1 a 6, onde a classificação 1 corresponde a sempre e a classificação 6 a nunca), optei por esta escala, pois encontra-se validada para a população portuguesa, está centrada para a problemática em questão da RIL, permite uma boa consistência interna, é sensível e apresenta uma elevada relação com as medidas objetivas de adesão aos tratamentos, nomeadamente à adesão medicamentosa, conseguindo-se calcular a adesão (scores iguais ou superiores a 5) e pela soma dos resultados de cada resposta dividido pelo numero de questões (Delgado e Lima, 2001, p.87).

Apresentação de Resultados

Em termos de caracterização da população, obtive uma amostra total de 35 pessoas, sendo 46% das pessoas do sexo masculino e 54% do sexo feminino (gráfico 1).

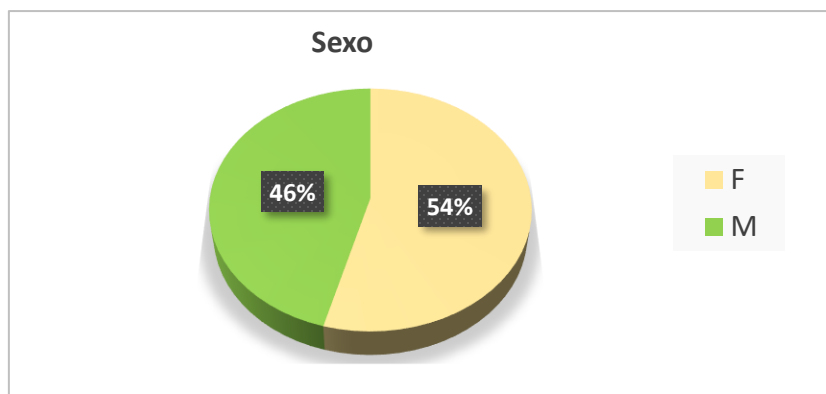


Gráfico 1- Caracterização da população – variável sexo

A idade média situou-se nos 72,6 anos, com desvio padrão de 12,9 (tabela 1).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	35	20	89	72,6	12,9

Tabela 1- Caracterização da população – variável idade

Quanto às habilitações literárias verificou-se que 32 pessoas possuíam o 4º ano, seguidos de 1 pessoa com o 9º ano e de 2 pessoas com licenciatura (gráfico 2).

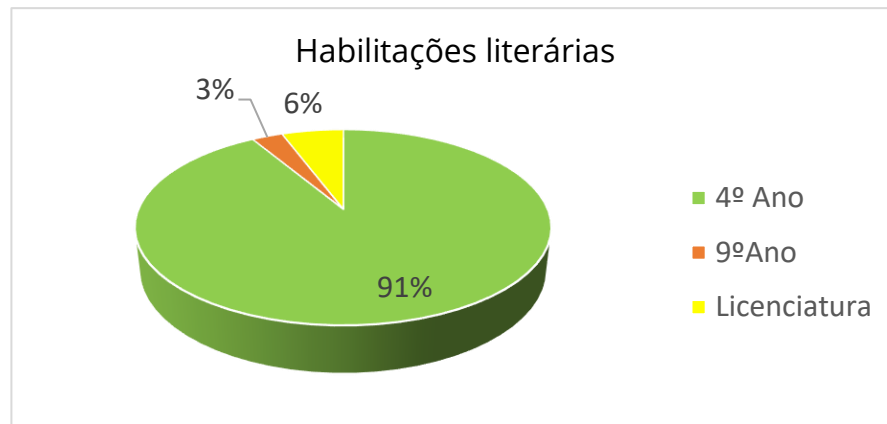


Gráfico 2- Caracterização da população – variável habilitações literárias

Com a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida, foi possível extrair que 10 pessoas (29%) não apresentavam depressão, 11 pessoas (31%) apresentaram depressão leve e 14 pessoas (40%) apresentaram depressão severa, sendo que a sete indivíduos da população estudada não foi aplicada a escala, pois já tinham o diagnóstico de depressão presente (gráfico 3).

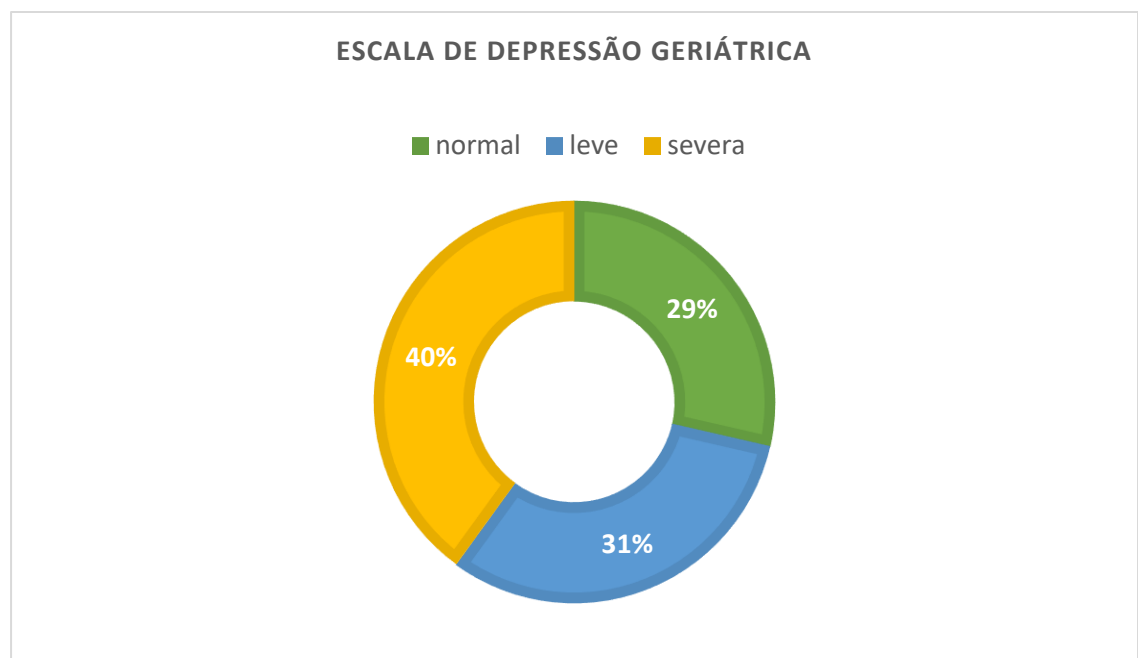


Gráfico 3-Resultados Escala Depressão Geriátrica

Mesmo tendo a limitação da amostra ser relativamente pequena, comparando estes dados com outros estudos realizados, pode-se verificar que 60% da mesma tem presente a

condição de depressão (em grau leve e severo), dados semelhantes no estudo de Mizé (2023, p.57) que verificou a ocorrência de depressão em 88% da sua amostra. Já Oliveira et al (2021, p.1), também obtiveram valores elevados de depressão na população em HD, em cerca de 45% de uma amostra de 60 pessoas. Num estudo de Palmer (2013, p.180-184), em que reuniu 41 grupos de amostras com um total de 5105 participantes, 39% da amostra apresentavam sintomas depressivos.

Relativamente à análise realizada em termos de níveis de depressão, nos mesmos estudos foi identificada depressão em grau leve de 13,3% a 23,3%, 20% a 25% no grau moderado e 36,7% no grau grave, sendo que no que foi realizado nesta amostra revelou 40% em grau severo e 31% em grau leve. Com base nos dados explanados, existe a mesma tendência entre os resultados da amostra dos dois estudos.

Cruzando os fatores de idade com a variável de depressão, foi possível perceber que, na nossa amostra, a depressão não está associada apenas à idade mais avançada, o mesmo também foi possível perceber no estudo de Padilla (2019, p.132) onde a prevalência de sintomatologia depressiva era de 28,9% e que existia uma correlação negativa entre estes dois fatores.

Através da escala MAT, foi possível obter-se que para os níveis mais altos de adesão (nível 5 e 6) verificou-se uma taxa de 43% e para níveis mais baixos de adesão do nível 2 ao 4, obteve-se uma taxa de 57% (gráfico 4).

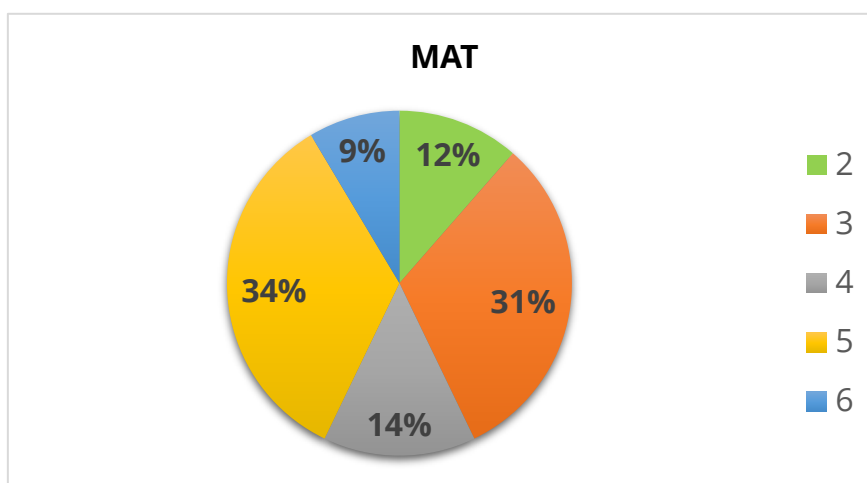


Gráfico 4-Resultados Escala MAT

Estes dados fornecem uma visão geral dos níveis de adesão ao regime medicamentoso desta população, podendo-se realizar a leitura de que existe uma percentagem de população não aderente ao regime medicamentoso nesta amostra.

Comparando com Ferreira (2022, p.9), que realizou um estudo de adesão medicamentosa à população em hemodiálise (101 pessoas), este obteve 82,18% que foi considerada aderente e 17,82% não aderente, esta discrepância de valores poderá estar relacionada com os sintomas depressivos afetarem negativamente a adesão ao regime medicamentoso. Em outro estudo realizado por Sgnaolin et al (2011, p.109), a 65 pessoas “(...) a percentagem de pacientes não aderentes situou-se entre 22-74%”.

Realizando a análise da escala MAT (Delgado Lima, 2001) de percentagem de não adesão para cada questão (tabela 2), obteve-se que: da amostra, a maior percentagem de não adesão está relacionada com a questão “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?” e “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?”, com 54% e 65% respetivamente. Onde se obteve maior percentagem de adesão medicamentosa foi nas questões “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” e “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” com 29% de resposta nestas questões.

Questões MAT	% de respostas de não adesão (sempre / quase sempre / com frequência / por vezes)
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	54%
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	65%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	34%

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	29%
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	29%
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	40%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	31%

Tabela 2- % de não adesão para as questões MAT (Delgado e Lima, 2001)

Relacionando a escala MAT (Delgado Lima, 2001), com os resultados da escala de depressão geriátrica versão reduzida, obteve-se que níveis normais de depressão estão relacionados com maior adesão ao regime medicamentoso e que a depressão severa e leve estão relacionados com menor adesão ao regime medicamentoso.

Através da avaliação da adesão ao regime medicamentoso e sua correlação com os diversos fatores na população em HD e com sintomas depressivos, não se obteve correlação significativa entre as variáveis, o que demonstra que as variáveis que caracterizavam a população, com exceção dos sintomas depressivos, não influenciam a adesão medicamentosa. Derivado da amostra ter uma dimensão reduzida esta não poderá ser representativa, devendo o estudo ser replicado com amostras superiores.

2.2.3) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

A DGS propõe a existência de um programa de prevenção e controle de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA) em todas as unidades de saúde. A equipa que gere este programa é constituída por médicos e enfermeiros, tendo como um dos objetivos a monitorização, auditoria e verificação do cumprimento na prevenção e controle de infeção, garantindo assim a segurança da pessoa. Por esse motivo e após verificar a

crescente existência de pessoas com bactérias multirresistentes com necessidade de isolamento em HD, tive a necessidade de realizar um turno com esta equipa num dos hospitais onde realizei estágio. Esta experiência contribuiu para que eu conseguisse ter um olhar mais reflexivo com a necessidade de tomadas de decisão rápidas e eficazes, efetivamente na gestão dos isolamentos necessários em contexto hospitalar.

Esta equipa acompanha todas as pessoas que dão entrada na urgência bem como, todas as pessoas internadas em todos os serviços do hospital ao nível das bactérias multirresistentes e seu isolamento, realizando visitas aos serviços de forma a garantir o uso de equipamento de proteção individual apropriado, de acordo com a via de transmissão.

Como futura enfermeira especialista devo garantir a melhor prestação de cuidados de enfermagem em simultâneo com a garantia que ajo de acordo com o controlo de infeção. Ao longo do estágio através destas experiências foi possível adquirir as competências neste domínio.

Através das experiências e atividades realizadas em estágio consegui desenvolver competências de EEMC na área à pessoa em situação crónica e de mestre. Os estágios nos variados contextos permitiram-me crescer a nível profissional, permitiram-me realizar reflexões críticas, adquirir novos conhecimentos e desenvolver outras competências, realização de formações na área da hemodiálise e transplante (anexo V), como também ganhar capacidades de tomada de decisão de forma autónoma, existindo em todos os campos de estágio ganhos ao nível dessas competências, existindo uma interligação entre as competências de EEMC e de mestre em variadas atividades. No final dos estágios considero que o caminho foi longo, mas bastante rico na aquisição destas competências, complementando a minha prática profissional e enriquecendo-me como pessoa.

Conclusão

Através da elaboração deste relatório foi possível realizar uma retrospectiva reflexiva do percurso percorrido durante o período da especialidade e mestrado em EEMC, na área da pessoa em situação crónica.

A motivação e interesse em estudar a problemática da adesão medicamentosa na pessoa em HD com sintomas depressivos, surgiu da minha experiência profissional e na preocupação em colmatar as necessidades desta população, em específico, de forma a poder prestar os melhores cuidados de enfermagem, contribuindo para a qualidade e manutenção da sobrevida destas pessoas, como também, pela necessidade acrescida de uma constante evolução das necessidades da população e do envelhecimento da população, resultando num aumento exponencial de doenças crónicas presentes em Portugal.

Todas as atividades descritas neste relatório evidenciam o meu crescimento profissional e o desenvolvimento de competências comuns, específicas do EEMC e em particular à pessoa em situação crónica. Os diversos contextos de estágio permitiram a aquisição dessas competências, mas também contribuíram para que tivesse outras experiências e convivência com contextos diferentes da minha prática diária, com particularidades diferentes, permitindo o meu crescimento pessoal, profissional, incremento de conhecimentos teóricos e práticos, capacitação de sentido crítico e reflexivo e tomadas de decisão com base na evidência científica.

Durante este percurso elaborei também uma RIL, com o tema Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa em Hemodiálise com Sintomas Depressivos: Esta permitiu-me adquirir competências de investigação, partilha de conhecimento científico com os pares e aplicar os resultados na minha prática diária, atingindo as competências para o grau de mestre. A utilização do modelo de Benner (2005), foi fundamental na medida em que demonstra a minha evolução na aquisição de competências em cada contexto de estágio, permitindo a visualização do mesmo.

Cabe ao enfermeiro especialista garantir a adoção de uma intervenção primordial e ativa na deteção, identificação, apoio contínuo e intervenção com a pessoa em HD e com sintomas depressivos, contribuindo para a adesão medicamentosa, essencial para a qualidade de vida e sobrevida desta população. A utilização da teoria de enfermagem de Orem sustentou a minha atuação, conseguindo centralizar os cuidados para o indivíduo e prestar apoio e educação, nas múltiplas fases de DRC e no impacto que o início dos tratamentos de HD geram na vida destes doentes.

Durante este percurso, senti algumas dificuldades, nomeadamente relacionadas com o tempo necessário para a realização deste relatório em simultâneo manter a vida profissional e pessoal. Contudo, destaco a minha perseverança, dedicação e foco no sentido de ser enfermeira especialista, poder partilhar os meus conhecimentos e ser um agente impulsionador, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e sobrevida da população com doença crónica. Tudo o atrás mencionado foi realizado com visão centrada nas necessidades individuais e reais da pessoa, envolvendo-a em todos os processos, e acompanhando as exigências das práticas de enfermagem, atingindo assim os objetivos a que me propus inicialmente.

Referências Bibliográficas

- Alikari, V., Tsironi, M., Matziou, V., Babatsikou, F., Psillakis, K., Fradelos, E., & Zyga, S. (2018). Adherence to Therapeutic Regimen in Adults Patients Undergoing Hemodialysis: The Role of Demographic and Clinical Characteristics. *Int Arch Nurs Health Care*, 4, 096. 10.1007/978-3-030-78771-4_29
- Bai YL, Chang YY, Chiou CP, Lee BO. (2019). Mediating effects of fatigue on the relationships among sociodemographic characteristics, depression, and quality of life in patients receiving hemodialysis. *Nurs Health Sci*;21(2):231-8. PMID: 30520226; <https://doi.org/10.1111/nhs.12587>
- Bampi, S. C., Leal, L. F., Falvavigna, M., De Araujo, L. P. R., Eick, R., Kuhmmer, R., & Gnatta, D. (2015). Avaliação da adesão medicamentosa em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 6(4). SciELO - Brasil
- Benner, P.(2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra. 2ª edição. Quarteto editora
- Berdichevski, E. H., de Oliveira, N. M., Junior, J. C., & de Oliveira Monaco, T. (2024). Depressão em idosos submetidos à Hemodiálise: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 5764-5775. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-467>
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Coelho, A. C. (2015). Farmacologia e Doença Renal no Doente Geriátrico (Disertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Lisboa. Disponível em Coelho, Ana Cláudia.pdf (rcaap.pt).
- Cukor, D., Rosenthal, D. S., Jindal, R. M., Brown, C. D., & Kimmel, P. L. (2009). Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney international*, 75(11), 1223-1229. 10.1038/ki.2009.51

- Decreto Lei n.º 156/2015. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018), capítulo III, (artigo 15º). p. 4162. 0414704182.pdf (diariodarepublica.pt)
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 81-100. <http://hdl.handle.net/10400.12/1114>
- Direção Nacional de Saúde. (2019). Norma 007/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf* (min-saude.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 017/2011 de 280/09/2011 atualizada a 14/06/2012 - "Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5". <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012-jpg.asp>
- Ferreira, A. (2022). *Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise*. Relatório de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10198/26364>
- Figueiredo Santos, M. C., Bittencourt, G. K. G. D., Beserra, P. J. F., & da Nóbrega, M. M. L. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-10. 10.12707/RV21047
- Galvão, A. (2021). Relatório Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal - In Encontro renal 2022. Porto. *er2023_registo.pdf* (spnefro.pt)
- Gebrie, M. H., & Ford, J. (2019). Depressive symptoms and dietary non-adherence among end stage renal disease patients undergoing hemodialysis therapy: Systematic review. *BMC nephrology*, 20(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1622-5>

- Ghimire, S., Castelino, R. L., Jose, M. D., & Zaidi, S. T. R. (2017). Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC nephrology*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0583-9>
- Gokoel, S. R., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J., Moes, D. J. A., & de Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: a critical appraisal and systematic review. *Transplantation Reviews*, 34(1), 100511. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
- Kauric-Klein, Z. (2018). Depression and medication adherence in patients on hemodialysis. *Current Hypertension Reviews*, 13(2), 138-143.
- Klein, K. B., Pretto, C. R., Kleibert, K. R. U., Campos, F., da Rosa, M. B. C., Stumm, E. M. F., & de Fatima Colet, C. (2019). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *O Mundo da Saúde*, 43(4), 800-813.
- Michel, N. C., Schwartz, E., dos Santos, B. P., & Lise, F. (2021). O uso dos fármacos na doença renal crônica pelos pacientes em hemodiálise. *Saúde em Redes*, 7(1), 193-203. O uso dos fármacos na doença renal crônica pelos pacientes em hemodiálise | Saúde Redes;7(1)20210000. | LILACS (bvsalud.org)
- Mizé F. (2023). Depressão em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodialise. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Acadêmica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Sup), 57-58. Vista do Depressão em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e transplante renal (sbcm.org.br)
- Neres da Silva, L., dos Santos Lima, F., Xavier, N. M. P., & Machado, J. V. (2023). Hemodialise e sofrimento psíquico: ansiedade e depressão em pacientes com doença renal crônica. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 11(2). <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v11i2.1647>
- Norma 017/2011 atualizada a 14/06/2012. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. [tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf](https://www.min-saude.pt/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf) (min-saude.pt)

- Nunes, L. (2010). Do Perito e do conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*.
<http://hdl.handle.net/10400.26/9215>
- Ohya, M., Iwashita, Y., Kunimoto, S., Yamamoto, S., Mima, T., Negi, S., & Shigematsu, T. (2019). An analysis of medication adherence and patient preference in long-term stable maintenance hemodialysis patients in Japan. *Internal Medicine*, 58(18), 2595-2603.
- Oliveira, R. T., & Watanabe, E. A. M. T. (2021). Ansiedade e depressão: Aspectos psicológicos de pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise. *ANAIS DO ENIC*. Vista do ANSIEDADE E DEPRESSÃO: Aspectos psicológicos de pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise (uems.br)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série (Nº26 de 6 de Fevereiro de 2019), 4744 – 4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2ª série (Nº 135 de 16 de Julho de 2018), 19359 – 19370.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D., & Turker, T. (2019). Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *The Journal of Nursing Research*, 27(4), e36. 10.1097/jnr.0000000000000309
- Padilla, V. (2019). Problemáticas de saúde no doente me diálise: Fragilidade, depressão e adesão. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto. TESE_2019_FINAL (8).pdf
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Strippoli, G. F. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and

- meta-analysis of observational studies. *Kidney Int*, (84(1)),179-191.
doi:10.1038/ki.2013.77
- Pereira CV, Leite ICG. (2022). Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. *Cad Saúde Colet*,; 30(3) 349-360.
<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030012>
- Pires, A. F., dos Santos, B. N., dos Santos, P. N., Brasil, V. R., & Luna, A. A. (2015). A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Revista rede de cuidados em saúde*, 9(2). 6-Autocuidado-formação.pdf (journalofagingandinnovation.org)
- Ponce, P. (2020). Manual de Nefrologia. 1 - *Manual de nefrologia* / coord. Pedro Ponce. - 1ª ed. - Lisboa : Lidel, cop. 2020. - XIV, 380 p. (Manual Lidel). - ISBN 978- 989- 752-572-8
- Prata, M. M. (2021). Incidence in dialysis and chronic kidney disease prevalence in the Portuguese population. *Port J Nephrol Hypert*, 35(1), 63.
- Rufino S, Leite RS, Freschi L, Venturelli VK, Oliveira, ES, Mastrorocco Filho DAM. (2018). Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Rev. Saúde Foco*. 837-844.
http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405-415. 10.14417/ap.1505
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51 – 54. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Sgnaolin, V., & Figueiredo, A. E. P. L. (2012). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Brazilian Journal of Nephrology*, 34, 109-116

- Silva, A. J., Frazão, J., & Pimenta, R. (2023). Qualidade de vida na pessoa com insuficiência renal crônica em programa regular de hemodiálise. *Revista de Enfermagem*. Referência, 6(2), e22113. <https://doi.org/10.12707/RVI22113>
- Silva, P. A. B., Silva, L. B., Santos, J. F. G., & Soares, S. M. (2020). Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 54, 86. SciELO - Brasil - Brazilian public policy for chronic kidney disease prevention: challenges and perspectives Brazilian public policy for chronic kidney disease prevention: challenges and perspectives
- Sonza MFK, Pretto CR, Benetti SAW, Colet C de F.(2022). Qualidade de vida, depressão e adesão medicamentosa de pacientes em hemodiálise. *Rev Contexto & Saúde*, ;22(46):e12344
- Sousa, C. (2009). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/19355>
- Tesfaye, W., Parrish, N., Sud, K., Grandinetti, A., & Castelino, R. (2024). Medication Adherence Among Patients With Kidney Disease: An Umbrella Review. *Advances in Kidney Disease and Health*, 31(1), 68-83. 10.1053/j.akdh.2023.08.003
- Tomey, A, M e Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ªedição). Loures Lusociência

Apêndices e Anexos

Apêndice I – Cronograma

[illegible]

Apêndice II –Caracterização dos locais de estágio

Unidade de Ambulatório de Nefrologia

A primeira fase de estágio, com uma duração de 5 semanas, decorridas no período de 16 de maio de 2023 a 17 de junho de 2023, foi realizado em uma unidade hospitalar de um distrito da região sul do país. Esta instituição, abrange uma área de 5064 km², prestando apoio a uma população residente de cerca de 774,632 pessoas, e a vários concelhos. O serviço de ambulatório de nefrologia desta instituição, pretende promover a saúde, a todos os cidadãos, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.

O serviço de ambulatório de nefrologia engloba:

- **Hospital dia**, onde são prestados todo o tipo de apoio e acompanhamento aos doentes e famílias das consultas externas de nefrologia e hematologia, nomeadamente, para serviços de transfusões de sangue, administração de medicação e soroterapia, em todos os estádios da DRC, como também, serve de recobro após construção dos acessos vasculares.
- **Sala de diálise peritoneal**, onde são realizados ensinamentos, treinos e esclarecimentos aos 7 doentes em programa de diálise peritoneal, como também prestação de apoio aos doentes em diálise peritoneal em internamento.
- **Bloco operatório**, que assegura a construção e manutenção dos acessos vasculares dos doentes referenciados, sendo realizadas todas as quintas-feiras por um cirurgião vascular externo ao hospital, e duas enfermeiras, um elemento circulante e um instrumentista. Esta sala, também é utilizada para colocação de cateteres venosos centrais para tratamento de hemodiálise, realização de biópsias renais e colocação de cateteres de diálise peritoneal.
- **Consultas externas**, que incluem as consultas de nefrologia, consulta multidisciplinar de opções terapêuticas da substituição renal e consultas multidisciplinar de tratamento médico conservador,
- Realização de **angiografia**, na sala de técnicas de gastroenterologia, para realização de angiografias diagnósticas de disfunção dos acessos vasculares.

- **Salas de hemodiálise**, no seu total dispõe de 8 postos, recebendo doentes agudos e doentes crónicos, atualmente, garantem tratamentos de hemodiálise a 14 doentes crónicos, que não têm condições de serem transferidos para as clínicas de hemodiálise. Também existem opções de tratamentos de plasmaferese e hemoperfusão. Na unidade aceitam doentes com patologias infecciosas de HIV e Hepatite C.

A equipa multidisciplinar, é composta por 7 nefrologistas, 3 internos de nefrologia, um enfermeiro chefe, um enfermeiro adjunto, 22 enfermeiros, dos quais 3 são especialistas, 9 auxiliares de ação médica, 3 auxiliares de limpeza e 3 técnicos de manutenção, recebendo no serviço estágios para alunos de licenciatura e de mestrado. Quando necessário, também existe o apoio da nutricionista, da assistente social e psicóloga do hospital. O serviço de ambulatório de nefrologia, funciona de 2ª a sábado, das 8h00 às 0h, funcionando ao domingo com o regime de prevenção (um nefrologista, um enfermeiro e uma auxiliar de ação médica).

Os doentes são referenciados através de outros hospitais da região, centro de saúde, da urgência hospitalar, consulta de nefrologia e dos vários internamentos quando necessário.

O objetivo primordial a desenvolver neste estágio, foi o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na intervenção à pessoa e família em situação crónica, e aquisição de outras competências ainda não adquiridas, em meio dedicado, onde estas pessoas realizam os seus tratamentos de substituição renal, tendo por base os objetivos e atividades delineados no meu projeto.

Este serviço é reconhecido, como sendo uma referência na área da nefrologia, e na aplicação das técnicas mais atuais e eficientes no tratamento da DRCT, quer no ambulatório quer em internamento, sendo possível, verificar a existência de um compromisso para com a pessoa e família, e a existência de cuidados de excelência.

É um serviço com auditorias internas, em que todos os protocolos e procedimentos direcionados para o serviço, têm que ser validados pelo serviço de qualidade da unidade

hospitalar, após essa aprovação, ficam disponíveis para consulta por parte de todos os elementos, no espaço da intranet do hospital.

Unidade de Diálise Peritoneal

Com a duração de quatro semanas de 19 de junho de 2023 a 14 de julho de 2023, sendo a segunda parte do estágio, esta decorreu num hospital do Centro Hospitalar da região de Lisboa, no serviço de Diálise Peritoneal.

Juntamente com este serviço, fazem parte também a unidade de internamento de nefrologia, o serviço de hemodiálise e o hospital de dia. O serviço de internamento, encontra-se atualmente em remodelações, dispõe de 33 camas, dividido em duas alas, dispõe também, de uma sala de enfermagem, uma sala que funciona como bloco operatório, para realização de biópsias renais e colocação de cateteres venosos centrais.

A unidade de Diálise Peritoneal, é composta por duas salas de ensino dos doentes, um gabinete médico para realização de consultas e um armazém onde se acondiciona todo o material. De momento, neste serviço são seguidos 71 doentes em programa regular de diálise peritoneal de forma manual ou automática, que realizam consultas de rotina de dois em dois meses.

A equipa multidisciplinar, é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, e administrativas que prestam apoio a todos os erviços anteriormente descritos. A assistente social, a psicóloga e a dietista, são solicitados pelos profissionais do serviço, quando é identificado alguma situação para atuar. Na unidade de diálise peritoneal, a equipa de enfermagem é formada por três enfermeiras, sendo uma especialista.

Apêndice III – Objetivos de Estágio

- Unidade de HD -

Objetivo geral: Adquirir competências especializadas, para prestar cuidados de Enfermagem ao nível hospitalar, à pessoa com insuficiência renal crónica, em programa de terapêutica de substituição da função renal, especificamente na hemodiálise ao nível hospitalar

Objetivos específicos	Atividades
Conhecer a dinâmica e organização do serviço de hemodiálise, e integrar a equipa multidisciplinar	• Conhecer o espaço físico do serviço e sua estrutura organizativa; • Conhecer a equipa multidisciplinar; • Consultar as normas e protocolos do serviço; • Conhecer o sistema de registos de prestação de cuidados de enfermagem
Adquirir conhecimentos específicos, na área da hemodiálise hospitalar	• Observação de consulta de esclarecimento (início de tratamento); • Acompanhar todo o processo de início de tratamento de hemodiálise de um doente; • Observar os procedimentos técnicos, realizados pela equipa de Enfermagem; • Observar as práticas de cuidados de Enfermagem;
Promover a educação à pessoa em programa regular de hemodiálise, para a adesão medicamentosa	• Identificação das necessidades específicas; • Observação de promoção de adesão terapêutica, pelos Enfermeiros;

- Unidade de DP -

Objetivo geral: Adquirir competências especializadas, para prestar cuidados de Enfermagem à pessoa com insuficiência renal crónica, em programa de terapêutica de substituição da função renal, especificamente na diálise peritoneal

Objetivos específicos	Atividades
Conhecer a dinâmica e organização do serviço de Diálise Peritoneal, e integrar a equipa multidisciplinar	• Conhecer o espaço físico do serviço e sua estrutura organizativa; • Conhecer a equipa multidisciplinar; • Consultar as normas e protocolos do serviço; • Conhecer o sistema de registos de prestação de cuidados de enfermagem
Adquirir conhecimentos técnicos e científicos, na área da diálise peritoneal	• Observar procedimentos técnicos, realizados pela equipa de Enfermagem; • Realizar pesquisa bibliográfica acerca da modalidade;

-Serviço de Nefrologia / Unidade de HD -

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas, para prestar cuidados de Enfermagem, à pessoa em processo de internamento, por motivos agudos ou crónicos e em hemodiálise hospitalar

Competências específicas do EE em EMC - na área de enfermagem à PSC	Objetivos específicos	Atividades
	Conhecer a dinâmica e organização do serviço de hemodiálise, e integrar a equipa multidisciplinar	• Conhecer o espaço físico do serviço e sua estrutura organizativa; • Conhecer a equipa multidisciplinar; • Consultar as normas e protocolos do serviço; • Conhecer o sistema de registos de prestação de cuidados de enfermagem
1.2) Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica	Acompanhar a prestação de cuidados de Enfermagem ao doente com DRC em transição	• Observação de procedimentos de construção de acesso vascular (CVC, PTFE, FAV), de técnicas de vigilância do acesso vascular (eco doppler) e técnicas invasivas (biopsia renal); • Observação de intervenção de transplante renal; • Observar os procedimentos técnicos, realizados pela equipa de Enfermagem; • Refletir acerca da tomada de decisão ética, na prestação de cuidados; • Promover um ambiente de cuidados tranquilo e favorável, de modo a contribuir para a diminuição de stress e ansiedade para a pessoa e família; • Observar a prestação de cuidados, realizados pela equipa de Enfermagem;
2.1 Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica.	Promover a educação em saúde à pessoa em programa regular de hemodiálise, para a adesão medicamentosa	• Identificação dos doentes com diagnóstico de depressão e ou sintomas depressivos através dos diagnósticos médicos; • Observação de promoção de adesão terapêutica, pelos Enfermeiros; • Estabelecer planos de intervenção individualizados para a pessoa com sintomas depressivos de modo, a promover a adesão medicamentosa, prevenindo a não adesão; • Promover a autonomia e autogestão destas pessoas ao fomentar a adesão ao regime medicamentoso; • Aplicação de escala MAT, aos doentes com sintomas depressivos e depressão; • Realização de panfleto para fornecer aos utentes, acerca da adesão medicamentosa;

Apêndice IV - Atualização do Procedimento para Monitorização/Validação relativa ao fornecimento da Medicação Extradialítica

	<i>Procedimento para Monitorização/Validação relativa ao fornecimento da Medicação Extra- dialítica,</i>	Data de entrada em vigor:	
		Versão 04	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

1. Objetivo

Uniformizar a atuação dos enfermeiros do _____ | na monitorização/validação relativa ao fornecimento de medicamentos aos doentes em tratamento de substituição renal, em ambulatório;

Promover a adesão à terapêutica extra-dialítica, de forma a garantir o sucesso do tratamento e consequente melhoria da qualidade de vida.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros do _____

3. Siglas, abreviaturas e definições

AN – Ambulatório Nefrologia

4. Referências

CHKS – Programa de Acreditação para Organizações de Cuidados de Saúde, Normas Gerais para Acreditação (2020), critérios 12.69, 12.71, 25.50, 25.51.

5. Responsabilidades

Equipa de enfermagem do _____ _____ responsável pela aplicação do procedimento.

6. Procedimento

A pessoa em programa regular de hemodiálise no AN, tem direito à medicação extra-dialítica, que é fornecida pela farmácia do hospital.

Neste sentido:

- ✓ Após resultados de análises, realizadas na primeira 4ª ou 5ª feira úteis de cada mês, na sessão de hemodiálise, é feita prescrição médica *online* (nefrologistas responsáveis pela hemodiálise).

	<i>Procedimento para Monitorização/Validação relativa ao fornecimento da Medicação Extra-dialítica,</i>	Data de entrada em vigor:	
		Versão 04	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- ✓ A partir do dia 15 de cada mês é fornecida essa medicação, pelas farmacêuticas responsáveis pela terapêutica de ambulatório do AN.
- ✓ Esta é recebida no AN, pela Enfermeira Responsável pelo Programa de Medicação Extra-Dialítica.
- ✓ A enfermeira responsável pela entrega da terapêutica confere-a com a requisição enviada pela farmácia e entrega ao doente, fazendo o registo no **anexo 1** e anexo 2.
- ✓ A enfermeira deverá certificar-se ainda, que a medicação prescrita e não fornecida pela farmácia do hospital, está a ser adquirida e cumprido o plano.
- ✓ Durante o fornecimento da terapêutica a enfermeira monitoriza o cumprimento da prescrição; avalia as dificuldades do doente e esclarece dúvidas ajudando a ultrapassar problemas; define com o doente/família estratégias para ultrapassar dificuldades de comunicação em relação à terapêutica (por exemplo, trazer a medicação de casa); promove comportamentos de saúde; reforça a vantagem da adesão terapêutica e as desvantagens do não cumprimento e reporta ao nefrologista de referência e enfermeira responsável pelo acompanhamento do doente.
- ✓ Se o doente é vulnerável e apresenta dificuldade em planear o seu tratamento, a enfermeira que acompanha o doente deve envolver o cuidador principal neste processo.
- ✓ Os medicamentos que o doente não rececionou serão devolvidos, conforme procedimento **SDM.7**.
- ✓ A enfermeira responsável pelo projeto da adesão da medicação, realiza a auditoria mensal **Anexo 3**.

7. Anexos

Anexo 1 - Folha de registo de receção e entrega mensal de medicação.

Anexo 2 - Folha de registo e controlo mensal de Indicadores.

Anexo 2 – Indicador de melhoria.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	01/10/2011	01/10/2014	Versão original	
02	07/01/2015	07/01/2018		

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	<i>Procedimento para Monitorização/Validação relativa ao fornecimento da Medicação Extra- dialítica, no</i>		Data de entrada em vigor:	
			Versão 04	
			Próxima revisão:	
			Cód. Documento:	

03	25/01/2018	24/01/2021	Conteúdo do procedimento: encaminhamento não adesão	
04	02/06/2023	02/06/2026		Então C.R. Ana Sofia Mendes

Revisão:

A rever por:	Grupo responsável-	Data da próxima revisão:
---------------------	--------------------	---

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- Diretor do Serviço	Data:
	- Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:
Ratificado por:	Diretor do Serviço	Data:

Apêndice V - Tabela de controle de entrega da medicação extradialítica e gestão medicamentosa

ENTREGA MEDICAÇÃO NEFROLOGIA					
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:			N.º DO PROCESSO:		
MEDICAÇÃO PRESCRITA	DOSE	ENVIO PELA FARMÁCIA	RECEÇÃO AN	ENTREGA	DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA
Nifedipina	30 mg / 2x dia	FORNECIDO	RECEBIDO	ENTREGUE	
Cinacalcet	30 mg/ 1x dia	FORNECIDO	RECEBIDO	ENTREGUE	
Amlodipina	10mg/ 2x dia	FORNECIDO	RECEBIDO	RECUSA (REFERE NÃO TOMAR)	
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:			N.º DO PROCESSO:		
MEDICAÇÃO PRESCRITA	DOSE	ENVIO PELA FARMÁCIA	RECEÇÃO AN	ENTREGA	DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA
Osvaren	670 mg / 3X dia	FORNECIDO	RECEBIDO	ENTREGUE	
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:			N.º DO PROCESSO:		
MEDICAÇÃO PRESCRITA	DOSE	ENVIO PELA FARMÁCIA	RECEÇÃO AN	ENTREGA	DEVOLUÇÃO À FARMÁCIA
Cinacalcet	30 mg / 1x dia	FORNECIDO	RECEBIDO	RECUSA (SEM NECESSIDADE)	SIM

Apêndice VI – Panfleto e Póster

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO EM HEMODIÁLISE



Todos os meses, irá receber toda a medicação necessária para o seu tratamento relacionado com a doença renal.

Pretendemos ajudá-lo desta forma na manutenção dos sintomas associados à progressão da sua doença.



Para que o tratamento seja eficaz, é importante que cumpra com a prescrição da medicação.

Por forma a conseguir ajudá-lo, iremos partilhar consigo estratégias, que podem contribuir para uma melhor adesão.

A não adesão ao regime medicamentoso, pode levar a:

- * Doença Renal Crónica descontrolada;
- * Sintomas inerentes, à não adesão do regime medicamentoso;
- * Maior recorrência às urgências;
- * Aumento da mortalidade;
- * Diminuição da qualidade de vida;
- * Desperdício de medicamentos, com impacto ambiental e ao nível económico;

- ✗ **NÃO TOME** outros medicamentos, sem o conhecimento do seu nefrologista;
- ✗ **NÃO DEIXE** de tomar a medicação por sua iniciativa;
- ✗ **NÃO ALTERE** a sua prescrição da medicação, sem o conhecimento do seu nefrologista.

ESTRATÉGIAS

- Defina um horário **REGULAR** para tomar a medicação;
- Coloque alarmes no telemóvel;
- Recorra a caixas de organização de medicamentos semanal, de modo a facilitar a toma;
- Tenha a medicação sempre disponível consigo, de modo a não falhar nenhuma toma;
- Caso seja necessário, pode solicitar a outra pessoa (família/cuidador/amigos) para o relembrar das tomas da medicação.



A TOMA ADEQUADA DA MEDICAÇÃO, É IMPORTANTE PARA O CONTROLO DE SINTOMAS ASSOCIADO À DOENÇA RENAL CRÓNICA, CONTRIBUINDO DESTA MODO PARA PROMOVER A SUA QUALIDADE DE VIDA.

Cumpra com o seu regime medicamentoso

- ⇒ **MEDICAMENTO CERTO**
- ⇒ **No DIA CERTO**
- ⇒ **Na HORA CERTA**
- ⇒ **Na DOSAGEM CERTA**
- ⇒ **Pela VIA CERTA** (oral, tópica, inalatória)

Em caso de dúvida, a equipa de enfermagem do serviço de encontra-se sempre disponível, para o ajudar.



**Tome os seus
medicamentos de
acordo com o seu
guia terapêutico**



No DIA certo



Na HORA certa



Na DOSE certa

***Em caso de dúvida, fale com
o seu profissional de saúde***

Elaborado por: Ana Sofia Mendes (aluna de mestrado) e Enfermeira Catarina Rebelo (Enfermeira Responsável pela medicação extra-dialítica do Ambulatório de Nefrologia)



Apêndice VIII – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Adesão ao regime medicamentoso na pessoa em hemodiálise com humor depressivo

Autores:

Ana Sofia Botão Mendes (NephroCare Seixal) e Professora Doutora Eunice Henriques (ESEL)

Introdução

Com o aumento da esperança média de vida e da existência da população mais envelhecida em Portugal é expectável que existam cada vez mais pessoas com doenças crónicas, como é o caso da Doença Renal Crónica (DRC). Esta apresenta-se como um problema de saúde pública a nível mundial (Coelho, 2015, p.19).

De acordo com os dados apresentados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia em 2022, existiam 12.878 doentes em programa regular de hemodiálise (HD) no país, sendo que 2.235 novos doentes iniciaram este programa, durante este ano.

A adesão terapêutica é fundamental e rigorosa, sendo uma das componentes de adesão ao programa regular de hemodiálise a adesão ao regime medicamentoso.

A não adesão a este regime pode levar a complicações múltiplas, como taxas de mortalidade e de hospitalização elevadas, perda de qualidade de vida, descontrolo da doença e aumento dos custos em saúde. Atendendo a estes fatores, a não adesão ao regime medicamentoso deve ser um foco de atenção para os enfermeiros, pois a baixa adesão medicamentosa é bastante frequente em pessoas em HD.

De acordo com Pereira (2022, p.350) "O regime terapêutico é essencial para a sobrevivência e a segurança dos indivíduos com insuficiência renal crónica terminal. Porém, a adesão ao tratamento é um processo dinâmico, (...), sendo um dos indicativos do regime terapêutico a adesão ao regime medicamentoso."

No caso da pessoa com doença renal crônica terminal em programa regular de HD, a sintomatologia depressiva, é uma condição bastante comum, que gera consequências graves para a adesão ao regime medicamentoso.

De acordo com Sonza et al. (2022, p.10) “(...) os indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, apresentam comprometimento da sua qualidade de vida e são propensos a desenvolver depressão necessitando de estímulos para manter a adesão medicamentosa.”

A combinação da presença de sintomas depressivos e a não adesão ao regime medicamentoso são referidos em múltiplos estudos, como fatores que se encontram relacionados, pois a depressão pode afetar negativamente a adesão a esse regime.

A sintomatologia depressiva em doentes com DRCT, nos últimos anos tem sido abordada pontualmente em alguns estudos, mas o seu impacto na saúde destas pessoas continua a ser pouco valorizado. De acordo com Gebrie et al (2019, p.9), “(...) a depressão permanece subdiagnosticada e pouco estudada em pacientes com insuficiência renal terminal”.

Segundo outro autor, Kauric, Z. (2017, p.3) num estudo que realizou, verificou que a não adesão à medicação, estava significativamente relacionada com a depressão. Já Cukor et al. (2009, p.1226) demonstraram através do seu estudo que a depressão surge como um preditor significativo da adesão à medicação em toda a gama de pessoas que receberam tratamento para DRCT e que esse padrão era verdadeiro em todas as amostras por ele estudadas”. Validando assim a importância desta revisão integrativa da literatura, a realização da correlação dos fatores, sua pertinência nos tempos atuais e necessidade de intervenção nesta problemática.

Segundo Gokoel et al. (2020. p.15), abordando o tema da não adesão medicamentosa, refere que deverá envolver a participação de toda a equipa multidisciplinar, para que em parceria sejam estruturadas as intervenções mais ajustadas a cada situação, como o (...) recurso a estratégias de lembrete da sua toma e ações educativas em prol da adesão ao regime medicamentoso (..).”

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham um papel crucial devido à sua proximidade e capacidade de estabelecer relações terapêuticas com as pessoas a quem prestam cuidados. É essencial fornecer apoio e educação em vários momentos distintos, intervindo individualmente, visando a promoção da adesão ao regime medicamentoso, de forma a que estas ações resultem em benefícios significativos para a saúde e qualidade de vida desta população.

Palavras Chave: Hemodiálise, Sintomas depressivos, Adesão ao regime Medicamentoso, Intervenções de Enfermagem

Questão de revisão:

Para se poder delinear a estratégia de pesquisa, necessária para a revisão integrativa da literatura, foi fundamental formular uma questão de investigação. Para tal, e de acordo com a temática de estudo, a estratégia foi usar a PI[C]O, com a seguinte questão:

Quais as intervenções de enfermagem, promotoras da adesão ao regime medicamentoso da pessoa com sintomas depressivos, em programa regular de hemodiálise?

A questão de revisão, foi realizada através da mnemónica PI[C]O, sendo o P a população, o I a intervenção e o O outcome:

PI[C]O	
População	Pessoa com sintomas depressivos em hemodiálise
Intervenção	Promoção para a saúde
[C]	-----
Outcome	Adesão ao regime medicamentoso

Tabela 3- Mnemónica PI[C]O

Critérios de Inclusão:

- Artigos com população adulta (idade igual ou superior a 18 anos) em programa regular de hemodiálise e com sintomas depressivos;
- Artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhol;
- Artigos que integrem intervenções de enfermagem que promovam a adesão medicamentosa;
- Artigos que abordem a adesão medicamentosa;
- Literatura cinzenta;

Critérios de Exclusão:

- Artigos com população pediátrica;
- Estudos publicados antes de 2014;
- Estudos relacionados com o transplante e com diálise peritoneal.

Metodologia

Inicialmente efetuaram-se pesquisas livres através do motor de busca Google e Google Académico. Posteriormente, após identificação das palavras-chave, transferiram-se as pesquisas com os termos indexados, resultantes do somatório das palavras-chave identificadas, para as plataformas MEDLINE, CINAHL, MEDIC LATINA e SCOPUS, tendo-se obtido os artigos relacionados com a minha questão de investigação. Posteriormente, realizou-se a escolha dos artigos selecionados, que contribuíram para enriquecer e desenvolver os conceitos chave, e obter assim resposta à minha questão de investigação, promovendo o contributo na minha vida profissional e no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista e de mestre.

Tabela de pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL

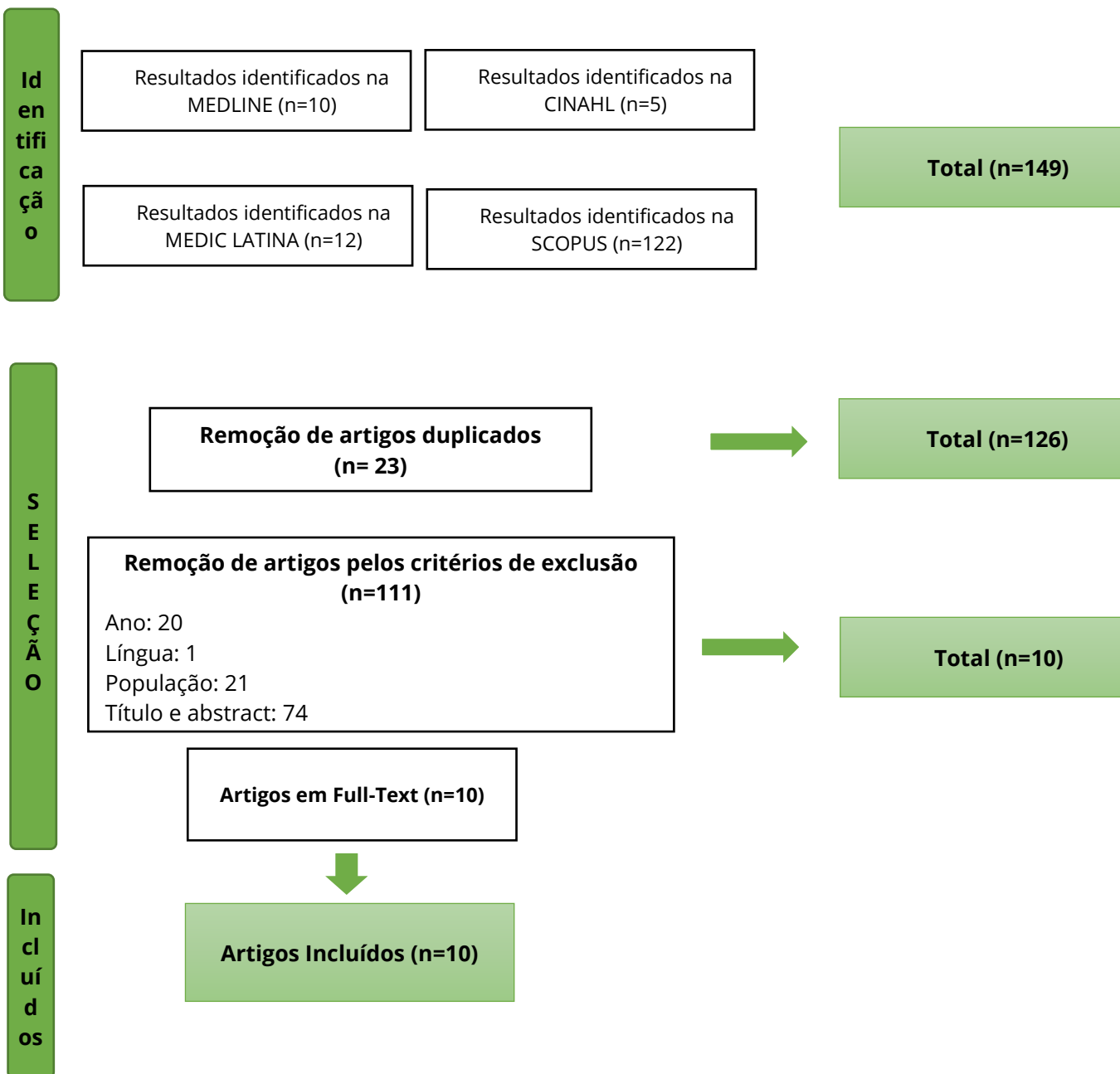
Linguagem natural	Termos Mesh	CINAHL	Somatório
• Hemodialyses • Regular hemodialyses program • Depression symptoms • Depression • Chronic kidney	"Hemodialyses" OR "Hemodialysis" OR "Hemodialyzates" OR "Chronic kidney disease" OR "Chronic Renal Insufficiency" "Depression" OR "Depression physiological long term"	• Hemodialysis • "Hemodialysis Therapy" • "Kidney, Artificial" • "Symptom Distress" • Depression • "Chronic Kidney Failure" • "Renal Insufficiency, Chronic"	("Hemodialysis" OR "Regular hemodialyses program" OR "hemodialyses" OR "hemodialyzates" OR "chronic kidney disease" OR "Kidney artificial" OR "kidney failure chronic" OR "renal insufficiency chronic" OR

- disease - Hemodiálise - Programa regular de hemodiálise - Depressão - Insuficiência renal crônica		"Kidney Diseases" "Chronic kidney disease"	"kidney diseases" OR "Hemodialysis Therapy") AND ("Depression" OR "symptom distress" OR "Depression physiological long term")
- Health education - Health promotion - Training (capacitação) - Health literacy - Empowerment - Autonomy - Promoção da saúde - Autonomia - Empowerment	"Education of patients" OR "Associate nursing education" OR "Associate nursing educations" OR "Promotional health" OR "Education" OR "Health literacy" OR "Patient Participation" OR "Empowerment" OR "Personal Autonomy"	"Health Education" "Health promotion" "Health literacy" - Empowerment "Patient Autonomy" "Self Employment"	("Training" OR "Education" OR "Education of patients" OR "Associate nursing education" OR "Associate nursing educations" OR "Promotional health" OR "Health Education" OR "Health promotion" OR "Health literacy" OR "Patient Participation" OR "Empowerment" OR "Autonomy" OR "Personal Autonomy" OR "Patient Autonomy" OR "Self Employment")
- Adherence to drug regiment - Medication - Drug regiment - Drug - Drug adherence Adesão medicamentosa	"Adherence, medication" OR "Adherence patient" OR "Medication Therapy Management" OR "Drug Utilization" OR "Drug adherence"	"Medication Compliance"	("Adherence to drug regiment" OR "Adherence, medication" OR "Adherence patient" OR "Medication" OR "Medication Compliance" OR "Medication Therapy Management" OR "Drug regiment" OR "Drug" OR "Drug Utilization" OR "Drug adherence")

Tabela 4- Tabela de pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL

Resultados

Fluxograma Prisma (JBI, 2020) - Fluxograma de decisão dos estudos identificados, removidos e selecionados.



Obteve-se na base de dados MEDLINE 10 artigos, na CINHAL 10 artigos, na MEDIC LATINA 12 artigos e na SCOPUS 122 artigos. Dos 149 artigos iniciais, foram removidos 23 por duplicação, e os restantes foram removidos de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, (20 pelo ano, 1 pela língua, 20 pela população: e

74 após a leitura do título e do abstract. Resultando assim um total de 10 artigos selecionados para integrar a Revisão Integrativa da Literatura.

Apêndice VIII - Plano de sessão e Formação “Noções de Hemodiálise para Enfermeiros”

Plano de sessão

Formação: Noções Básicas de Hemodiálise

Formadora: Ana Sofia Mendes

Data: 24 novembro de 2023

Duração: 50 minutos

Local: Hospital Serviço de

População Alvo: Enfermeiros do Serviço de do Hospital

Objetivo Geral: Aquisição de noções básicas de hemodiálise

Objetivos Específicos: Capacitar os enfermeiros a fornecer cuidados de qualidade aos doentes com DRCT, em tratamento de hemodiálise

Metodologia aplicada: Método Expositivo, participativo e demonstrativo

Metodologia de avaliação: Não Aplicável

Etapas	Tempo (min)	Atividades	Métodos	Equipamentos
Introdução	8	- Boas-vindas - Questionário aos enfermeiros - Apresentação dos tópicos a desenvolver - Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo Participativo	Computador Projetor Televisão Internet Menti.com Power- Point
Desenvolvimento	32	- Anatomia e fisiologia renal; - Principais funções do rim; - Importância do rim na homeostase e eliminação de resíduos; - Insuficiência Renal, definição, diagnóstico e classificação; - Visão geral dos diferentes tipos de tratamentos para a DRCT; - Princípios básicos da diálise;	Expositivo Participativo	Computador Projetor Televisão Power- Point

		• Definição de diálise; • Máquinas e componentes para realização do tratamento; • Função e componentes do dialisador e processo de filtração e difusão; • Tipologia de diálise (hemofiltração, hemodiálise e hemodiafiltração); • Acesso Vascular (FAV, PTFE, CVC), e principais vantagens e desvantagens; • Principais complicações durante o tratamento; • Cuidados de Enfermagem no internamento, ao acesso vascular, ao estado geral do doente e no próprio tratamento; • DRC e a adesão ao regime medicamentoso, e o papel do enfermeiro, importância da adesão medicamentosa na gestão da doença renal crónica, estratégias para promover a adesão entre pacientes renais crónicos.		
Conclusão	10	• Tempo para questões • Agradecimentos	Expositivo Participativo	Computador Projetor Televisão Power- Point

Estágio com relatório

Noções básicas de Hemodiálise

Ana Sofia Mendes n.º 11530



Orientador: Professora Doutora Eunice Henriques
Enfermeiro Tutor: Enf.ª Especialista Isabel Nascimento

Almada, 24 de novembro



Perceção dos enfermeiros acerca da temática

www.menti.com

Código 39 40 06 4

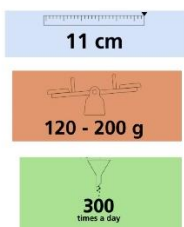
Índice

- O Rim
- Insuficiência Renal
- Tipos de tratamentos
- Diálise
- Tipos de diálise
- Dialisador
- Acesso Vascular
- Complicações
- Cuidados de Enfermagem
- Doença Renal Crónica e a adesão medicamentosa

Objetivos

- Aquisição de noções básicas de hemodiálise;
- Capacitar os enfermeiros, de forma a prestarem cuidados de qualidade, aos doentes com DRCT, em tratamento de hemodiálise.

O rim



Excretora
Hormonal
Homeostática

Insuficiência Renal



Incapacidade dos rins de filtrar os resíduos e o excesso de fluidos do sangue, levando ao acúmulo de toxinas e desequilíbrios eletrolíticos no organismo;

O diagnóstico, é realizado através de análises sanguíneas

- Ureia
- Creatinina
- Taxa de filtração glomerular (estima a quantidade de sangue que passa pelos glomérulos, por minuto).

A National Kidney Foundation, classifica a doença renal crónica em 5 estádios.

	Estádios da DRC	TFGe	% da Função Renal
ESTADIO 1	Dano renal mínimo com função renal normal	90 ou acima	90% - 100%
ESTADIO 2	Dano renal com perda mínima	60 a 89	60% - 89%
ESTADIO 3*	Perda mínima a moderada da função renal	45 a 59	45% a 59%
ESTADIO 3b	Perda moderada a grave da função renal	30 a 44	30% a 44%
ESTADIO 4	Perda grave da função renal	15 a 29	15% a 29%
ESTADIO 5	Doença Renal Terminal	<15	<15%

Insuficiência Renal



Aguda

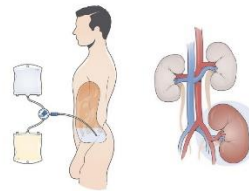
- Perda súbita da capacidade do rim de filtrar;
- Casos de bloqueio do ureteres / uso de medicamentos;

Crônica

- Processo longo e por norma lento, em que o rim vai perdendo gradualmente a sua função;
- Ocorre maioritariamente, derivado de outras doenças crônicas, como a hipertensão e/ou a diabetes, e por doenças hereditárias (rins poliquísticos).

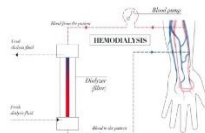
Tratamento de substituição da função renal

Tipos de Tratamentos



Diálise

- Processo extracorporal, que remove toxinas e o líquido em excesso do sangue, quando os rins já não conseguem desempenhar a sua função;
- O sangue sai para fora do organismo, através de linhas descartáveis, atravessa o **dialisador** (rim artificial) onde é filtrado, e retorna ao doente;
- Mantêm os níveis de potássio, sódio, ureia, creatinina no sangue;



 **3 x semana**
 **4 horas**

Diálise

- Todo o processo é controlado, através de uma **máquina**, que bombeia o sangue, e é adicionado anticoagulante;
- É necessário um Acesso Vascular;
- Em média, as pessoas têm 4 a 6 litros de sangue;
- Numa sessão, a quantidade de sangue que passa através do filtro/minuto, é entre 200 e 400 ml, dependente da velocidade da bomba de sangue e tempo de tratamento;



**180 L por dia = 1260 L
semana**

$300 \text{ ml/min} * 60 \text{ min/hora} * 4 \text{ horas} =$
 $72.000 \text{ ml, ou } 72 \text{ L} / 216 \text{ L semana}$

Diálise

- É utilizado uma solução **dialisante**, que é, uma solução de água ultrapura, eletrólitos e sais (bicarbonato e sódio).
- A dose de diálise, pode ser prescrita, através do tempo de diálise, fluxo sanguíneo e aumento na área de superfície ou porosidade da membrana;
- É realizada a avaliação da dose de diálise, através do $Kt/V \geq 1,4$

$$\frac{K \times t}{V}$$

Hemodiálise

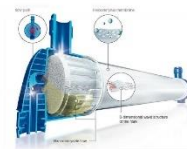


Componentes



Dialisadores "Rim artificial"

- Dois compartimentos
 - secção do dialisante
 - secção do sangue
- Milhares de fibras
 - finas e ocas
 - poros microscópicos nas paredes
- Passam apenas algumas substâncias, conservando as células sanguíneas;



Como é que se efetuam as trocas

- Os líquidos acumulados, são eliminados através de um processo designado por **filtração**.
- Os fluidos são "empurrados" por uma pressão mais alta no lado do sangue, do que no lado do dialisante.
- A solução de diálise, é eliminada juntamente com os resíduos.
- Os eletrólitos presentes na solução de diálise, também são utilizados para equilibrar os eletrólitos, no sangue dos doentes.

Tipos de Diálise



Tipos de Diálise

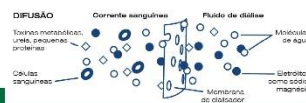
Hemofiltração

- As toxinas e água em excesso são "arrastadas", através da membrana semipermeável do dialisador;
- É bastante eficaz, na remoção de substâncias de baixo peso molecular;
- Remove grandes quantidades de líquido;
- O ultrafiltrado, é substituído pelo dialisante;

Tipos de Diálise

Hemodiálise

- A hemodiálise, é a forma mais frequente de tratamento de substituição da função renal;
- Utiliza o processo de **difusão**, através das diferenças na concentração entre o dialisante e o sangue, em direções opostas, filtrando assim o sangue;
- O compartimento do dialisante está sob pressão negativa, com uma baixa concentração, em relação ao compartimento do sangue;

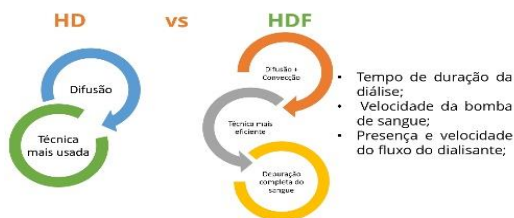


Tipos de Diálise

Hemodiafiltração on-line (HDF)

- A HDF, é a combinação dos processos de hemodiálise e hemofiltração;
- Combina dois princípios – difusão e convecção, que atuam em simultâneo;
- A filtração convectiva, remove impurezas por "arrasto", enquanto que a difusão, contribui para a remoção de solutos através da membrana do filtro;

Tipos de Diálise



Plasmaferese

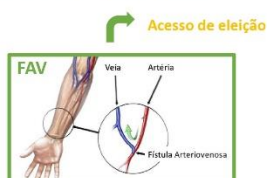
- É um procedimento com o mesmo princípio do que a HD, e com utilização de uma máquina semelhante;
- Remoção de elementos constituintes do plasma do sangue, que estão a causar patologias;
- O sangue passa por um circuito extracorporeal, e por um filtro, que separa o plasma dos outros componentes do sangue;



Plasmaferese

- No filtro, este plasma é removido, eliminando todas as substâncias prejudiciais para o organismo;
- Reposto plasma novo e albumina;
- Está indicado nas seguintes patologias, lúpus, mieloma múltiplo, crioglobulinemia e síndrome de Guillain-Barré;

Acesso Vascular



Enxerto Arteriovenoso

Acesso Vascular – Técnicas de punção

Técnicas de canulação da FAV

- A técnica de rotação dos locais de canulação também é conhecida como:
 - Técnica de escada ou de corda (rope-ladder)
 - Rotação de locais de canulação
- A técnica de canulação regional também é conhecida como:
 - Técnica de área (não aconselhada devido ao maior risco de formação de aneurismas)
- A técnica da botoeira (buttonhole) também é conhecida como técnica de:
 - Ponto de inserção constante
 - Mesmo ponto de inserção
 - Local de canulação único



Acesso Vascular - FAV

Vantagens

Durável
Menor incidência de coágulos
Menor taxa de infeção
Menor taxa de reação alérgica e materiais sintéticos
Menor taxa de complicações

Desvantagens

Tempo de maturação antes de se iniciar a punção de 4 a 12 semanas
Hematomas
Formação de aneurismas
Doloroso
Alteração da imagem corporal

Acesso Vascular PTFE

Vantagens

Maior área de canulação
Torna a punção mais facilitada
Pode ser utilizado entre 3 -6 semanas após construção

Desvantagens

Maior taxa de trombose
Maior taxa de infeção
Possibilidade de resposta alérgica / rejeição do material
Doloroso

Acesso Vascular - PTFE



Acesso Vascular

CVC

Vantagens

Utilização imediata
Facilidade de troca /remoção
Membros livres
Menos doloroso

Desvantagens

Taxa de infeção elevada
Criação de trombos nos ramos
Alteração da imagem corporal
Alteração na higiene



Acesso Vascular - CVC



Complicações

- Hipotensão
- Câibras
- Coagulação do Circuito
- Prurido
- Hemorragias
- Complicações com o AV

Remoção rápida de volume

DRC – Adesão ao regime medicamentoso

- No caso particular da **DRC**, esta apresenta-se como um problema de saúde pública e a nível mundial(1).
- Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia em 2022, existiam 12.878 doentes, em programa regular de **HD** em Portugal.
- As pessoas, em programa regular de HD, devido a todas as limitações e comprometimento da sua qualidade de vida, estão propensas a uma variedade de problemas psicológicos.
- A **depressão** é a condição mais comum, desses problemas, com uma taxa de morbilidade que pode chegar a 25%, 4 vezes a taxa entre as populações normais.(2)
- A não adesão ao regime medicamentoso, é muito frequente em pessoas em HD, sendo que um dos maiores fatores que contribuem para esse facto é a presença de sintomas depressivos.

Cuidados de Enfermagem no internamento

- **Acesso Vascular**
 - FAV / PTFE

Vigilância de parâmetros inflamatórios, como edema, rubor, calor, febre;
Vigiar hemorragias;
Vigilância de AV funcional (frémido);
Manter a higienização do membro;
Evitar que o doente faça esforços físicos com o membro;
Evitar que o doente durma sobre o membro;
Não avaliar a TA no membro;
Não punccionar, nem realizar colheitas sanguíneas pelo AV;

- **CVC**

Vigilância de parâmetros inflamatórios, como edema, rubor, calor, febre e exsudado;
Vigiar hemorragias;
Manter sempre o CVC protegido com a bolsa;
Não molhar a bolsa;

Cuidados de Enfermagem no internamento

- **Estado Geral do doente**
 - Mais frágil / debilitado
 - Cansaço
 - Nutrição adequada, com ingestão de líquidos controlada

No tratamento

- Avaliação do Peso Seco
- Avaliação de TA programada
- Monitorização do estado geral do doente
- Vigilância de complicações
- Monitorização dos parâmetros da máquina de diálise

DRC – Adesão ao regime medicamentoso

O papel do enfermeiro na adesão medicamentosa, é crucial para garantir que os doentes cumpram com o seu plano medicamentoso;

- Educação do doente;
- Avaliação da compreensão;
- Identificação e Resolução de Barreiras;
- Promoção da Autogestão;
- Apoio Contínuo;

Através de um regime medicamentoso bem sucedido, é possível a estabilidade da doença crónica e ganhos para a qualidade de vida do doente.

Apêndice IX – Plano de Cuidados e Estudo de Caso

Plano de Cuidados de Enfermagem

Etapas	Objetivos	Dados
Avaliação Inicial	- Realização de uma entrevista, onde abordei o histórico da pessoa que foi identificada, incluindo dados acerca da evolução da DRCT, bem como da duração do tempo em HD; - Avaliação do estado geral da pessoa, sinais vitais, nível de consciência e presença de sintomas, relacionados com a DRCT; - Avaliação do estado emocional, incluindo a presença de sintomas relacionados com humor depressivo e DRC; - Recolher informações relevantes, para poder identificar as causas efetivas, para não adesão da medicação;	J.V, 51 anos, natural de moçambique, em Portugal há cerca de 40 anos. Ao nível do suporte social, vive com a mãe e com a irmã. Sem aparente dificuldade financeira, mas encontra-se desempregado. AP: DRC estadio5, por síndrome nefrótica, em hemodiálise desde 2016.; HTA; Anemia crónica; Hiperparatiroidismo secundário; Cancro do canal anal (2020, realizou quimioterapia e recusou cirurgia); VIH-1 sob TARVc, doença controlada até 2022, incumprimento da adesão à medicação; VHC (2015, atualmente tratado); Enfisema pulmonar; TXD com múltiplas recaídas; Síndrome depressivo major com ideação suicidas; Tabagismo ativo. Pessoa consciente e orientada no tempo e no espaço, bastante reservado, mas com facilidade no diálogo após continuação da convivência. Atualmente com DRCT, controlada ao nível dos sintomas e aderente aos tratamentos. Mantem sintomas de humor depressivo, com diálogo deprimido, e fácies triste, com perda de interesse na vida, com alterações do padrão de sono. Refere ter conhecimento do seu plano medicamentoso, como também a existência de múltiplas falhas, na toma dos medicamentos conforme estão prescritos. Foi identificado, não adesão medicamentosa, relacionada com a DRC, e com o VIH. Parece ter conhecimentos e compreensão acerca da importância dos medicamentos prescritos e da adesão ao regime medicamentoso, mas refere não aderir a toma de toma a medicação prescrita, por às vezes se esquecer de tomar, bem como, por serem muitos os fármacos que tem de tomar, referindo que durante a vida dele, já tomou muitas substâncias que lhe degradam o organismo e não quer tomar muitos

		medicamentos.
Educação e Informação	Fornecer material educativo, nomeadamente um folheto, como também outras documentações que contenham em detalhe o guia terapêutico e instruções de administração.	Fornecer informações claras e concisas, acerca da importância do tratamento medicamentoso. Irá ser explicado à pessoa a importância de manter um regime medicamentoso adequado para controlar os sintomas da DRC e de outras patologias associadas, de forma a prevenir complicações, bem como de falar com a pessoa acerca da relação entre a insuficiência renal e a depressão, destacando a importância do tratamento adequado para ambas as condições. Realizada breve análise aos medicamentos prescritos e seus efeitos, incluindo benefícios, possíveis efeitos colaterais e riscos da falta de adesão.
Estabelecimento de metas	- Colaborar com a pessoa, de forma a identificar metas alcançáveis e personalizadas, relacionadas com a adesão medicamentosa;	Envolver a pessoa no seu estabelecimento de metas relacionadas com os focos identificados (adesão medicamentosa, imagem corporal e alimentação), e colaborar com a mesma no sentido de as atingir. - Criar rotinas de toma da medicação; - Desmitificar a ideia da complexidade de múltiplos fármacos;
Monitorização contínua	- Avaliação dos parâmetros bioquímicos, após cada realização de análises mensal; - Monitorização da adesão medicamentosa mensalmente; - Prestar apoio psicossocial de forma a identificar os fatores que contribuem para a falta de adesão medicamentosa; - Oferecer apoio emocional e psicológico à pessoa;	Análise dos parâmetros bioquímicos mensalmente após a realização das análises mensal; Colaboração com a Enf. Responsável pela adesão medicamentosa, no desenvolvimento de um documento que permita existir este controle em Excel com toda a informação pessoal da pessoa, medicação prescrita, e controlo através de esquema de cores, para posteriormente se possível poder ser incorporado no programa utilizado em serviço, o NEFRUS. Oferecer apoio emocional à pessoa, ouvindo suas preocupações e incentivando-o a expressar suas dúvidas e inquietações. Garantir uma abordagem multidisciplinar, de forma a promover a adesão ao regime medicamentoso e otimizar os resultados do tratamento em hemodiálise.

		Monitorização da progressão dos sintomas depressivos e realizar de interligação com a equipa multidisciplinar (psicologia/psiquiatria) se necessário. Mostrar disponibilidade e manter reforço positivo para a adesão ao regime medicamentoso e participação nas atividades que promovem o bem-estar emocional e ajustar o plano de cuidados, de forma dinâmica e contínua de acordo com as alterações nas necessidades específicas da pessoa.
--	--	--

Plano de Cuidados de Enfermagem – Serviço de Nefrologia

Unidade de Hemodiálise – Consulta de Acompanhamento de enfermagem da pessoa DRC / Família

Nome: J.V

Idade: 51 anos

Telef: -----

Morada: -----

Circunstância familiar / social atual: Independente nas atividades de vida diárias; Vive com a mãe e com a irmã; Aparentemente sem dificuldades financeiras apesar de estar atualmente desempregado.

Foco	Itens abordados	Plano
Conhecimento sobre a doença e Regime terapêutico do doente / cuidador/ra	- Abordados aspetos relacionados com a doença; - Abordados aspetos relacionados com o regime terapêutico;	-----
Conhecimento sobre a alimentação e restrição hídrica do doente / cuidador/ra	- Possui conhecimentos acerca da alimentação e dos cuidados a ter com a ingestão alimentar e hídrica; - Tem apetite, mas refere com todas as restrições alimentares relacionadas com a DRCT, refere que acaba por comer em menor quantidade.	- Realizar ensinamentos e estabelecimento de estratégias de acordo com a preferência da pessoa. - Promover a ingestão nutricional adequada; - Incentivar a ingestão hídrica, conforme apropriado;
Conhecimento sobre cuidados com o acesso para a HD do doente / cuidador/ra	- Cuidados com o CVC; - Autoimagem; - Conhece e adere aos cuidados relacionados com o CVC;	-----
Atividade / Repouso	- Independente nas AVD's; - Refere ter atividades de passatempo, como ler; - Alterações no padrão de sono;	- Relacionado com os sintomas depressivos, refere alterações do padrão de sono (horas de sono trocadas). - Delinear com a pessoa, estratégias promotoras de um padrão de sono de qualidade (exemplo estipular rotinas com horas para a pessoa se deitar/evitar distrações na hora de deitar dormir, como ver TV, ou uso prolongado de telemóvel, tentando proporcionar ambientes calmos e tranquilos). - Rever com a equipa médica a medicação prescrita e ajustar se necessário.
Aceitação e adaptação do estado de saúde e	- Adaptado à sua condição de doenças.	-----

terapêutica do doente / cuidador/ra		
Adesão / cumprimento ao esquema terapêutico	- Aderente ao esquema terapêutico no presente.	-----
Adesão à terapêutica extra-dialítica	- Conhecedor do seu plano medicamentoso; - Não aderente à terapêutica, de acordo como está prescrita;	- Identificado Falta de adesão ao regime medicamentoso. - Monitorizar a adesão do regime de medicamentoso, através de escalas; - Estabelecimento de relação de confiança com esta pessoa, de modo que a abordagem seja tranquila e não repentina; - Validar com a pessoa o seu nível de conhecimento e compreensão relacionados com a prescrição medicamentosa e características da medicação; - Realização de ensinamentos relativos aos medicamentos prescritos; - Informar a pessoa, sobre as consequências da não adesão do regime medicamentoso na sua situação de doença, e impacto na qualidade de vida; - Prestar orientações acerca de possíveis efeitos adversos de cada medicamento; - Colaborar com a pessoa, em delinear estratégias para que a toma da medicação seja cumprida, nomeadamente da medicação relacionada com a DRCT e com o VIH; - Selecionar com a pessoa, os métodos e estratégias adequadas, como por exemplos: fornecer folhetos informativos, plano terapêutico sempre atualizado, criação de esquemas visuais, lembretes de telemóvel, alarmes); - Disponibilizar apoio sempre que necessário, fornecer os contactos do serviço; - Prestar reforço positivo e reforçar comportamentos de adesão; - Incluir os familiares, nestes cuidados, cajo seja da preferência da pessoa;
Complicações inter-dialíticas	- Sem complicações relevantes durante os tratamentos de hemodiálise.	-----
Risco de Infecção	- Riscos de infeção, relacionados com o acesso vascular CVC.	- Cumprir com os protocolos de assepsia, relacionados com os procedimentos; - Monitorizar sinais e sintomas sistémicos, e de infeção; - Ensino à pessoa, acerca das precauções básicas de higiene e controlo de infeção;

Plano de Vacinação	- Imunizado para HBV; - Vacina SARS-COV2.	-----
--------------------	--	-------

Diagnósticos NANDA-I

- Falta de adesão ao regime medicamentoso
- Falta de adesão ao regime dietético
- Baixa autoestima situacional
 - Desafio situacional ao próprio valor
 - Verbalizações autonegativas

3 Fatores relacionados

- Alteração da imagem corporal
- Alteração no papel social
- Autoexpectativas não realistas
- Comportamento inconsistente em relação aos valores
- Diminuição do controle sobre o ambiente
- Padrão de desamparo
- Reconhecimento inadequado

4 Populações em risco

- História de abandono
- História de abuso
- História de negligência
- História de perda
- História de rejeição
- Padrão de fracassos
- Transição de desenvolvimento

5 Condições associadas

- Doença física
- Prejuízo funcional

6 NOC

- Auto-estima.
- Adaptação psicossocial: mudança de vida.
- Resolução de luto.
- Tomada de decisões.

7 NIC

- Autonomia da auto-estima.
- Apoio emocional.
- Melhoria da imagem corporal.
- Apoio na tomada de decisões.
- Aconselhamento.

- Facilitando o luto.
- Facilitando o luto: morte perinatal.
- Melhorando a cobertura.
- Orientações antecipatórias.

Controle ineficaz da saúde

Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.

2 Características definidoras

- Dificuldade com o regime prescrito
- Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde
- Falha em agir para reduzir fatores de risco
- Falha em incluir o regime de tratamento na vida diária

3 Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Barreira percebida
- Benefício percebido
- Conflito de decisão
- Conflito familiar
- Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico
- Demandas excessivas
- Dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo
- Dificuldade de transitar por sistemas complexos de cuidados de saúde
- Gravidade da condição percebida
- Número inadequado de indícios de ação
- Padrão familiar de cuidados de saúde
- Sentimento de impotência
- Suscetibilidade percebida

4 Populações em risco

- Desfavorecido economicamente

5 NOC

- Comportamento de conformidade.
- Comportamento terapêutico: doença ou lesão.
- Conhecimento do regime terapêutico.
- Participação: decisões sobre cuidados de saúde.

6 NIC

- Modificação comportamental.
- Ajuda na modificação de si mesmo.
- Incentive o envolvimento da família.
- Gerenciamento de comportamento.
- Guias do sistema de saúde.

- Educação saudável.
- Identificação de riscos.
- Acordos com o paciente.
- Processo de educação da doença.
- Facilite a auto-responsabilidade.
- Suporte na tomada de decisão.



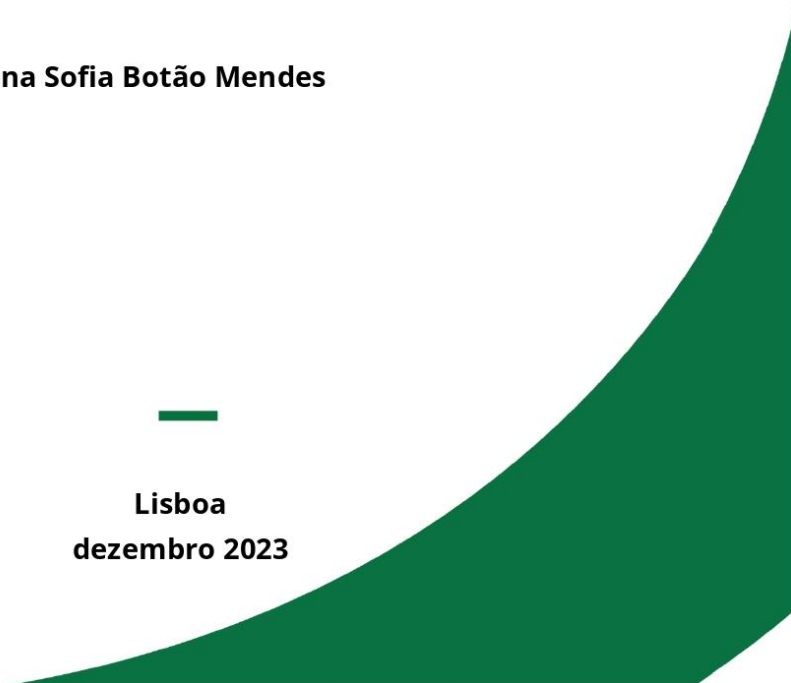
**1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-
Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crónica**

Estágio com Relatório

Adesão ao Regime Medicamentoso - Estudo de Caso

Ana Sofia Botão Mendes

**Lisboa
dezembro 2023**



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-
Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crónica**

Estágio com Relatório

Adesão ao Regime Medicamentoso - Estudo de Caso

Ana Sofia Botão Mendes

—

Orientadora: Professora Doutora Eunice Henriques

Ana Sofia Botão Mendes

—



Lisboa
dezembro 2023

Palavras-Chave

- Doença Renal Crónica
- Hemodiálise
- Não Adesão ao Regime Medicamentoso
- Ansiedade
- Intervenções personalizadas de Enfermagem

ÍNDICE

Introdução.....	11
1) Informações sobre o cliente.....	13
2) Dados Clínicos.....	15
3) Avaliação Diagnóstica.....	18
4) Intervenção Terapêutica.....	20
5) Acompanhamento e resultados.....	22
6) Discussão.....	23
Referências Bibliográficas.....	24

Resumo

Como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, torna-se essencial desempenhar um papel de agente ativo, na otimização da gestão da doença crónica, e consequentemente em todas as dimensões dos tratamentos das doenças crónicas, como é o caso da hemodiálise.

Um dos pilares da adesão ao tratamento de hemodiálise, é a adesão medicamentosa, e o seu cumprimento metódico, pela parte dos clientes. Um dos factos que condiciona a adesão medicamentosa são os sintomas depressivos, que englobam a ansiedade, existindo uma grande parte da população com estes sintomas.

Foi possível assim, intervir diretamente nestas duas áreas específicas, através da realização deste estudo de caso. Para além da condição clínica, este caso, oferece também uma oportunidade particular de forma a explorar as preocupações deste cliente, obter-se soluções e compreensão global da gestão desta situação complexa, bem como a utilização de estratégias personalizadas, adaptadas à situação real do cliente.

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular, Estágio com Relatório, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge como um dos itens de avaliação, a realização de um estudo de caso.

Com o objetivo de fomentar a investigação, o desenvolvimento da profissão de Enfermagem, e de satisfazer as necessidades da população atual, é fundamental que o Enfermeiro Especialista, reúna competências de reflexão crítica e de treino para a sua capacitação, podendo usufruir dos locais de estágio e conseguir aplicar na prática, facto afirmado por Galdeano e Zago (2003), “O estudo de caso é um método amplo que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem.”, e tem como objetivo “(..) realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, proporcionando subsídios para enfermeira estudar a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados.”.

Esta oportunidade surge, com um dos clientes que tive oportunidade de acompanhar em campo de estágio, que despertou o meu interesse, por ir de encontro também com o meu projeto de estudo da especialidade, a adesão medicamentosa, na pessoa em hemodiálise e com sintomas depressivos.

De acordo com Klei et al (2019) “A não-adesão ao tratamento medicamentoso pode causar riscos relacionados aos efeitos da própria doença, afetando a evolução do tratamento bem como a qualidade de vida do paciente, tendo como consequência perdas pessoais, sociais e económicas.”

Através deste estudo de caso, pretendo obter uma abordagem multidimensional deste cliente, com ênfase na otimização da gestão da doença crónica, e no reforço da importância da adesão medicamentosa.

Segundo Sousa et al (2020), "Num estudo português, o stresse e a ansiedade estavam presentes em 24% das pessoas que tinham programa de HD semanal."

Portanto, para além da condição clínica, este caso, oferece também uma oportunidade particular de explorar as preocupações do cliente, bem como, obter-se soluções e compreensão global de gestão em uma situação complexa, utilizando estratégias personalizadas, adaptadas à situação de ansiedade do cliente.

Foi utilizada a metodologia Case Report Guidelines Checklist, na realização deste estudo de caso.

1) Informações sobre o cliente

1.1) Informação específica do cliente não identificada

O Senhor V.Q, tem 75 anos, é do género masculino, de nacionalidade portuguesa, etnia caucasiana, atualmente reformado de eletricitista, casado e com um filho, com os quais partilha a habitação, num apartamento na margem sul do Tejo.

1.2) Preocupações e Sintomas Primários do Cliente

Durante a entrevista, manifestou presença de sintomas depressivos e de ansiedade, para o qual, já se encontra medicado, mas revelou ser uma preocupação. Outra preocupação manifestada foi o isolamento social, relacionado com o afastamento familiar, por motivos de problemas familiares no passado, o que compromete as suas rotinas, fazendo com que se isole.

1.3) História Clínica de Enfermagem, Familiar e Psicossocial

O cliente V.Q, revela algumas particularidades em relação à sua forma de comunicar, é uma pessoa pouco afável, apresentando algumas barreiras na comunicação.

Informou-me que já existia história familiar para a hipertensão e para a diabetes tipo II, da parte materna, desconhecendo outros pormenores relevantes. Refere ter uma relação com a esposa e filho, de apenas habitação partilhada, sendo que cada um faz a sua vida de forma individual, derivado de problemas familiares no passado, sendo assim o cliente V.Q o seu cuidador nas atividades de vida diárias principais (alimentação e higiene), não dispondo de apoio familiar caso necessite. Em termos financeiros refere, possuir recursos monetários para a realização das atividades básicas, sem carência.

1.4) Intervenções anteriores

O cliente V.Q é acompanhado no centro de saúde da sua área de residência, no âmbito da consulta de hipertensão e diabetes tipo II, que refere que cumpre com os agendamentos que lhe são realizados. Também tem o acompanhamento na clínica de

hemodiálise, onde realiza sessão de hemodiálise, três vezes por semana, com a duração de 4h, e onde lhe é fornecido de forma gratuita toda a medicação relacionada com a disfunção renal, nomeadamente a medicação para a hipertensão. Esta medicação é entregue para 30 dias, sendo que uma vez por mês tem contacto com o farmacêutico da clínica, e diariamente com os enfermeiros e médicos da clínica, refere não levar todos os meses a medicação para a hipertensão, pois refere não tomar como está prescrito, realizando a sua avaliação de tensão arterial e depois avalia se toma a medicação.

2) Dados Clínicos

Como antecedentes pessoais, refere hábitos tabágicos desde 1968, obesidade desde 1990, em 2001 é lhe diagnosticado hipertensão, em 2013 diabetes mellitus tipo II, em 2016 um síndrome coronário agudo, para o qual teve que realizar um cateterismo, que decorreu sem intercorrências, em 2017 por alteração dos parâmetros renais, inicia função de substituição renal a hemodiálise, e em junho de 2023, teve um ocorrência relevante, uma paragem cárdio-respiratória em contexto vasovagal, durante a colocação de um cateter venoso central para a realização de tratamentos de hemodiálise, após disfunção do seu anterior acesso vascular, uma fístula arterio-venosa.

Nega alergias, e tem como listagem de medicação habitual os seguintes fármacos:

- Amlodipina 5 mg
- Carvedilol 6,25mg
- Dagravit
- Folicil
- Losartan 50 mg
- Alprazolam 0,5 mg
- Clopidogrel 75 mg
- Sinvastatina 40 mg
- Trajenta 5 mg

Encontra-se atualmente fora da lista ativa de transplante de rim, por não cumprir com os requisitos.

No dia 5 de novembro, por cefaleias intensas e dispneia pela hora do almoço, chama ao domicílio um médico que o avalia, e apresenta uma tensão arterial >200 mmHg, foi administrado captopril sub-lingual de 25mg sem melhorias significativas, e por apresentar fala arrastada, é encaminhado para o serviço de urgência da sua área de residência.

À chegada ao serviço de urgência, apresentava os seguintes sinais e sintomas:

Tensão Arterial: 203/135 mmHg

Saturação de oxigénio: 96%

Frequência Cardíaca: 95 bpm

Palidez cutânea

Temperatura: 36,9°C

Fraqueza muscular

Frequência Respiratória: 20 cpm

Discreto desvio da comissura labial

Discurso arrastado, de percepção difícil, com incapacidade de articular frases completas

Sem défices motores objetiváveis

Membros inferiores sem edemas

Anteriormente, recorreu ao serviço de urgência em janeiro de 2023, e em maio de 2023, por sobrecarga hídrica e por hipertensão. Segundo Bialeski et al. (2022), "As principais doenças de base dos DRC foram hipertensão arterial (60,8%) e diabetes mellitus (29,2%).", reforçando assim, a importância da manutenção da hipertensão nestes clientes, de forma a obter-se um equilíbrio na saúde.

3) Avaliação Diagnóstica

Foram realizados os seguintes testes e exames diagnósticos:

- GSA (Na 129; K 4,63; Ca 1.047; Cl 98; Hb 11,9; SO2 93%)
- ECG (ritmo sinusal, FC 110bpm, sem alterações do segmento ST)
- TC CE (sem evidência de hemorragia/isquemia aguda)
- RX Tórax (com sinais de congestão)

Ficando internado, pelo diagnóstico de suspeita de AVC / Crise Hipertensiva.

A avaliação de enfermagem, neste hospital segue a abordagem ao doente crítico através da avaliação aBCDE, cujo resultado apresento seguidamente:

A- Permeável, sem alterações

B- Polipneico, com aporte de O2 a 2L/min, respiração predominantemente abdominal de media amplitude, SpO2 de 99%

C- Hipertenso, realizadas análises, administrado 10mg de labetalol EV + 2 mg de morfina EV + 1 F de ondastrom EV

D- Glasgow 15; Corado e hidratado; apirético

E- CVC SC esquerda, FAV MSE sem frêmito; Anúrico

Após estas intervenções é encaminhado para o serviço de internamento de nefrologia, á chegada ao serviço foi novamente avaliado, com melhoria significativa dos valores de tensão arterial (155/94 mmHg).

É durante o segundo dia de internamento, que fico responsável por acompanhar este cliente, sendo que a minha abordagem inicial foi perceber a situação atual, conversa com o cliente de forma a perceber as suas necessidades, para além dos sintomas que o motivaram a ir á urgência, e identificar os diagnósticos de enfermagem necessários não só para tratar a situação presente, mas de forma a evitar a recorrência destes sintomas.

De forma a obter um estudo pormenorizado, realizei também uma observação física geral do cliente, ao nível da consciência, orientação e comunicação, apresenta-se vígil, ansioso, orientado no tempo, espaço e pessoa, com discurso pouco perceptível, pouco comunicativo, ao nível da pele e das mucosas, ligeiramente descoradas, pele íntegra, ao nível da respiração, eupneico em ar ambiente, com respiração maioritariamente torácica,

sem tosse, ao nível do abdómen mole, sem problemas de evacuação, membros inferiores, ligeiramente edemaciados, com força mantida.

Após esta observação e após entrevista com o cliente, direccionada para identificar os motivos da hipertensão, levantei os seguintes diagnósticos de enfermagem. Para tal utilizei a Classificação Internacional para a Prática de Enfermeiros, versão 2 da Ordem dos Enfermeiros (2011):

- Ansiedade real presente
- Atitude face à gestão medicamentosa não presente
- Não adesão ao regime medicamentoso
- Défice de conhecimentos sobre o regime medicamentoso
- Risco de capacidade para gerir o regime medicamentoso
- Regime medicamentoso complexo

4) Intervenção Terapêutica

Após o diagnóstico, estipulei objetivos, intervenções e a avaliação dos mesmos, como demonstro nas seguintes tabelas.

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Ansiedade real presente	Diminuir o estado de humor depressivo e de ansiedade	• Aplicar técnica de escuta ativa; • Proporcionar um ambiente de partilha e apoio de forma a encorajar a comunicação; • Valorizar as emoções sentidas pelo cliente; • Demonstrar compreensão e respeito pelas emoções do cliente; • Identificar fatores de ansiedade e de depressão específicos para a situação; • Partilhar estratégias de controlo de ansiedade (técnicas de relaxamento e de respiração); • Reforço da importância da medicação para a ansiedade; • Incentivar a prática regular de exercícios físicos ligeiros (caminhadas) de forma a melhorar o humor e reduzir a ansiedade; • Incluir a família nos cuidados;	Manifesta menos sintomas de ansiedade Apresenta discurso positivo face à situação

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Atitude face à gestão medicamentosa não presente Não adesão ao regime medicamentoso Défice de conhecimentos sobre o regime medicamentoso Risco de Capacidade para gerir o regime medicamentoso Regime medicamentoso complexo	Garantir a adesão ao regime medicamentoso	- Utilização de comunicação aberta e tranquila; - Estabelecimento de uma relação de confiança e rede de apoio multidisciplinar; - Perceber os motivos específicos da não adesão medicamentosa, como esquecimentos e défice de conhecimento da sua importância; - Esclarecimento de dúvidas em relação a toda a medicação, e no caso específico da medicação para a hipertensão; - Explicação através de guia terapêutico, e ajustado às rotinas do cliente das tomadas diárias, com horas e dosagem; - Utilização de caixa da medicação preparada semanalmente; - Estabelecimento de lembretes no telemóvel nas primeiras semanas; - Colocação de esquema medicamentoso em forma de tabela no frigorífico, com horas e medicação a tomar; - Entrega de um panfleto, com dicas e informações acerca da administração da medicação; - Excluir causas financeiras da não adesão medicamentosa; - Envolver a família, de forma a esclarecê-los e explicar a importância de apoio até as rotinas estarem estabelecidas; - Incentivar a autonomia do cliente, no próprio papel de autogestão medicamentosa; - Acompanhamento regular; Alteração das intervenções sempre que necessário;	Treino durante 2 semanas Questionar o cliente em relação às tomadas da medicação; Verificação dos valores de TA; Futuramente após autorização, utilização de escalas; Verificação semanal das quantidades de medicamentos; Apresenta valores controlados de TA; Adesão ao regime medicamentoso;

Paralelamente a estas intervenções de enfermagem, foi também realizado o ajuste da medicação para o controle da tensão arterial, com o aumento da frequência da toma diária para duas vezes (manhã e noite).

5) Acompanhamento e resultados

Durante todo o período temporal de internamento, acompanhei o cliente, todas as intervenções foram realizadas de acordo com a disposição do cliente, e ao seu ritmo, foi entregue um panfleto informativo, relativo à adesão medicamentosa, após o internamento foi realizado um telefonema com o objetivo de reforçar o apoio, e a mostrar disponibilidade para caso fosse necessário entrar em contacto com o serviço.

Realizei também, com a Enfermeira Orientadora uma reflexão das intervenções efetuadas, com base na melhoria continua dos cuidados prestados, sobre a possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica, facilitada através da relação já construída no centro de hemodiálise, o que consolidou as intervenções.

Pela parte do cliente, no último dia de internamento foi dado um feedback positivo, no apoio e tempo de dedicação com o mesmo. Infelizmente pela fraca adesão ao nível familiar, derivado da condição prévia de convívio ser nula, não foi possível incorporar a família nestas intervenções.

6) Discussão

Segundo Bialeski et al. (2022), "As principais doenças de base dos DRC foram hipertensão arterial (60,8%) e diabetes mellitus (29,2%).", reforçando assim, que a hipertensão é uma das doenças crônicas, que propicia a outra doença crônica, sendo que se torna fundamental a importância da manutenção da hipertensão nestes clientes, de forma, a obter-se um equilíbrio na saúde, sendo, que para além do controlo da alimentação e hábitos de vida saudáveis, a toma da medicação de acordo com o plano medicamentoso é assim primordial.

O papel do Enfermeiro Especialista, nesta intervenção é de elevada importância e significado para este cliente, no sentido que a não adesão ao regime medicamentoso, pode levar a consequências graves e complexas para este cliente, como o descontrolo da doença crônica, crises hipertensivas, problemas cardiovasculares e elevadas taxas de hospitalizações, real impacto na qualidade de vida deste cliente, aumento dos custos na saúde e a importância e necessidade de intervenções multidisciplinares.

Existiram algumas limitações neste estudo de caso, tais como, a falta de suporte social e familiar deste cliente, a instabilidade emocional do mesmo, o tempo de contacto durante o internamento, de forma intermitente e não continuamente, a preocupação constante em garantir a privacidade do cliente, visto os quartos serem partilhados, com outros clientes e a sensibilização dos pares, para a temática, com a dificuldade de garantir os outros cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

- Bialeski, A. B., Lopes, C. M., & Iser, B. P. M. (2022). Fatores relacionados aos desfechos clínicos e ao tempo de sobrevida em doentes renais crônicos em hemodiálise. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30, 115-126.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 371- 375.
- Klei, K. B., Pretto, C. R., Kleibert, K. R. U., Campos, F., da Rosa, M. B. C., Stumm, E. M. F., & de Fatima Colet, C. (2019). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *O Mundo da Saúde*, 43(4), 800-813.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2*. Lusodidacta.
- Sousa, L. M. M., Valentim, O. S., Marques Vieira, C., Antunes, A. V., Severino, S., & José, H. (2020a). Association between stress/ anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 47-53. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0272>

**Apêndice X – Protocolo de estudo, consentimento informado e
autorização do Hospital**

Protocolo do Estudo

Título do Estudo

Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa em Hemodiálise com Sintomas Depressivos

Nome dos Autores

Ana Sofia Botão Mendes (Mestranda ESEL)

Professora Doutora Eunice Henriques (ESEL)

Introdução

Devido à evolução da medicina, com o aumento da esperança média de vida, e da existência de população mais envelhecida em Portugal, é expectável que existam cada vez mais pessoas com doenças crónicas. Neste sentido, e no caso particular da Doença Renal Crónica (DRC), esta apresenta-se como um problema de saúde pública e a nível mundial (Coelho, 2015).

De acordo com os dados apresentados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia em (2022), existem 12.878 doentes em programa regular de HD no país, sendo que em 2022, 2.235 novos doentes iniciaram este programa.

A adesão a este tratamento, é assim fundamental, e rigoroso, uma das componentes de adesão ao programa regular de hemodiálise é a adesão ao regime medicamentoso, sendo também uma área que deve focar a atenção para os enfermeiros, pois a baixa adesão medicamentosa, é muito frequente em pessoas em HD, podendo levar a complicações múltiplas e a taxas de mortalidade elevadas, tendo grande impacto na qualidade de vida da pessoa, bem como enorme relevância na saúde, ao nível económico e social.

De acordo com Pereira (2022), “o regime medicamentoso é essencial para a sobrevivência e a segurança dos indivíduos com insuficiência renal crônica terminal. Porém, a adesão ao tratamento é um processo dinâmico, (...)” O facto de a pessoa, se deparar com

uma nova condição de vida, associado a uma doença crónica, bem como, de ter que depender de tratamentos que alteram todas as dimensões de vida, em inúmeros casos, levam a que estas pessoas, não consigam gerir e adaptar-se a esta nova realidade, trazendo sentimentos negativos, ansiedade e depressão, sentimentos estes, que também afetam negativamente a adesão ao regime medicamentoso.

De acordo com Sonza et al. (2022), os indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, apresentam comprometimento da sua qualidade de vida, que são propensos a desenvolver depressão e que precisam de estímulos para manter a adesão medicamentosa.

Objetivos

Geral

Melhorar a adesão medicamentosa na pessoa em hemodiálise e com sintomas depressivos

Específicos

Avaliar a adesão medicamentosa da população alvo;

Relacionar fatores de adesão, sintomas depressivos, idade, sexo e habilitações literárias;

Desenho do estudo e métodos

População

Pessoas a realizarem tratamento de hemodiálise e com sintomas depressivos, do serviço de Hemodiálise do Hospital Garcia de Orta.

Tipo de estudo

Quantitativo, transversal-analítico, descritivo e correlacional.

Tamanho da amostra, processo de seleção e recrutamento da amostra

São considerados como amostra, todas as pessoas que cumpram os requisitos dos critérios de inclusão. O recrutamento será efetuado através da aplicação da versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica, e dos diagnósticos realizados, posteriormente será aplicado a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos, nas pessoas identificadas na primeira escala.

Critérios de inclusão

- População Adulta (idade igual ou superior a 18 anos) em programa regular de hemodiálise e com sintomas depressivos;

CrITÉrios de Exclusão

- População pediátrica;
- População a realizar diálise peritoneal;
- População que não está em programa regular de hemodiálise;
- População transplantada;

Duração do estudo

2 meses, de 15 de dezembro a 15 fevereiro.

Análise estatística

Descritiva, com recurso ao SPSS para análise dos dados;

Considerações éticas

A participação no estudo, não implica danos, procedimentos ou riscos para os participantes.

Foram solicitadas as autorizações aos autores das escalas para sua aplicação.

Custos

Sem custos.

Publicação de dados

Os dados obtidos, posteriormente serão utilizados em âmbito académico, para a elaboração da discussão em Relatório de Estágio para obtenção do grau de especialista e mestre, elaboração de um artigo científico e utilização em apresentações profissionais.

Referências Bibliográficas

Coelho, A. C. (2015). Farmacologia e Doença Renal no Doente Geriátrico (Disertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Lisboa. Disponível em Coelho, Ana Cláudia.pdf (rcaap.pt).

Pereira CV, Leite ICG. (2022). Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. Cad Saúde Colet,; 30(3) 349-360. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030012>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2022). Evolução Temporal da Incidência da DRC em TSFR Implicações Clínico-Epidemiológicas. Disponível em [dados-gerais-do-registo-2022.pdf \(spnefro.pt\)](#)

Sonza MFK, Pretto CR, Benetti SAW, Colet C de F.(2022). Qualidade de vida, depressão e adesão medicamentosa de pacientes em hemodiálise. Rev Contexto & Saúde, ;22(46):e12344.

Consentimento Informado

Eu, Ana Sofia Mendes, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, a realizar estágio no Serviço de Hemodiálise, venho por este meio solicitar a sua participação no estudo de caracterização da associação entre sintomas depressivos e a adesão ao regime medicamentoso, através da realização de dois questionários.

O questionário deverá ser respondido individualmente, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento, pessoalmente ou através do contacto telefónico 212727248. A sua participação neste estudo, será voluntária, anónima e poderá desistir em qualquer momento. Todos os dados obtidos através dos questionários, terão o tratamento de confidencialidade garantido.

Eu _____,
declaro que concordo em participar do estudo descrito acima, bem como, também que fui informado do estudo em questão, tendo ficado esclarecido/a.

Tenho conhecimento que posso recusar ou desistir a qualquer momento do presente estudo, sem qualquer tipo de penalização.

Data: _____

Adesão ao Regime Medicamentoso na Pessoa em Hemodiálise com Sintomas Depressivos

Caracterização

Idade: _____

Sexo:

☐

Feminino

☐

Masculino

☐

Prefiro não responder

Habilitações literárias:

☐

Analfabetismo

☐

Ensino primário (4º ano)

☐

Ensino Básico (9º ano)

☐

Ensino Secundário (12º ano)

☐

Licenciatura

Outros _____

Hospital Garcia de Orta EPE
Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta

Título: Estudo intitulado "Adesão ao regime medicamentoso na pessoa em hemodiálise com sintomas depressivos".

Investigador Principal: Enfª Ana Sofia Mendes

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 11/12/2023.

Estiveram presentes:

☐ Nome: Dra Natália Dias (Presidente)

☒ Nome: Dra Ana Soares

☐ Nome: Dra Aurora Tomaz

☒ Nome: Dra Benedita Nunes

☒ Nome: Dra Cátia Gradil

☐ Nome: Dra Eunice Teixeira

☒ Nome: Dra Isabel Pereirinha

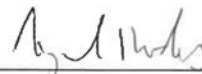
☐ Nome: Dr. José Luis Metello

☒ Nome: Dr. Manuel Quintãos

☒ Nome: Dr. Miguel Rodrigues

☒ Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.



Dr. Miguel Rodrigues
Vice-Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 20/12/2023.



Dra. Paula Breia
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 21/12/2023

Anexo I – Certificado de frequência Curso Ecodoppler



ECO
DOPPLER
DE ACESSO VASCULAR

Certifica-se que

Ana Sofia Mendes

Participou no Curso de Eco Doppler de Acesso Vascular, com a duração de 8 horas, realizado entre os dias 12 a 16 de Janeiro de 2023, em formato online e presencial.

Pela Comissão Organizadora

Ana Ventura

Clemente Sousa



COMISSÃO ORGANIZADORA



GRUPO de
ESTUDOS
VASCULARES



Anexo II- Certificado de participação XXXVII Congresso da APEDT

ENCONTRO RENAL

16 - 18 NOV 2023
PORTO PALÁCIO



CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Sofia Botão Mendes

participou no **XXXVII CONGRESSO DA APEDT**
que decorreu nos dias 16, 17 e 18 novembro de 2023
no Porto Palácio Hotel.

DILAR COSTA
Presidente do Congresso APEDT

ESTER MARQUES
Presidente do Congresso APEDT

FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVII
CONGRESSO
PORTUGUÊS
DE NEFROLOGIA



XV
CONGRESSO
LUSO-BRASILEIRO
DE NEFROLOGIA



XXXVII
CONGRESSO
APEDT



Anexo III –Escala depressão geriátrica e autorização

Escala de Depressão Geriátrica

Idade: anos

Homem ☐

Mulher ☐

Diagnóstico clínico de depressão: ☐ Sim ☐ Não

INSTRUÇÕES

Seguem-se algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda Sim e Não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.

Sim Não Não
sabe Recusa
responder

1. Satisfeito(a) com a sua vida?				
2. Muitas vezes aborrecido(a)?				
3. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?				
4. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?				
5. A sentir-se inútil?				

Pedido de autorização de uso de escala

Ana Santos <anajoaos@ua.pt>

2 de novembro de 2023 às 11:08

Para: ANA SOFIA BOTÃO MENDES <a.mendes@campus.esel.pt>, "anapgil@fcsh.unl.pt" <anapgil@fcsh.unl.pt>

Bom dia,

Muito obrigada pelo seu contacto. A escala original é uma escala de utilização livre, não nos opondo à utilização da sua versão curta traduzida e validada para a população portuguesa. Será necessário apenas citar os autores aquando da sua utilização e posteriores publicações.
A escala segue em anexo, juntamente com o artigo.

Ao dispor para mais esclarecimentos, com desejos de muito sucesso no seu mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Ana João Santos

Investigadora Auxiliar | AgeingC CINTESIS, CINTESIS.UA@RISE
Dept. Educação e Psicologia - Universidade de Aveiro | Portugal

[Citação ocultada]

Anexo IV – Escala MAT e autorização

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 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 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Autorização para utilização da escala MAT

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

17 de maio de 2023 às 16:48

Para: ANA SOFIA BOTÃO MENDES <a.mendes@campus.esel.pt>

Cara Ana Sofia,

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

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

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

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

Luisa Lima

Professora Catedrática de Psicologia Social/Full Professor of Social Psychology



Investigadora Integrada/Researcher

cis - iscte

Centre for Psychological
Research and Social Intervention

Co-Coordenadora/Joint Chairperson



Avenida das Forças Armadas, 1649-026 LISBOA Portugal

Anexo V – Certificado de frequência “XV Reunião de Doação de Órgãos e de Transplantação Renal”



HOSPITAL
Garcia de Orta E.P.E.
A referência a Sul

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

CENTRO GARCIA DE ORTA

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que Ana Sofia Botao Mendes natural de Barreiro, nascido a 03-06-1987, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador do BI nº13209955, válido até , frequentou de 23-11-2023 a 23-11-2023 com a duração total de 03h50 horas, o Curso de Formação Profissional

XV Reunião de Doação de Órgãos e de Transplantação Renal do HGO

Mais se refere que o formando frequentou 03h50 horas do curso formação profissional.

Almada, 12 de abril de 2024

P' O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Paula Breia
Presidente
Centro Formação
Unidade e Investigação
Centro de Orta

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

DR.ª FERNANDA ANTUNES NETO
CENTRO GARCIA DE ORTA
FORMAÇÃO, INOVAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Certificado Nº 10841/2023